



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  
« dd » 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

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 urgentных 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 остеометаллосинтеза, 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. Классификации, 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. Классификации, диагностика, лечение. Закрытые повреждения грудной клетки. Классификации, 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. Классификации. 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 фляги
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, эвакотранспортная
  3. транзитная, эвакотранспортная
  4. эвакотранспортная, 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. окончательный, 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 некроеквестрэктомии 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. тромбоз эмболия
  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 слоев 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. кардиолипидная 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. токсемия,
  4. септикоксемия,
  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 70 кг; площадь ожоговой поверхности 15 %. Рассчитать объем жидкости для в/в инфузии по формуле Брокка. Объем вводимой в/в жидкости равен
1. 2,1 л,
  2. 2,2 л,
  3. 5,6 л,
  4. 4,5 л,
  5. 10,3 л.
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 клиничко-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:
  - 1 Симптом Бонне-Бобровниковой
  - 2 признаки дисплазии кожных покровов в проекции позвоночника
37. 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
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 прогрессирование врожденного 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 прогрессирование врожденной 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 пороcho 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 облсти 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 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

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" полисиностоза

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 декомпрессиивно-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 объёма движений; данные анамнеза пациента: малоподвижный образ жизни, отягощённая 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 крышки вертлужной впадины или замещением дефекта крышки 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. Акваэробика
  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 выдвигающего ящика"
  - № 2. "заднего выдвигающего 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 тугой 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. тромбоемболия 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. 2недели
  - 2. 1 неделя
  - 3. 4недели
- 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 носцеvidного 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 кровоотечении
  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. эпандима 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 носовидного 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 сагиттальному 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 продцимилле
  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. проляпс головного мозга, дислокация головного мозга
89. Для профилактики и борьбы с отеком мозга применяют
  1. оксигенотерапию
  2. физиотерпию
  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 груднопоясничном 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 ННИИТО 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) лагофталм
  - 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. неуправляемый нестабильный вывих, перелома-вывих позвонка (позвонков) с угрозой повреждения невральных 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	
<b>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>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)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование</b>		<b>Рефераты Тесты</b>

<b>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)</b>		<b>Задачи</b>
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	
<b>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>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)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>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)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>Готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи (ПК-6)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7)</b>		
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	
<b>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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	
<b>Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)</b>		<b>Рефераты Тесты Задачи</b>
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 апиксабана  
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 НАДМЫЩЕЛКОВЫХ 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. ПЕРЕЛОМ ОМ 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 p.Q143K гена *DMP1* и гомозиготной мутации с.523insTTAAGCACGG

66. ВЫПЯЧИВАНИЕ 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 (AOSPIKE 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 Т2-ВИ с жироподавлением  
 Б диффузными участками гиперинтенсивного МР-сигнала на Т2-ВИ с жироподавлением  
 В локальным гипоинтенсивным МР-сигналом на Т1-ВИ  
 Г диффузными участками гиперинтенсивного МР-сигнала на Т1-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 C2 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 C1-C2 ЯВЛЯЕТСЯ  
А передний спондилодез кейджем в сочетании с пластиной C1-C2

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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>



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  
« dd » 2021 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ** **Б1.Б.02 ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И** **ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

краткое наименование дисциплины: ОЗиЗ

Специальность: 31.08.66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в  
ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.

## Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения	27
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	31
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	32

## 1. Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» относится к базовой части Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана подготовки ординатора специальности 31.08.56 Нейрохирургия.

**Цель дисциплины:** совершенствование компетенций ординатора по организации здравоохранения и общественному здоровью.

**Задачи дисциплины:**

- а) изучение состояния здоровья населения и влияние на него социальных факторов;
- б) разработка методик и методология изучения здоровья населения;
- в) теоретическое обоснование государственной политики в области охраны здоровья и разработка организационных принципов здравоохранения в государстве;
- г) разработка и практическая реализация организационных форм и методов работы медицинских организаций и врачей различных специальностей;
- д) подготовка и воспитание ординаторов, как врачей-общественников, врачей – организаторов, организация работы по своей специальности.

### Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:

Универсальные компетенции:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- 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).

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 применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- 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).

## 2. Объем и содержание дисциплины

Для освоения программы по данной дисциплине предполагается **2 з.е.** Изучение дисциплины осуществляется на 1 курсе. Форма контроля: зачет.

Трудоемкость дисциплины – 72 часа, в том числе:

- лекции** – 4 аудиторных часа,
- семинарские занятия** –4 аудиторных часов,
- самостоятельная работа**–64 часа.

### ***Тема лекций:***

1. Общественное здоровье и здравоохранение как учебная и научная дисциплина. Политика государства в области охраны здоровья населения. Общественное здоровье и факторы, его определяющие. Организация медицинской помощи в РФ – 2 час.

2. Здоровье населения и методы его изучения. Экономические отношения в здравоохранении. Обязательное медицинское страхование – 2 час.

### ***Семинарские занятия:***

1. Основы медицинской статистики. Биостатистика. Медицинская экспертиза. Укрепление здоровья. Современные проблемы профилактики. Организация медицинской помощи населению: амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой и неотложной помощи – 2 часа.

2. Медицинская экспертиза. Организация экспертизы временной нетрудоспособности. Организация экспертизы стойкой утраты трудоспособности. Контроль качества медицинской помощи. Управление качеством медицинской помощи в здравоохранении. Кадровое обеспечение здравоохранения. Обязательное и добровольное медицинское страхование. Современные проблемы организации здравоохранения – 2 часа.

### ***Самостоятельная работа:***

Подготовка докладов по избранным проблемам специальности к участию в семинарах и практических занятиях, в тематических дискуссиях; написание рефератов.

Вопросы для самостоятельного изучения:

- Особенности организации медицинской помощи сельскому населению
- Система здравоохранения в зарубежных странах
- Основы маркетинга в здравоохранении

## **Оценочные материалы**

### ***Ситуационные задачи:***

Задача 1. Лаборант завода «Люминофоров» 4 октября в начале рабочего дня почувствовала общее недомогание и вынуждена была уйти с работы. Вечером у неё повысилась температура, появились боль в горле, насморк, кашель. Вызванный на следующее утро участковый врач диагностировал острое респираторное вирусное заболевание и назначил домашний режим и соответствующее лечение. Состояние здоровья пациентки улучшилось через семь дней, и 12 октября она приступила к своим профессиональным обязанностям. Можно ли выдать в данном случае больничный лист? Какой существует порядок оформления нетрудоспособности в связи с заболеванием?

Задача 2. Рассчитайте, сколько нужно выполнить посещений в час врачу участковому терапевту, если продолжительность приема – 12 мин., коэффициент использования рабочего времени – 0,85.

Задача 3. Пациент В., 10 лет, поступил из загородного оздоровительного лагеря в 1-ю городскую больницу г. Урюпинска по скорой помощи с острой хирургической патологией. Состояние ребенка быстро ухудшалось. Но вместо того, чтобы немедленно оказать ребенку медицинскую помощь, врачи решили предварительно вызвать и дождаться родителя, чтобы тот приехал и поставил свою подпись в истории болезни, подтвердив свое согласие на медицинское вмешательство. Правы ли врачи, ожидая решения родителя об оказании медицинской помощи ребенку?

Задача 4. В МЗ Архангельской области обратилась гр. А. с жалобой на отказ руководителя медицинской организации в прикреплении для обслуживания.

Вопросы (задание): 1. Какие нормативные документы определяют право гражданина на выбор медицинской организации? 2. Как часто гражданин может реализовать право выбора? 3. Приведите перечень врачей специалистов, на которых распространяется право выбора? 4. Каким документом определен порядок выбора? 5. Каков порядок действий пациента? 6. Какие действия может предпринять пациент в случае отказа медицинского учреждения в прикреплении?

Задача 5. В адрес медицинского центра обратилась женщина, которая пояснила, что является супругой гр. А. Сам пациент подойти не смог за ответами анализов по объективным причинам (постоянно днем работает). Супруга добавила, что в курсе всех заболеваний мужа и знает цель сдачи данных анализов. Просит выдать результаты обследования.



Вопросы (задание):1. Что такое врачебная тайна? Какие сведения составляют врачебную тайну?2. Какие условия должны быть соблюдены для получения доступа к данным, составляющим врачебную тайну? Имеет ли право получить данные сведения супруга пациента (близкий родственник)?3. Приведите нормативные документы, регламентирующие порядок оперирования со сведениями, составляющими врачебную тайну.

Задача 6. Гр. С. обратился в медицинскую организацию по месту жительства в связи с необходимостью продолжения курса лечения по поводу травмы, полученной на производстве во время пребывания в местах лишения свободы. На руках у пациента имеется выписка об оказании медицинской помощи в медицинской организации системы ФСИН. Со слов гр. С., травма была получена во время выполнения работ по трудовому договору в период пребывания в местах лишения свободы.

Вопросы (задание):1. Каким образом осуществляется экспертиза нетрудоспособности у данного гражданина?2. Какой документ гр. С. должен предоставить для продолжения лечения в медицинской организации по месту жительства?

Задача 7. Врач-травматолог поликлиники неправильно оформил листок нетрудоспособности пациенту с травмой руки, общая длительность нетрудоспособности которого составила 30 календарных дней. Врач одновременно выписал листок нетрудоспособности на 15 дней и позже продлил еще на 15 дней.

Вопросы (задание):1. Обоснуйте возможные варианты правильного оформления листка нетрудоспособности:- одновременно на 7 дней и продлил в общей сложности на 23 дня;- одновременно на 10 дней и продлил еще в общей сложности на 20 дней;- одновременно на 3 дня и продлил в общей сложности на 27 дней.

Задача 8. В одном из районов крупного промышленного города несколько десятилетий работает предприятие химической промышленности, выбросы которого загрязняют атмосферный воздух сернистым газом, парами серной кислоты и спирта. Для изучения влияния загрязнения воздуха на здоровье населения в исследуемом районе было обследовано 240 детей младшего школьного возраста. Из общего числа обследованных тонзиллит диагностирован у 120 детей, конъюнктивит обнаружен у 74, кариес – у 100, кожными болезнями страдали 24 человека. В районе сравнения обследовано 268 детей того же возраста, из них тонзиллитом страдали 32 человека, конъюнктивитом – 16, кариесом – 24, кожными болезнями – 6.

Вопросы (задание):1. Вычислите интенсивные и экстенсивные показатели заболеваемости детей младшего школьного возраста тонзиллитом, конъюнктивитом, кариесом зубов и кожными болезнями, проживающими в районе загрязнения воздушного бассейна и в районе сравнения.

Задача 9. В противотуберкулезном диспансере за отчетный год фактически имелось 258 среднегодовых коек, из стационара выписано 868 пациентов, умерло – 47 человек, проведено больными в стационаре – 90168 койко-дней.

Вопрос (задание):1. Вычислите и оцените показатели использования коечного фонда и больничной летальности за отчетный год.2. Сделайте выводы.

Задача 10. Пациент П., 47 лет, доставлен в урологическое отделение городской больницы бригадой скорой помощи 3.09.2015 г. с жалобами на боли в области левого яичка. Заболел остро накануне 2.09.2015 г. Заболевание туберкулезом и ВИЧ-инфекцией отрицает. Лекарственной переносимости нет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин., АД 115/80 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание учащенное. Мошонка отечная. Придаток левого яичка увеличен, болезненный. Ультразвуковое исследование яичек: размеры обычные, придаток левого яичка увеличен. Клинический диагноз: острый эпидидимит слева. Лечение: гентамицин 0,08 2 раза в день в/м 10 дней, фурадонин 0,1 3 раза в день. По просьбе больного в удовлетворительном состоянии выписан домой, рекомендован вильпрафен 0,5 1 раз в день в течение 12 дней.

Вопросы (задание):1. Оцените качество медицинской помощи по критериям:- сбор информации - расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум;- диагноз - формулировка, содержание, время постановки;- лечение - хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения;- преемственность - обоснованность поступления, длительность лечения, перевод, содержание рекомендаций.2. Дайте экспертное заключение и выявите наиболее значимые ошибки, повлиявшие на исход заболевания.

Задача 11. Для повышения качества медицинской помощи необходимо систематическое

рассмотрение результатов контроля с проведением анализа допущенных ошибок, выявлением их причин и разработкой мероприятий по их устранению.

Вопросы (задание): 1. Как часто в медицинской организации должны проводиться врачебные конференции по вопросам качества медицинской помощи? Приведите обоснование выбранной периодичности: - ежемесячно; - ежеквартально; - 1 раз в полугодие; - 1 раз в год.

Задача 12. Для оценки деятельности врачей амбулаторно-поликлинического звена используется комплекс специальных показателей.

Вопросы (задание): 1. Из перечисленных ниже показателей деятельности врачей амбулаторно-поликлинического звена выберите наиболее информативные и приведите обоснование ответа: - число обоснованных жалоб; - рост впервые выявленных заболеваний; - рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности; - младенческая смертность.

Задача 13. В МЗ АО (далее - Министерство) обратилась гр. Т. с жалобой на ненадлежащее качество оказания медицинской помощи в поликлинике по месту жительства и областном онкологическом диспансере: не провели рекомендованного лечения (нет необходимого препарата и опыта работы с ним), не отправили на лечение в федеральное медицинское учреждение. Пациентка самостоятельно обратилась с личным письмом в один из федеральных центров, откуда был получен положительный ответ (приглашение на консультацию и лечение за счет средств федерального бюджета).

Вопросы (задание): 1. Может ли Министерство провести проверку в поликлинике по месту жительства пациентки и областном онкологическом диспансере? 2. Какие механизмы для решения данной проблемы можно предложить? 3. Какие виды помощи необходимо предложить пациентке?

Задача 14. Фельдшер здравпункта производственного предприятия, признавший обратившегося за медицинской помощью рабочего нетрудоспособным, освободил его от работы и направил на прием к врачу поликлиники.

Вопросы (задание): 1. С какого момента из перечисленных ниже выдается листок нетрудоспособности рабочему, признанному фельдшером здравпункта нетрудоспособным и направленным в поликлинику? - с момента установления нетрудоспособности фельдшером здравпункта; - с момента установления нетрудоспособности врачом поликлиники; - с момента возникновения заболевания; - с момента записи на прием к врачу поликлиники.

Задача 15. Листки нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдаются не всегда.

Вопросы (задание): 1. Приведите конкретные случаи, при которых листки нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи не выдаются:

- за хроническим больным в период ремиссии;
- за инвалидом I группы;
- во время очередного отпуска;
- при нахождении в отпуске без сохранения содержания;
- в период отпуска по беременности и родам;
- во время частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком.

### **Рефераты:**

1. Здравоохранение, как объект государственного управления и регулирования.
2. Виды медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.
3. Услуги, оказываемые в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, оказание которых не подлежат оплате за счет личных средств граждан.
4. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи: понятие, содержание, порядок разработки и принятия.
5. Мониторинг федеральными органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья экономического обоснования Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.
6. Охрана здоровья населения как государственная задача.
7. Демографические показатели как индикатор социально-экономического развития общества. Глобальная стратегия Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех».
8. Профилактическая направленность охраны здоровья граждан в Российской Федерации.
9. Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Российской Федерации:

история создания, современное состояние и перспективы развития.

10. Социальные факторы и их влияние на здоровье населения.
11. Современная структура заболеваемости населения в Российской Федерации.
12. Доступность медико-социальной помощи как один из принципов охраны здоровья граждан в Российской Федерации
13. Характеристики механизма правового регулирования применительно к сфере медицинской деятельности
14. Правовое регулирование в сфере медицинской деятельности
15. Современные тенденции реформирования организационной структуры медицинских организаций.
16. Государственная политика по развитию информационного общества и информатизации здравоохранения в РФ.
17. Система обязательного медицинского образования.
18. Инвалидность как показатель общественного здоровья.
19. Общие и теоретические основы экспертизы трудоспособности в РФ.
20. Основные направления реформы здравоохранения в Российской Федерации.
21. Принципы, формы и системы здравоохранения в мировой практике.
22. Всемирная организация здравоохранения. Структура, функции, бюджет.

**Тестовые задания:**

1. Назовите основные методы изучения заболеваемости населения:
  1. по статистическим талонам; по данным о причинах смерти; по историям болезни;
  2. по листкам нетрудоспособности; по амбулаторным картам; по данным медицинских осмотров;
  3. по данным обращаемости за медицинской помощью; по данным медицинских осмотров; по -данным о причинах смерти;
  4. по данным переписи населения; по талонам на прием к врачу; по историям болезни;
  5. по статистическим картам выбывших из стационара; по контрольным картам диспансерного наблюдения; по данным обращаемости за медицинской помощью.
2. К показателям заболеваемости относятся все перечисленные показатели, кроме:
  1. первичной заболеваемости;
  2. общей заболеваемости
  3. патологической пораженности;
  4. общей смертности;
  5. заболеваемости по причинам смерти.
3. Что характеризует показатель общей заболеваемости?
  1. удельный вес того или иного заболевания среди населения;
  2. степень изменения уровня заболеваемости во времени;
  3. исчерпанная заболеваемость населения;
  4. распространенность заболеваний среди населения;
  5. распространенность социально значимых заболеваний.
4. Назовите данные, необходимые для расчета первичной заболеваемости:
  1. число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни в данном году; среднегодовая численность населения;
  2. число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни в данном году; число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году;
  3. число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; среднегодовая численность населения;
  4. число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни в данном году; общее число заболеваний, зарегистрированных в данном году;
  5. общее число заболеваний, зарегистрированных в данном году; среднегодовая численность населения.
5. Назовите данные, необходимые для расчета общей заболеваемости:
  1. число заболеваний, выявленных впервые в данном году; среднегодовая численность населения;
  2. число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; число прошедших медицинский осмотр;

3. число всех заболеваний, выявленных в данном году; среднегодовая численность населения;
4. число всех заболеваний, выявленных в данном году; общее число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году;
5. число заболеваний, выявленных в предыдущем году; среднегодовая численность населения.
6. Какой документ используют для изучения заболеваемости по обращаемости?
  1. дневник работы врача общей практики (семейного врача) (ф. 039/у-воп);
  2. талон амбулаторного пациента (ф. 025-12/у);
  3. медицинскую карту амбулаторного больного (ф. 025/у-04);
  4. талон на прием к врачу (ф. 024-4/у-88);
  5. медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у).
7. Назовите данные, необходимые для расчета патологической пораженности:
  1. число всех выявленных заболеваний; число обратившихся за медицинской помощью;
  2. число заболеваний, выявленных впервые в данном году; среднегодовая численность населения;
  3. число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; число лиц, прошедших медицинский осмотр;
  4. число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; среднегодовая численность населения;
  5. число зарегистрированных случаев данного заболевания; общее число зарегистрированных заболеваний.
8. Назовите данные, необходимые для расчета структуры заболеваемости:
  1. число случаев по каждому виду заболеваний; среднегодовая численность населения;
  2. число всех заболеваний, выявленных в данном году; среднегодовая численность населения;
  3. число случаев конкретного заболевания; общее число случаев всех заболеваний;
  4. общее число случаев всех заболеваний, выявленных в данном году; общее число случаев заболеваний, выявленных в предыдущие годы;
  5. число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах в данном году; число обращений по поводу заболеваний в данном году.
9. Какой документ используют при статистической разработке заболеваемости?
  1. единая статистическая классификация болезней и случаев смерти;
  2. международная номенклатура заболеваний;
  3. международная классификация заболеваний и травм;
  4. международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;
  5. статистическая классификация и номенклатура болезней и причин смерти.
10. Какой документ используют для изучения инфекционной заболеваемости?
  1. талон амбулаторного пациента;
  2. амбулаторную карту;
  3. историю болезни;
  4. экстренное извещение;
  5. статистическую карту выбывшего из стационара.
11. Какой документ используют для изучения заболеваемости злокачественными новообразованиями?
  1. амбулаторную карту;
  2. статистический талон;
  3. талон на прием к врачу;
  4. извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования;
  5. дневник работы врача поликлиники.
12. Назовите основные направления демографии:
  1. численность населения по различным возрастно-половым группам;
  2. статика и динамика населения;
  3. естественное и механическое движение населения;
  4. состав и миграция населения;

5. маятниковая и внутренняя миграция;
13. Статика населения изучает:
  1. рождаемость, смертность и воспроизводство населения;
  2. общую и повозрастную плодовитость;
  3. географические особенности рождаемости и состава населения;
  4. миграцию в различных регионах страны;
  5. численность и состав населения по социальным и биологическим признакам.
14. Динамика населения изучает:
  1. миграционные процессы и рождаемость населения;
  2. механическое движение и смертность населения;
  3. воспроизводство населения;
  4. механическое и естественное движение населения;
  5. естественное движение и рождаемость населения.
15. Назовите показатели, характеризующие естественное движение населения:
  1. рождаемость, смертность, естественный прирост населения, ожидаемая продолжительность жизни при рождении;
  2. естественный прирост, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, заболеваемость, смертность;
  3. рождаемость, браки, разводы, младенческая смертность, первичная заболеваемость;
  4. рождаемость, смертность, первичная заболеваемость, общая заболеваемость;
  5. брачная плодовитость, общая смертность, рождаемость, патологическая пораженность.
16. Назовите данные, необходимые для расчета общего коэффициента рождаемости:
  1. число родившихся живыми и мертвыми в данном году / число родившихся живыми в данном году;
  2. число родившихся живыми в данном году / число родившихся живыми в предыдущем году;
  3. число родившихся живыми в данном году / среднегодовая численность населения;
  4. число родившихся живыми и мертвыми в данном году / среднегодовая численность населения;
  5. среднегодовая численность населения в данном году / среднегодовая численность населения в предыдущем году.
17. Назовите первичный статистический документ, являющийся источником информации о случаях рождения:
  1. история родов (ф. 096/у);
  2. статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066/у-02);
  3. история развития новорожденного (ф. 097/у);
  4. медицинское свидетельство о рождении (ф. 103/у-08);
  5. индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. 111/у).
18. Назовите данные, необходимые для расчета общего коэффициента смертности:
  1. среднегодовая численность населения в данном году/среднегодовая численность населения в предыдущем году;
  2. число умерших в данном году/среднегодовая численность населения;
  3. число умерших за год/число родившихся живыми в данном году;
  4.  $\frac{2}{3}$  умерших в данном году +  $\frac{1}{3}$  умерших в предыдущем году/ численность населения;
  5. число умерших в данном году, число родившихся живыми и мертвыми в данном году; численность населения в определенном возрасте.
19. Назовите данные, необходимые для расчета показателя структуры причин смертности:
  1. число умерших от отдельных причин за год; общее число умерших за год;
  2. общее число умерших в данном году; среднегодовая численность населения;
  3. число умерших от определенной причины за год; среднегодовая численность населения;
  4. число умерших от данного заболевания; число родившихся живыми в данном году;
  5. число умерших от всех причин; общее число родившихся и умерших за год.
20. Назовите причины смерти, занимающие три первых ранговых места в структуре смертности населения Российской Федерации:
  - 1.
  2. болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы, травмы и отравления;
  3. болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, травмы и отравления;

4. -инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, травмы и отравления;
  5. болезни системы кровообращения, травмы и отравления, новообразования;
  6. болезни органов пищеварения, болезни системы кровообращения, болезни крови.
21. Назовите данные, необходимые для расчета коэффициента младенческой смертности:
1. число умерших на 1-м месяце жизни в данном году; число родившихся живыми в данном году;
  2. число умерших на 1-й неделе жизни в данном году; число родившихся живыми в данном году;
  3. число умерших в возрасте до 1 года в данном году; число родившихся живыми в данном году; число родившихся живыми в предыдущем году;
  4. -число родившихся живыми в данном году; число родившихся живыми и умершими в первые 6 дней; среднегодовая численность населения;
  5. число умерших в возрасте до 1 года в данном году; среднегодовая численность населения.
22. Назовите первичный статистический документ, на основании которого изучают смертность населения:
1. статистический талон регистрации случая смерти (ф. 213/у);
  2. протокол (карта) патологоанатомического исследования (Ф-013/у);
  3. медицинское свидетельство о смерти (ф. 106/у-08);
  4. сведения о лечебно-профилактическом учреждении (ф. 30);
  5. статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066/у-02).
23. Назовите данные, необходимые для вычисления коэффициента перинатальной смертности:
1. число родившихся живыми; число родившихся мертвыми; число умерших на 1-й неделе жизни;
  2. число родившихся живыми; число родившихся мертвыми; число умерших на 1-м месяце жизни;
  3. число умерших на 1-й неделе жизни; общее число родившихся в данном году;
  4. число родившихся живыми; число родившихся мертвыми; среднегодовая численность населения
  5. число умерших до родов и в родах; число родившихся живыми в данном году; число родившихся живыми в предыдущем году.
24. Какие показатели характеризуют фетоинфантильные потери?
1. мертворождаемость и перинатальная смертность;
  2. младенческая смертность и неонатальная смертность;
  3. мертворождаемость и младенческая смертность;
  4. мертворождаемость и неонатальная смертность;
  5. младенческая смертность и постнеонатальная смертность.
25. Назовите данные, необходимые для вычисления специального коэффициента рождаемости (плодовитости):
1. число родившихся живыми в данном году; среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет;
  2. число родившихся живыми и мертвыми в данном году у женщин в репродуктивном возрасте; среднегодовая численность населения;
  3. численность женщин в возрасте 15-49 лет; среднегодовая численность населения;
  4. число родившихся живыми и мертвыми в данном году; среднегодовая численность населения;
  5. число родившихся живыми в данном году; число родившихся живыми в предыдущем году.
26. Назовите данные, необходимые для расчета коэффициента материнской смертности:
1. число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц (в течение 42 дней после прекращения беременности); общее число родов;
  2. число умерших беременных (с 12 нед беременности), рожениц, родильниц (в течение 42 дней после прекращения беременности); общее число беременных;
  3. число умерших беременных (с 28 нед. беременности), рожениц, родильниц (в течение 56 дней после прекращения беременности); общее число родов;
  4. число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц (в течение 56 дней после прекращения беременности); общее число родившихся живыми;

5. число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц (в течение 42 дней после прекращения беременности); общее число родившихся мертвыми.
27. Общественное здоровье и здравоохранение - это:
1. Наука об организационных, экономических и правовых проблемах медицины и здравоохранения
  2. Общественная, научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения
  3. Наука, изучающая комплекс социальных, правовых и организационных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения.
28. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются
1. Генетические
  2. Природно-климатические
  3. Уровень и образ жизни населения
  4. -Уровень, качество и доступность медицинской помощи
  5. Все вышеперечисленное
29. Финансирование медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования осуществляется через все перечисленные структуры, кроме
1. Страховых медицинских организаций
  2. Филиалов территориальных фондов ОМС
  3. Органов управления здравоохранением
30. Укажите наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении
1. Развитие первичной медико-санитарной помощи
  2. Развитие сети диспансеров
  3. Повышение роли стационаров
  4. Повышение роли санаторно-курортной помощи
31. Здоровье населения рассматривает (изучается) как:
- 1) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды;
  - 2) совокупность показателей, характеризующих здоровье общества как целостного функционирующего организма;
  - 3) все вышеперечисленное
32. Общественное здоровье-это:
1. Наука о социологии здоровья
  2. Система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
  3. Наука о социальных проблемах медицины
  4. Наука о закономерностях здоровья населения
  5. Система социально-экономических мероприятий по охране здоровья
33. Здравоохранение – это:
1. Наука о социологии здоровья
  2. Система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
  3. Наука о социальных проблемах медицины
  4. Наука о закономерностях здоровья населения
  5. Система социально-экономических мероприятий по охране здоровья
34. Основными группами показателей общественного здоровья являются:
1. а) Показатели заболеваемости
  2. б) Обращения за медицинской помощью
  3. в) Показатели инвалидности
  4. г) Показатели физического развития
  5. д) Демографические показатели
  6. е) Все ответы правильные
  7. ж) Верно а, в, г, д
35. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют:
1. Экологические
  2. Биологические
  3. Образ жизни

4. Уровень организации медицинской помощи
5. Качество медицинской помощи
36. Демографическая ситуация в Российской Федерации в настоящее время характеризуется:
  1. Увеличением естественного прироста
  2. Нулевым естественным приростом
  3. Отрицательным естественным приростом
  4. Демографическим взрывом
  5. Волнообразностью демографического прогресса
37. Предметом изучения социальной гигиены (медицины) в обобщенном виде является:
  1. Здоровье индивидуума
  2. Общественное здоровье и факторы, влияющие на него
  3. Эпидемиология заболеваний
  4. Здоровье работающего населения
  5. Экономика здравоохранения
38. Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются все нижеперечисленные, кроме:
  1. Недопущения снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
  2. Использования финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях
  3. Сохранения общественного сектора здравоохранения
  4. Увеличения кадрового потенциала
  5. Повышения эффективности использования ресурсов системы здравоохранения
39. Финансирование медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования осуществляется через все перечисленные структуры, кроме:
  1. Страховых медицинских организаций
  2. Филиалов территориальных фондов ОМС
  3. Органов управления здравоохранением
40. Основной фигурой в системе профилактики являются:
  1. Врачи центра медицинской профилактики
  2. Специалисты центров Роспотребнадзора
  3. Участковые врачи поликлиники
  4. Врачи психоневрологического диспансера
41. Вторичная профилактика - это:
  1. Предупреждение воздействия факторов риска развития заболеваний
  2. Предупреждение обострений заболевания
  3. Предупреждение возникновения инвалидности
  4. Все вышеперечисленное
  5. Нет правильного ответа
42. Основными направлениями формирования здорового образа жизни являются все, кроме:
  1. Создания позитивных для здоровья факторов
  2. Повышения эффективности деятельности служб здравоохранения
  3. Активизации позитивных для здоровья факторов
  4. Устранения факторов риска
  5. Минимизации факторов риска
43. Документы, дающие право заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью в РФ:
  1. а) Диплом об окончании высшего или среднего мед. (фарм.) учебного заведения
  2. б) Сертификат специалиста
  3. в) Лицензия
  4. г) Свидетельство об окончании интернатуры
  5. д) Свидетельство об окончании курсов профессиональной переподготовки
  6. е) а, б, в
44. Медицинская профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме:
  1. Проведения прививок
  2. Проведения медицинских осмотров
  3. Выявления заболеваний
45. Первичная профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме:



1. Проведения прививок
2. Мероприятий, предупреждающих развитие заболеваний
3. Выявления заболеваний
4. Повышения материального благосостояния
46. Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения:
  1. Острых заболеваний
  2. Инфекционных заболеваний
  3. Несчастных случаев
  4. Хронических заболеваний
  5. Всех перечисленных
47. К стратегическому уровню управления в здравоохранении относятся следующие функции:
  1. а) Прогнозирование
  2. б) Учет
  3. в) Контроль
  4. г) Планирование
  5. д) Регулирование
  6. е) Верно а, г
  7. ж) Верно б, г
48. Назовите данные, необходимые для вычисления показателя первичной инвалидности:
  1. общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в данном году; общее число лиц трудоспособного возраста;
  2. общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в данном году; общее число инвалидов на данной территории;
  3. общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами от всех причин; общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами от каждой причины;
  4. общее число лиц трудоспособного возраста; общее число работающих инвалидов;
  5. общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами от данного заболевания; общее число больных данным заболеванием.
49. По истечении какого срока временной нетрудоспособности устанавливается факт инвалидности?
  1. не ранее 2 мес;
  2. не ранее 14 мес;
  3. не позднее 4 мес;
  4. не позднее 2 мес;
  5. не ранее 7 нед.
50. Назовите заболевания, занимающие 3 первых ранговых места в структуре инвалидности:
  1. болезни системы кровообращения, травмы всех локализаций, психические расстройства;
  2. болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, травмы всех локализаций;
  3. болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни костно-мышечной системы;
  4. травмы всех локализаций, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания;
  5. болезни системы кровообращения, травмы всех локализаций, злокачественные новообразования.
51. Какой документ используют для изучения первичной инвалидности?
  1. единый талон амбулаторного пациента;
  2. сведения о причинах временной нетрудоспособности;
  3. медицинскую карту амбулаторного больного;
  4. листок нетрудоспособности;
  5. направление на медико-социальную экспертизу (ф. № 088/у-06).
52. Какие выделяют виды реабилитации инвалидов?
  1. медицинская, психологическая, социальная, полная;
  2. медицинская, психологическая, профессиональная, социальная;
  3. трудовая, профессиональная, полная, частичная;
  4. психологическая, профессиональная, полная, частичная;
  5. медицинская, профессиональная, комплексная, частичная.

53. Не включаются в систему здравоохранения (государственную, муниципальную) следующие структуры
1. Орган управления
  2. Учреждения здравоохранения
  3. Образовательные учреждения
  4. Фонды медицинского страхования
54. Какую ответственность несет врач за разглашение врачебной тайны?
1. Административную, уголовную, гражданско-правовую
  2. Уголовную, гражданско-правовую, административную
  3. Административную, дисциплинарную, уголовную
55. В каких случаях и с какой целью не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну?
1. По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
  2. В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю
  3. По просьбе родственников (родителей или детей), законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина
  4. В случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей, законных представителей
  5. При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий
  6. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
56. Какую ответственность несет медицинский работник, причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медработника к профессиональным обязанностям?
1. Освобождение от ответственности
  2. Уголовную ответственность
  3. Гражданско-правовую ответственность
57. В каких случаях производится медицинское вмешательство с согласия родственников или законных представителей?
1. Если пациент не достиг 15 лет;
  2. В возрасте от 15 до 18 лет при отказе от медицинского вмешательства, недееспособные граждане
  3. В возрасте до 15 лет и во всех случаях, когда невозможно получить согласие пациента, недееспособные граждане
58. Наиболее эффективные формы экономического стимулирования труда медицинских работников
1. Оплата за работу сверх ставки
  2. Оплата за расширение зоны обслуживания
  3. Оплата за сложность и напряженность
  4. Оплата по КТУ за объем и качество выполненной работы
  5. Оплата за совмещение профессий
59. Основной документ, регламентирующий порядок лицензирования на территории РФ:
1. Основы охраны здоровья граждан в РФ
  2. Федеральный закон № 99-ФЗ
  3. Постановление Правительства РФ № 291
  4. Приказ МЗ РФ № 121 2013 г.
60. Сроки принятия решения о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии лицензирующим органом:
1. Не более 30 дней
  2. Не более 60 дней
  3. Не более 45 дней с момента подачи заявления.
61. Стаж работы руководителя соискателя лицензии на медицинскую деятельность
1. Более 10 лет
  2. Более 5 лет
  3. менее 5 лет

62. Основанием лишения лицензии на медицинскую деятельность является:
1. Наличие в документах недостоверной или искаженной информации
  2. Нарушение порядков оказания медицинской помощи
  3. Не соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям и условиям.
4. 1, 3  
5. 2, 3
63. Кто осуществляет контроль за порядком проведения экспертизы временной нетрудоспособности:
1. МЗ РФ
  2. ФСС
  3. Управление Росздравнадзора
  4. Все вышеуказанные
64. Кто осуществляет контроль за порядком проведения медико-социальной экспертизы:
1. МЗ РФ
  2. ФСС
  3. Управление Росздравнадзора
65. Цена медицинской услуги – это:
1. Денежное выражение стоимости
  2. Рыночный параметр, зависящий от спроса и предложения
  3. Отражение затрат на оказание услуг
  4. Сумма денег, которую пациент готов заплатить, и за которую врач готов оказать медицинскую услугу
66. Предметом науки управления являются следующие составляющие, кроме:
1. Субъекта
  2. Объекта
  3. Производительных сил
  4. Способов взаимодействия между субъектом и объектом
67. Функции управления включают:
1. Прогнозирование и планирование
  2. Проектирование и организацию
  3. Учет, контроль, анализ и регулирование
  4. Все вышеперечисленное
  5. Все вышеперечисленное не соответствует истине
68. Цена на медицинские услуги должна быть: 1) равна стоимости; 2) больше стоимости; 3) больше или меньше стоимости в зависимости от спроса на услугу; 4) равна сумме денег, за которую потребитель готов приобрести, а производитель продать услугу, (товар)
1. 1
  2. 2
  3. 3
  4. 4
69. В себестоимость медицинских услуг не включаются:
1. Затраты на оплату труда персонала
  2. Начисления на заработную плату
  3. Оплата дополнительных (сверхустановленных законом) отпусков
70. Цена медицинской услуги складывается
1. Себестоимости и прибыли
  2. Себестоимости, прибыли и рентабельности
  3. Только из себестоимости
71. Назовите отчетную статистическую форму, используемую для анализа заболеваемости в поликлинике
1. сведения о больных злокачественными новообразованиями (ф. 35);
  2. сведения о заболеваниях активным туберкулезом (ф. 8);
  3. сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения (ф. 12);
  4. сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам (ф. 31);
  5. сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (ф. 32).
72. Назовите показатель, характеризующий доступность для населения амбулаторно-

поликлинической помощи:

1. фактическая среднечасовая нагрузка врача в поликлинике;
2. распределение посещений городских жителей;
3. выполнение плана посещений;
4. среднее число посещений на 1 жителя в год;
5. повторные обращения в поликлинику.

73. Назовите показатель, характеризующий уровень диспансеризации больных детей в поликлинике:

1. охват декретированного населения вакцинопрофилактикой;
2. полнота охвата больных детей диспансерным наблюдением;
3. охват патронажем детей первого года жизни;
4. среднее число посещений на 1 жителя в год;
5. структура больных, состоящих на диспансерном учете.

74. Назовите отчетный статистический документ, используемый для анализа медицинской помощи детям:

1. сведения о доме ребенка (ф. 41);
2. сведения о детях-инвалидах (ф. 19);
3. сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (ф. 32);
4. история развития ребенка (ф. 112/у);
5. сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам (ф. 31).

75. Назовите показатели, характеризующие деятельность больничных учреждений:

1. среднее число дней занятости койки в году;
2. средняя длительность пребывания больного на койке;
3. оборот койки;
4. больничная летальность;
5. все выше перечисленные

76. Какая отчетная статистическая форма используется для анализа стационарной помощи?

1. медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у);
2. сведения о деятельности стационара (ф. 14);
3. листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара (ф. 007/у-02);
4. сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних

причин (ф. 57);

5. сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам (ф. 31).

77. Укажите данные, необходимые для расчета показателя частоты (уровня)

госпитализации:

1. число экстренных госпитализаций, общее число госпитализаций;
2. число поступивших в стационары, среднегодовая численность населения;
3. число выбывших больных, среднегодовая численность населения;
4. число плановых госпитализаций, среднегодовая численность населения;
5. среднее число госпитализированных, число зарегистрированных больных за год.

78. Укажите данные, необходимые для расчета показателя среднего числа дней занятости

койки в году:

1. число койко-дней, проведенных больными в стационаре; число дней в году;
2. число койко-дней, проведенных больными в стационаре; число выбывших больных из стационара;
3. число койко-дней, проведенных больными в стационаре, среднегодовое число коек;
4. число переведенных из отделения больных, среднегодовое число коек;
5. среднегодовое число коек, 1/2 (поступивших + выписанных + умерших) больных.

79. Какие данные используют для расчета показателя средней длительности пребывания больного на койке?

1. число фактически проведенных больными койко-дней; среднегодовое число коек;
2. число койко-дней, проведенных больными в стационаре; число пролеченных больных;
3. число выбывших больных, среднегодовое число коек;
4. число фактически проведенных больными койко-дней, число дней в году;
5. число дней в году; среднее число занятости койки, оборот койки.

80. По какой формуле рассчитывают показатель больничной летальности?

1.  $(\text{Число умерших больных в стационаре} / \text{Число выписанных больных}) \times 100$ ;

2.  $(\text{Число умерших больных в стационаре} / \text{Число поступивших}) \times 100$ ;
3.  $(\text{Число умерших больных в стационаре} / \text{Число выбывших больных}) \times 100$ ;
4.  $(\text{Число умерших больных в стационаре} / \text{Число поступивших больных}) \times 100$ ;
5.  $(\text{Число умерших больных в стационаре} / \text{Число патологоанато-мических вскрытий}) \times 100$ .
81. Какие данные используют для расчета показателя послеоперационной летальности?
  1. число умерших в хирургическом стационаре; число поступивших в стационар;
  2. число умерших; число прооперированных;
  3. число умерших из числа прооперированных; число выписанных из стационара;
  4. число умерших из числа прооперированных; число прооперированных;
  5. число умерших; число выписанных из стационара.
82. Какие данные необходимы для расчета показателя удельного веса физиологических родов?
  1. число физиологических родов; общее число родов;
  2. число физиологических родов; число родившихся живыми и мертвыми;
  3. число физиологических родов; число родов с осложнениями;
  4. число физиологических родов; число родившихся живыми;
  5. число физиологических родов; численность женщин фертильного возраста
83. Назовите основную задачу программы государственных гарантий
  1. оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
  2. предоставление населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи в объеме выделяемых на эти цели ресурсов из фондов добровольного медицинского страхования;
  3. обеспечение баланса между средствами обязательного и добровольного медицинского страхования;
  4. обеспечение баланса между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемых для этого ресурсов;
  5. предоставление населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи в рамках государственных бюджетных квот;
  6. развитие материально-технической базы системы здравоохранения.
84. Перечислите виды медицинской помощи, предоставляемые населению бесплатно в рамках Программы:
  1. первичная медико-санитарная помощь;
  2. неотложная медицинская помощь
  3. скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);
  4. специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная;
  5. Все выше перечисленные.
85. Назовите основные источники финансирования Программы:
  1. средства государственного бюджета;
  2. средства обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней;
  3. средства обязательного медицинского страхования;
  4. средства обязательного и добровольного медицинского страхования;
  5. средства обязательного медицинского страхования и благотворительных фондов.
86. Перечислите группы нормативов, используемых для разработки Программы:
  1. нормативы объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;
  2. нормативы объемов специализированной и профилактической помощи;
  3. нормативы объемов профилактической помощи и финансовых затрат на единицу объема профилактической помощи;
  4. нормативы объемов медицинской помощи и финансовых затрат на одного жителя;
  5. нормативы объемов медицинской помощи и финансовых затрат на одного больного.
87. Какие виды медицинской помощи в рамках Программы регламентируются нормативами?
  1. амбулаторно-поликлиническая помощь; помощь, предоставляемая в диспансерах; стационарная помощь; профилактическая помощь;
  2. амбулаторно-поликлиническая помощь; помощь, предоставляемая в дневных стационарах; стационарная помощь; специализированная медицинская помощь;
  3. доврачебная помощь; помощь, предоставляемая в дневных стационарах; стационарная помощь; скорая медицинская помощь;

4. амбулаторно-поликлиническая помощь; помощь, предоставляемая в дневных стационарах; стационарная помощь; скорая медицинская помощь
  5. доврачебная помощь; помощь, предоставляемая в дневных стационарах; стационарная помощь; специализированная помощь.
88. Что устанавливает подушевой норматив финансирования Программы?
1. размер средств на финансирование целевых медико-социальных программ (в расчете на 1 человека в год);
  2. размер средств на компенсацию затрат по предоставлению населению амбулаторной и стационарной медицинской помощи (в расчете на 1 пациента в год);
  3. размер средств на компенсацию затрат по предоставлению населению бесплатной стационарной медицинской помощи (в расчете на 1 пациента в год);
  4. размер средств на компенсацию затрат по предоставлению населению бесплатной амбулаторно-поликлинической помощи (в расчете на 1 обратившегося в поликлинику пациента в год);
  5. размер средств на компенсацию затрат по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи (в расчете на 1 человека в год).
89. Какие статистические показатели используют для анализа выполнения плановых объемов медицинской помощи в рамках Программы?
1. норматив амбулаторно-поликлинической помощи;
  2. норматив медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах всех типов;
  3. норматив стационарной помощи;
  4. норматив скорой медицинской помощи;
  5. все выше перечисленные.
90. Какие данные необходимы для анализа выполнения планового объема скорой медицинской помощи?
1. фактическое количество вызовов скорой медицинской помощи; общее количество вызовов скорой медицинской помощи
  2. фактическое количество вызовов скорой медицинской помощи; общее число обратившихся за скорой медицинской помощью;
  3. плановое количество вызовов скорой медицинской помощи; общее число обратившихся за скорой медицинской помощью;
  4. фактическое количество вызовов скорой медицинской помощи; плановое количество вызовов скорой медицинской помощи;
  5. плановое количество вызовов скорой медицинской помощи; общее количество вызовов скорой медицинской помощи.
91. Какие данные необходимы для анализа выполнения норматива финансовых затрат на стационарную помощь?
1. объем фактических финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре; подушевой норматив финансирования программы;
  2. объем фактических финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре; норматив финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре;
  3. объем фактических финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре; общая сумма финансовых затрат на 1 больного в стационаре;
  4. объем фактических финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре; норматив финансовых затрат на 1 пациенто-день;
  5. объем фактических финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре; норматив финансовых затрат на 1 койку в стационаре.
92. Назовите показатель для анализа качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы:
1. выполнение планового объема стационарной помощи;
  2. выполнение норматива финансовых затрат на амбулаторно-поликлиническую помощь;
  3. среднее число выявленных дефектов, повлекших ухудшение здоровья;
  4. общее число лиц, получивших неправильное лечение;
  5. выполнение норматива финансовых затрат на скорую медицинскую помощь.
93. Какой показатель позволяет оценить полноту поступления и целевое использование средств, направляемых на финансирование Программы?
1. фондовооруженность;

2. выполнение подушевого норматива финансирования Программы;
  3. коэффициент абсолютной ликвидности;
  4. процент расходов на здравоохранение от ВВП;
  5. фондоемкость.
94. При каких условиях лицам, занимающимся частной медицинской практикой, может предоставляться право выдачи листков нетрудоспособности?
1. при наличии сертификата специалиста;
  2. при наличии договора с муниципальными или государственными медицинскими учреждениями;
  3. при травмах, отравлениях и других острых заболеваниях;
  4. при наличии лицензии на занятие медицинской деятельностью и проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
  5. в случаях оказания экстренной медицинской помощи.
95. Как поступить, если при выписке из стационара больной остается временно нетрудоспособным?
1. закрыть листок и направить в поликлинику;
  2. выдать справку на 3 дня
  3. продлить листок нетрудоспособности на срок до 10 дней;
  4. продлить листок нетрудоспособности на срок не более 4 дней;
  5. выдать справку на срок не более 10 дней.
96. Как оформляется нетрудоспособность при травме?
1. листок нетрудоспособности выдается в день установления временной нетрудоспособности;
  2. листок нетрудоспособности выдается со дня обращения к врачу на весь период нетрудоспособности;
  3. листок нетрудоспособности выдается с 6-го дня нетрудоспособности, на первые 5 дней выдается справка;
  4. листок нетрудоспособности выдается с 11-го дня нетрудоспособности;
  5. при любых травмах на весь срок нетрудоспособности выдается справка.
97. На какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком на дому?
1. на 3 дня, затем выдается справка на срок до 10 дней;
  2. на 7 дней, затем выдается справка на 3 дня;
  3. на срок до 10 дней, свыше выдается справка;
  4. на срок до 14 дней, свыше выдается справка;
  5. на весь период болезни ребенка в возрасте до 7 лет.
98. В каких случаях выдается листок нетрудоспособности по уходу за здоровым ребенком?
1. при отъезде матери (отца) на санаторно-курортное лечение;
  2. при наложении карантина на данного ребенка;
  3. при наложении карантина на ясли, сад;
  4. при госпитализации лица, осуществляющего уход за ребенком в возрасте до 3 лет;
  5. при стационарном лечении лица, осуществляющего уход за ребенком в возрасте до 5 лет.
99. На какой срок выдается листок нетрудоспособности при неосложненной беременности и родах?
1. на 56 календарных дней;
  2. на 70 календарных дней;
  3. на 126 календарных дней;
  4. на 140 календарных дней;
  5. на 170 календарных дней.
100. Какие данные необходимы для расчета показателя средней длительности случая временной нетрудоспособности?
1. число дней временной утраты трудоспособности; число больных лиц; 2) число дней временной утраты трудоспособности; численность населения;
  2. число дней временной утраты трудоспособности; число случаев временной утраты трудоспособности;
  3. число дней временной утраты трудоспособности; среднегодовое число работающих;
  4. число дней временной утраты трудоспособности; число рабочих дней в году.

101. Назовите вид временной нетрудоспособности, при котором листок нетрудоспособности выдается на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня:

1. травма;
2. карантин;
3. протезирование;
4. уход за больным;
5. санаторно-курортное лечение.

102. По истечении какого срока после открытия листка нетрудоспособности длительно болеющие направляются на МСЭ при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе?

1. через 2 мес;
2. через 3 мес;
3. через 4 мес;
4. через 6 мес;
5. через 12 мес.

103. Какому медицинскому работнику может быть предоставлено право выдачи листка нетрудоспособности?

1. врачу станции скорой помощи;
2. врачу приемного отделения больницы;
3. врачу дома отдыха, санатория;
4. медицинской сестре здравпункта;
5. фельдшеру фельдшерско-акушерского пункта, расположенного в отдаленной местности.

104. На какие сроки лечащий врач может выдать листок нетрудоспособности одновременно и самостоятельно?

1. на 4 и 15 дней;
2. на 3 и 6 дней;
3. на 10 и 25 дней;
4. на 6 и 30 дней;
5. на 10 и 30 дней.

105. Какие данные необходимы для расчета показателя «число случаев временной утраты трудоспособности на 100 работающих»?

1. число случаев временной утраты трудоспособности; среднегодовая численность населения;
2. число случаев временной утраты трудоспособности; средняя продолжительность одного случая;
3. число случаев временной утраты трудоспособности; среднегодовая численность работающих;
4. число случаев временной утраты трудоспособности; число больных лиц;
5. число дней временной утраты трудоспособности; число случаев временной утраты трудоспособности.

106. Назовите функции лечащего врача по экспертизе трудоспособности:

1. установление факта временной нетрудоспособности, выдача листка нетрудоспособности, направление на МСЭ;
2. направление на МСЭ, установление факта временной нетрудоспособности;
3. установление факта временной нетрудоспособности, выдача листка нетрудоспособности, экспертиза стойкой нетрудоспособности;
4. установление факта стойкой нетрудоспособности, выдача направления на врачебную комиссию, экспертиза временной нетрудоспособности;
5. установление факта временной нетрудоспособности, выдача листка нетрудоспособности максимально до 30 дней, направление на ВК для продления листка нетрудоспособности.

107. Назовите функции врачебной комиссии по экспертизе трудоспособности:

1. консультации врачей, направление на МСЭ, выдача заключения о переводе на другую работу, контроль качества лечения, экспертиза временной нетрудоспособности свыше 30 дней;
2. консультации врачей, направление на МСЭ, экспертиза стойкой нетрудоспособности, профессиональной непригодности;
3. консультации врачей, выдача листка нетрудоспособности всем больным, экспертиза стойкой и временной нетрудоспособности;



4. выдача листка нетрудоспособности, справок о профессиональной непригодности, экспертиза временной нетрудоспособности, выдача заключения о переводе на другую работу беременных;

5. выдача заключения о нетрудоспособности, продление листка нетрудоспособности.

108. Какие данные необходимы для расчета показателя «число дней временной утраты трудоспособности на 100 работающих»?

1. число дней временной утраты трудоспособности; среднегодовая численность населения;

2. число дней временной утраты трудоспособности; средняя продолжительность одного случая;

3. число дней временной утраты трудоспособности; среднегодовая численность работающих;

4. число дней временной утраты трудоспособности; число больных лиц;

5. число дней временной утраты трудоспособности; число рабочих дней в году.

109. Назовите основную функциональную единицу станции скорой медицинской помощи:

1. врачебная бригада;

2. выездная бригада;

3. отделение скорой медицинской помощи;

4. оперативный отдел;

5. фельдшерская бригада

110. Назовите показатель, характеризующий уровень обращаемости населения за скорой медицинской помощью:

1. своевременность выездов бригад скорой помощи;

2. удельный вес повторных вызовов;

3. обеспеченность населения скорой медицинской помощью;

4. удельный вес госпитализированных больных;

5. коэффициент занятости бригады скорой медицинской помощи.

111. Что является основой планирования обеспечения населения скорой медицинской помощью?

1. показатель удельного веса повторных вызовов;

2. своевременность выездов бригад скорой помощи;

3. норматив скорой медицинской помощи (по программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи);

4. уровень дорожно-транспортного травматизма;

5. число обратившихся за скорой медицинской помощью в течение года.

112. Назовите показатель, характеризующий оперативность работы скорой медицинской помощи:

1. обеспеченность населения скорой медицинской помощью;

2. расхождение диагнозов скорой медицинской помощи и стационаров;

3. удельный вес успешных реанимаций;

4. своевременность выездов бригад скорой медицинской помощи;

5. удельный вес летальных исходов.

113. Какой период времени считается оптимальным для выезда бригады скорой медицинской помощи с момента поступления вызова?

1. 15 мин;

2. 4 мин;

3. 20 мин;

4. 30 мин;

5. 2 мин.

114. Какую статистическую форму используют для расчета показателей деятельности учреждений скорой медицинской помощи?

1. дневник работы станции (отделения) скорой медицинской помощи (ф. 115/у);

2. журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (ф. 109/у);

3. карта вызова скорой медицинской помощи (ф. 110/у);

4. сопроводительный лист станции скорой помощи с талоном к нему (ф. 114/у);

5. отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи (ф. 40).

115. Назовите показатель, характеризующий уровень диагностики и преемственности в работе станций скорой медицинской помощи и больничных учреждений:

1. расхождение диагнозов скорой медицинской помощи и стационаров;
  2. удельный вес госпитализированных больных;
  3. обеспеченность населения скорой медицинской помощью;
  4. удельный вес повторных вызовов;
  5. коэффициент занятости бригады скорой медицинской помощи.
116. Какие данные используют для расчета показателя удельного веса летальных исходов?
1. число летальных исходов в присутствии бригады скорой медицинской помощи; общее число обратившихся на станцию скорой медицинской помощи;
  2. число летальных исходов; среднегодовая численность населения;
  3. число летальных исходов в присутствии бригады скорой медицинской помощи; общее число вызовов скорой медицинской помощи;
  4. число летальных исходов; общее число вызовов скорой медицинской помощи;
  5. число летальных исходов в присутствии бригады скорой медицинской помощи; общее число больных, доставленных в стационар бригадой скорой помощи.
117. Укажите показатель, характеризующий качество работы бригад скорой медицинской помощи:
1. своевременность выездов бригад скорой медицинской помощи;
  2. коэффициент занятости бригады скорой медицинской помощью;
  3. среднесуточная нагрузка бригады скорой медицинской помощи;
  4. удельный вес успешных реанимаций.
118. Какие виды контроля качества медицинской помощи Вы знаете:
1. государственный контроль;
  2. ведомственный контроль;
  3. внутренний контроль.
  4. все выше перечисленное верно.
119. Экспертиза временной нетрудоспособности – это вид экспертизы:
1. экономической
  2. социальной
  3. медицинской
  4. страховой
120. Показатель качества врачебной диагностики в стационаре определяется по:
1. показателю летальности;
  2. показателю совпадения (или расхождения) диагнозов;
  3. средней длительности пребывания больного в стационаре;
  4. правильного ответа нет.
121. Реализация принципа вовлечения персонала включает:
1. распределение ответственности и полномочий, обучение, информирование и мотивацию персонала;
  2. контроль выполнения функциональных обязанностей персоналом;
  3. начисление заработной платы персоналу.
122. Куда может обратиться пациент с жалобой на качество медицинской помощи:
1. к руководителю МО;
  2. к другому должностному лицу МО;
  3. в орган управления здравоохранением;
  4. в страховую медицинскую организацию;
  5. в профессиональную медицинскую ассоциацию;
  6. в лицензионно - аккредитационную комиссию;
  7. в общество по защите прав потребителей;
  8. в суд;
  9. в любую из названных выше инстанций.
123. Потенциал общественного здоровья - это:
1. совокупность показателей здоровья отдельных групп населения

2. мера количества и качества здоровья людей, создаваемых активным, здоровым образом жизни
3. динамика показателей здоровья населения в целом
124. Основные критерии общественного здоровья не включают показатели:
1. медико-демографические
  2. заболеваемости
  3. финансирования здравоохранения
  4. первичной инвалидности
125. Состояние здоровья населения не характеризуют показатели:
1. временной нетрудоспособности
  2. демографические
  3. заболеваемости
  4. физического развития
  5. оценки качества медицинской помощи
126. К системам, обеспечивающим охрану здоровья населения относятся:
1. только государственная (федеральная)
  2. государственная и муниципальная
  3. государственная, муниципальная, частная
  4. муниципальная
  5. частная
126. Укажите в нужной последовательности согласно «Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан»
- 1: экспертиза временной нетрудоспособности
  - 2: медико- социальная экспертиза
  - 3: военно-врачебная экспертиза
  - 4: судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза
  - 5: независимая экспертиза
127. К учреждениям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, не относится:
- 1 амбулатория
  - 2 городская поликлиника
  - 3: стационар городской больницы
  - 4: диспансер
  - 5: женская консультация
128. S: К основным принципам организации амбулаторно-поликлинической помощи не относится:
- 1: участковость
  - 2: преемственность
  - 3: профилактическая направленность
  - 4: общедоступность
  - 5: индивидуальность
129. В задачи городской поликлиники входит оказание:
- 1: высококвалифицированной и узкоспециализированной врачебной помощи
  - 2: квалифицированной и специализированной врачебной помощи
  - 3: высококвалифицированной и специализированной помощи
  - 4: квалифицированной медицинской помощи
  - 5: специализированной медицинской помощи
130. Нагрузка врача-терапевта на приеме составляет:
- 1: 2 человека в час
  - 2: 3 человека в час
  - 3: 5 человек в час
  - 4: 7 человек в час

- 5: 8 человек в час
131. В работу регистратуры поликлиники не входит:
- 1: запись посетителей на прием к врачу
  - 2: направление посетителей на исследования
  - 3: прием вызовов к больным на дом
  - 4: информирование населения о графике работы врачей
  - 5: оформление листков нетрудоспособности
132. Перечень жизненно важных лекарственных средств, отпускаемых по бесплатным и льготным рецептам, утверждается:
- 1: постановлением мэра
  - 2: Правительством РФ
  - 3: Фондом ОМС
  - 4: Министерством здравоохранения
  - 5: Комитетом по фармацевтической деятельности местной администрации
133. К основным видам больничных учреждений не относится:
- 1: центральная районная больница
  - 2: городская больница
  - 3: специализированный центр
  - 4: дом отдыха
  - 5: медико-санитарная часть
134. Для оценки эффективности стационарной помощи используются показатели:
- 1: средняя длительность лечения больного
  - 2: летальность в стационаре
  - 3: частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов
  - 4: стоимость одного койко-дня
  - 5: оборот койки
135. К отчетной документации стационара не относится:
- 1: сведения о лечебно-профилактическом учреждении
  - 2: сведения о деятельности стационара
  - 3: сведения о причинах временной нетрудоспособности
  - 4: отчет о медицинских кадрах
136. Консультацию больных в стационаре не имеют право осуществлять:
- 1: заведующий отделением
  - 2: заместитель главного врача по лечебной работе
  - 3: лечащий врач
  - 4: прикрепленные к отделениям "узкие" специалисты
  - 5: привлеченные родственниками больного консультанты, без согласования с администрацией больницы
137. К видам медицинского страхования относится:
- 1: добровольное
  - 2: смешанное
  - 3: социальное
  - 4: гарантированное
  - 5: дополнительное
138. Обязательное медицинское страхование является видом страхования:
- 1: социального
  - 2: индивидуального
  - 3: коллективного
  - 4: смешанного
  - 5: дополнительного
139. К субъектам обязательного медицинского страхования не относятся:
- 1: застрахованные лица;
  - 2: страхователи;
  - 3: Федеральный фонд;
  - 4: страховая медицинская организация.

140. К участникам обязательного медицинского страхования не относятся:
- 1: территориальные фонды;
  - 2: страховые медицинские организации;
  - 3: медицинские организации;
  - 4: застрахованные лица.
141. Договор медицинского страхования считается заключенным с момента:
- 1: подписания
  - 2: уплаты первого страхового взноса
  - 3: уплаты всей суммы страховых взносов
  - 4: возникновения первого страхового случая
  - 5: обращения гражданина за медицинской помощью
142. К видам спроса не относятся:
- 1: отрицательный
  - 2: чрезмерный
  - 3: падающий
  - 4: скрытый
  - 5: дифференцированный
143. Совокупность существующих потенциальных продавцов и покупателей – это ###.
- : рынок
  - : р\*н\*к
144. Потребность, подкрепленная покупательской способностью – это ###.
- : запрос
  - : з\*прос
  - : з\*про#\$#
145. К базовым понятиям маркетинга не относятся:
- 1: мотивы
  - 2: сделки
  - 3: желания
  - 4: рынки
  - 5: потребности
146. Основным капиталом в структуре производственных ресурсов ЛПУ представлен:
- 1: зданиями и сооружениями, медицинским оборудованием и аппаратурой
  - 2: топливом
  - 3: лекарственными средствами и средствами ухода за больными
  - 4: энергией
  - 5: фондом заработной платы
147. Функционирование рынка услуг здравоохранения осуществляется благодаря взаимодействию основных параметров:
- 1: спрос, конкурентность
  - 2: взаимовыгодность, возмездность, эквивалентность
  - 3: спрос, предложение, цена
  - 4: самостоятельность, информативность
  - 5: предложение, прибыльность
148. К основной группе цен на медицинские услуги населению не относятся:
- 1: государственные цены
  - 2: договорные цены
  - 3: тарифы на медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию
  - 4: свободные цены на платные медицинские услуги
  - 5: прейскуранные цены
149. В структуру себестоимости медицинской услуги не входят:
- 1: затраты на оплату труда
  - 2: отчисления и социальные нужды
  - 3: прибыль
  - 4: материальные затраты
  - 5: цена
150. Цена медицинской услуги складывается из:
- 1: материальных затрат и себестоимости

- 2: себестоимости и прибыли
- 3: налогов, страховых взносов
- 4: себестоимости
- 5: прибыли и налогов

### 3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения

Индекс индикатора (Зн.-Знания, У.-Умения, Н.-Навыки)	Содержание	Наименование оценочного средства
<b>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)</b>		Тесты 1-15 Задача 1,5,6,14,15 Реферат 1-22
Зн.У.1.1	Методы критического анализа, синтеза	
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.1.1	Анализировать альтернативные варианты принимаемых решений в профессиональной деятельности.	
У.У.1.3	Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей)	
Н.У.1.1	Навыки анализа синтеза в профессиональной деятельности.	
Н.У.1.2	Анализ информации, полученной от пациентов (их законных представителей)	
<b>Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2)</b>		Тесты 16-30 Реферат 9,10,12,16
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	
<b>Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополни-тельным 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)</b>		Тесты 31-45 Задача 11
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	
<b>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)</b>		Тесты 46-60 Задача 4,6,12 Реферат 10,12
Зн.1.1	Основы здорового образа жизни, методы его формирования	
Зн.1.2	Диагностика и причины возникновения заболеваний	
Зн.1.3	Факторы среды обитания и их воздействие на здоровье человека	
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	
У.1.1	Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения потребления и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ	
У.1.2	Производить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы	
Н.1.1	Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ	
Н.1.2	Пропаганда здорового образа жизни, профилактика заболеваний	
Н.1.3	Контроль за выполнением профилактических мероприятий	
<b>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2)</b>		Тесты 61-75 Реферат 8,18
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	Принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования заболеваний нервной системы	
Зн.2.5	Медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики заболеваний нервной 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	
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	
У.2.3	Производить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями, и (или) состояниями	
У.2.4	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения	
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 стандартов медицинской помощи	
Н.2.2	Осмотры, в том числе неврологические, пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы	
Н.2.3	Оформление медицинских заключений по результатам медицинских осмотров	
Н.2.4	Оценка эффективности профилактической работы с пациентами	
<b>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4)</b>		Тесты 76-90 Задача 2,8,11,12 Реферат 1,3,5,9,11,13,15
Зн.4.1	Социально-гигиенические методики сбора информации о показателях здоровья взрослых и подростков	
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.4.3	Производить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидизации	
У.4.4	Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	
Н.4.1	Анализ показателей заболеваемости, инвалидности	
Н.4.2	Проведение анализа показателей заболеваемости	
Н.4.3	Использование персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну	
<b>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)</b>		Тесты 90-105 Задача 10 Реферат 6,10
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 и заболеваний	
Н.9.1	Пропаганда здорового образа жизни, профилактика травм и заболеваний	
<b>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10)</b>		Тесты 106-135 Задача 4,5,6,7,12,13,14,15
Зн.10.1	Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению	



Зн.10.2	Правила работы в информационно-аналитических системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	Реферат 1,2,3,4,7,13,14 ,16,19
Зн.10.3	Требования пожарной безопасности, охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка	
Зн.10.4	Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Нейрохирургия"	
У.10.1	Составлять план работы и отчет о своей работе	
У.10.2	Оформлять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде, и контролировать качество ее ведения	
У.10.3	Использовать информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"	
У.10.4	Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	
У.10.5	Выполнять должностные обязанности с соблюдением правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда	
У.10.6	Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом	
Н.10.1	Составление плана работы и отчета о своей работе	
Н.10.2	Ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде	
Н.10.3	Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	
Н.10.4	Использование информационно-аналитических систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	
Н.10.5	Контроль соблюдения правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности и охраны труда	
Н.10.6	Проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	
Н.10.7	Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	
Н.10.8	Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну	
Зн.10.1	Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению	
<b>Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)</b>		Тесты 136-150
Зн.11.1	Основные медико-статистические показатели качества оказания медицинской помощи	Задача 3,9,10,12
Зн.11.2	Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	Реферат 6,7,14,16,20,21
У.11.1	Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности населения с заболеваниями и (или) состояниями нейрохирургического профиля	
У.11.2	Проводить работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	
У.11.3	Оценивать качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	
Н.11.1	Участие в обеспечении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	

#### 4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания.
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
3. Общественное здоровье, определение, основные показатели и факторы, его определяющие.
4. Уровень и динамика показателя в Российской Федерации, медико-демографические проблемы.
5. Демографическая политика, понятие, региональные особенности. Основные направления в различных странах.
6. Интегральные показатели здоровья, методика их изучения. Уровни и динамика интегральных показателей здоровья в различных странах мира.
7. Заболеваемость, определение, источники информации, виды заболеваемости, методика изучения. Возрастно-половые особенности заболеваемости. Роль врачей в изучении заболеваемости и повышении достоверности данных.
8. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Методика изучения, уровни и динамика показателей. Социально-экономическое значение заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
9. Заболеваемость важнейшими социально-значимыми болезнями. Методика изучения, уровни и динамика показателей. Медико-социальное значение.
10. Факторы, обуславливающие состояние здоровья населения.
11. Медицинская активность населения, определение, основные характеристики. Здоровый образ жизни, определение, основные характеристики.
12. Медицинская статистика, ее основные разделы. Статистика здоровья, определение, основные показатели. Статистика здравоохранения, определение, основные показатели.
13. Основные принципы здравоохранения в Российской Федерации.
14. Всемирная организация здравоохранения. Структура ВОЗ, цели, стратегия и содержание деятельности.
15. Современное состояние страхования здоровья в Российской Федерации, перспективы развития.
16. Социальное страхование. Основные принципы, роль органов здравоохранения и врачей.
17. Первичная медико-социальная помощь, определение, учреждения и особенности их работы.
18. Основные принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи и перспективы ее развития.
19. Организация стационарной медицинской помощи, перспективы развития.
20. Организация медицинской помощи сельскому населению. Перспективы развития.
21. Организация стационарной помощи женщинам. Перспективы развития.
22. Организация амбулаторно-поликлинической помощи детям. Перспективы развития.
23. Организация скорой и неотложной медицинской помощи населению.
24. Преемственность и взаимосвязь между различными лечебно-профилактическими учреждениями, формы организации и значение.
25. Врачебно-трудовая экспертиза, определение, задачи, порядок проведения.
26. Виды нетрудоспособности.
27. Организация медико-социальной экспертизы.
28. Организация экспертизы нетрудоспособности в ЛПУ. Обязанности лечащего врача, заведующего отделением, КЭК, заместителя главного врача по клинко-экспертной работе.
29. Правила оформления листка нетрудоспособности.
30. Экспертиза временной нетрудоспособности.
31. Врачебная этика и медицинская деонтология. Основные проблемы. Клятва врача.

## 5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

### Основная литература

1. Царик Г. Н., Здоровоохранение и общественное здоровье : учебник [Электронный ресурс] / под ред. Г. Н. Царик - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 912 с. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443279.htm>
2. Руководство по диспансеризации взрослого населения/ под ред. Н.Ф. Герасименко.- М.:ГЭОТАР,2017
3. Хабриев Р.У., Комментарии к нормам труда в здравоохранении [Электронный ресурс] / Хабриев Р.У. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 144 с. - - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442920.html>
4. Хабриев Р.У., Государственные гарантии медицинской помощи [Электронный ресурс] / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, В.С. Маличенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 232 с. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440827.html>
5. Улумбекова Г.Э., Здоровоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019-2024 гг. [Электронный ресурс] / Улумбекова Г.Э. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-5417-6 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454176.html>
6. Комаров Ю.М., Мониторинг и первичная медико-санитарная помощь [Электронный ресурс] / Ю. М. Комаров - М. : Литтерра, 2017. - 320 с. - ISBN 978-5-4235-0259-1 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502591.html>
7. Царик Г. Н., Информатика и медицинская статистика [Электронный ресурс] / под ред. Г. Н. Царик - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-4243-2 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442432.html>
8. Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения [Электронный ресурс] / под ред. Семеновой Т.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-4977-6 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449776.html>

### Дополнительная литература

1. Татарников М.А., Делопроизводство в медицинских организациях [Электронный ресурс] / Татарников М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-4871-7 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448717.html> Управление и экономика в здравоохранении/ под ред. Вялкова А.И.-М.:ГЭОТАР,2016
2. Управление и экономика в здравоохранении/ под ред. А. И. Вялкова.-М.:ГЭОТАР,2016
3. Полинская Т.А., Больничный лист в вопросах и ответах [Электронный ресурс] : практическое руководство / Т. А. Полинская, С. В. Шлык, М. А. Шишов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455630.html>
4. Гундаров И.А., Профилактическая медицина на рубеже веков. От факторов риска - к резервам здоровья и социальной профилактики [Электронный ресурс] / И.А. Гундаров, В.А. Полесский - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3871-8 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438718.html>

### Периодические издания

1. Общественное здоровье и здравоохранение
2. Вестник Росздравнадзора
3. Здравоохранение Российской Федерации
4. Методы менеджмента качества
5. Проблемы стандартизации в здравоохранении
6. Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения

### 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.sciemcdirect.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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>



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  
« dd » 2021 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

### **Б1.Б.03 ПЕДАГОГИКА**

краткое наименование дисциплины: нет

Специальность: 31.08.66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.

## Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения	21
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	22
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	23

## 1. Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Педагогика» относится к базовой части Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана подготовки ординатора специальности 31.08.56 Нейрохирургия

**Цель дисциплины:** освоение общих основ педагогической науки как условия профессиональной компетенции специалиста в области медицины.

### **Задачи дисциплины:**

- изучение основных категорий педагогики, систем и технологий на основе современных научных подходов;

-изучение принципов анализа педагогических проблем в практике медицинской работы;

-формирование педагогического мировоззрения у ординаторов с учетом современных теоретических и практических достижений педагогической науки.

### **Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:**

Универсальные компетенции:

-готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

-готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

-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).

Профессиональные компетенции:

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

## 2. Объем и содержание дисциплины

Для освоения программы по данной дисциплине предполагается 2 з.е..Изучение дисциплины осуществляется на 1 курсе. Форма контроля: зачет.

Трудоемкость дисциплины –72 часа, в том числе:

**лекции** – 8 аудиторных часа,

**семинарские занятия** –14 аудиторных часов,

**самостоятельная работа**-50 часов.

### **Тема лекций:**

1. Обучение в системе профессионального образования – 2 час.

2. Воспитание в системе профессионального образования – 2 час.

3. Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности современного врача – 2 часа.

4. Психолого-педагогические методы организации лечебной деятельности медицинского персонала – 2 часа.

### **Семинарские занятия:**

1. Процесс обучения в системе профессионального образования. Специфика системы непрерывного медицинского образования – 2 часа.

2. Воспитание в системе профессионального образования. Подходы к организации воспитательной работы с обучающимися на различных ступенях медицинского образования – 2 часа.

3. Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности современного врача. Медицинская педагогика как отрасль педагогического знания – 2 часа.

4. Образовательная среда. Профессиональная образовательная среда. Проектирование профессиональной образовательной среды. Инновационные технологии в образовании – 2 часа.

5. Психолого-педагогическая организация лечебной работы. Педагогическая тактика и психологическая коррекция как элементы дополнительной профессионализации в становлении личности врача – 2 часа.

6. Медико-педагогическая тактика в структуре социально-педагогических и профилактических мероприятий. Роль личности врача в непосредственном и опосредованном воспитании среднего медицинского персонала -2 часа.

7. Формы организации и формы оценки эффективности учебно-воспитательного процесса в образовательных организациях медицинского профиля – 2 часа.

### ***Самостоятельная работа:***

Подготовка докладов по избранным проблемам специальности к участию в семинарах и практических занятиях, в тематических дискуссиях; написание рефератов.

Вопросы для самостоятельного изучения:

- Высшее и среднее профессиональное образование в России и за рубежом. Современное развитие медицинского образования в России и за рубежом

- Методы и средства обучения

- Методы и формы воспитания

## **Оценочные материалы**

### ***Ситуационные задачи:***

Задача 1. Преподаватель С. во время практического занятия с группой решил проконсультировать пациентку с жалобами на боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области, изжогу, тошноту. При сборе анамнеза, он выяснил, что несколько лет назад она лечилась в кожно-венерологическом диспансере. Опрос велся достаточно громко, явно для демонстрации студентам. Больная растерявшись, заплакала и ушла. Какие профессиональные ошибки были допущены преподавателем?

Задача 2. Пациентка обратилась в клинику с жалобами на неприятные ощущения и чувство жжения в области горла. Во время обследования молодой врач позвал коллег, чтобы они посмотрели, как он выразился, на странный язык, состоящий из отдельных долек. -Такого языка я еще никогда не видел. Это –очень интересный язык, -добавил доктор. Пациентка, тут же прикрыв рот рукой, сказала:-Я –не на сцене, позировать не желаю и пойду лечиться к другому специалисту. Проанализируйте ситуацию и ответьте на вопросы: а) насколько профессиональны действия врача? б) как бы Вы поступили на его месте?

Задача 3. Врач с большим стажем работы в клинике перешел на работу в медицинское учебное заведение. Проводит занятия по своему предмету, уделяя особое внимание формированию практических умений, но категорически отказывается выставлять текущие оценки учащимся, считая, что контроль травмирует их, а для проверки знаний существует такая форма контроля, как экзамен, где они и должны продемонстрировать все, чему их научили на занятиях. Проанализируйте ситуацию и ответьте на вопросы: а) назовите педагогические требования к выбору методов проверки и оценки знаний. Какими из них пренебрегает педагог? б) какие функции проверки знаний и навыков в данном случае выполняются не в полной мере? в) какие виды контроля выделяют в педагогике?

Задача 4. Пациентка обратилась к участковому терапевту с жалобами на частые приступы одышки с хрипами и откашливанием, постоянное ощущение «комка в горле», мешающего говорить и глотать. Сделав необходимые обследования и исключив наличие терапевтической



патологии, врач резко оборвал «причитания» больной: -Успокойтесь и перестаньте морочить всем голову! У вас просто панические атаки. Вы христоматийный пример невротика! Проанализируйте ситуацию и укажите на ошибки врача при общении с пациентом.

Задача 5. На практических занятиях один из обучающихся, занимающий, как правило, место недалеко от преподавателя, изучает конспекты лекций или учебник по другому предмету. На вопросы преподавателя отвечает, что много времени у него для этого предмета не будет, а на занятии ему присутствовать нужно, так как он может услышать что-то полезное. Сидя за первыми столами, он воспринимает информацию лучше. На занятия ходит регулярно, контрольные работы выполняет удовлетворительно, но на вопросы преподавателя не отвечает, так как «занят». Проанализируйте ситуацию с позиции педагога. Ваши действия.

Задача 6. Пациентка Р. пришла на консультацию к профессору-кардиологу по поводу кардиофобии. Профессор был на кафедральном совещании, и больную пришлось принять дежурному врачу. Вначале он долго выяснял, почему именно он должен заниматься с Р., направленной на консультацию к профессору. Потом, ознакомившись с проведенными обследованиями и не найдя никаких опасений с точки зрения кардиологии, он с неудовольствием отрезал: «Кардиофобия – всего лишь страх смерти от сердечного заболевания. По нашей части у вас "все чисто". Не бойтесь: "от сердца" вы не умрете. Идите к психиатру!» Проанализируйте ситуацию и ответьте на вопросы: а) какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач? б) как можно скорректировать поведение этого врача?

Задача 7. Пациент Г. 37 лет на приеме у врача-стоматолога потребовал срочно удалить больной зуб. После осмотра и рентгенологического обследования врач объяснил пациенту, что зуб может быть сохранен при условии еще двух сеансов лечения. Недовольный таким, по его мнению, надуманным промедлением, больной в раздражении покидает кабинет. В регистратуре его несколько успокоили и посоветовали обратиться к другому врачу в этой же клинике. Зная о случившемся конфликте, новый врач, игнорируя стандарты технологии лечения, пошел «на поводу» у пациента и немедленно выполнил просьбу, удалив зуб без каких-либо предложений о лечении. Как Вы считаете: а) является ли эта ситуация конфликтной? Кого можно считать субъектами этого конфликта? Какие стратегии поведения они выбрали? б) оцените эту ситуацию и ее возможные последствия с точки зрения конфликтолога и стоматолога-профессионала? в) как бы Вы поступили в подобном случае?

Задача 8. Начиная занятие, преподаватель узнает, что студенческая группа не подготовилась к важной теме по дисциплине, ссылаясь на отсутствие учебников в библиотеке и т.д. Каковы Ваши действия в данной ситуации? Необходимо ли, на Ваш взгляд, ставить неудовлетворительные оценки в данном случае?

Задача 9. Идет экзамен. Преподаватель сразу пригласил 8 студентов. Некоторые студенты при подготовке при подготовке пользуется «шпаргалками». Преподаватель, заметив это, удаляет студентов с экзамена. Проходит полчаса, никто не хочет отвечать первым. Преподаватель начинает нервничать, торопит студентов. Наконец, выходит самый смелый и начинает отвечать на вопросы билета. Преподаватель во время ответа просматривает зачетную книжку студента. Выслушав ответ, начинает задавать вопросы не по билету, т.к. считает, что студент, обучающийся в течение года на «удовлетворительно» и «хорошо», не может на экзамене продемонстрировать отличные знания. Проанализируйте ситуацию и ответьте на вопросы: а) какие педагогические ошибки допустил преподаватель на эк-замене? б) предложите правильный вариант проведения экзамена.

Задача 10. Если бы Вам поручили разработать сборник кейсов по дисциплине, то какие случаи из практической деятельности специалиста могли бы послужить основой для кейса?

### **Рефераты:**

1. Педагогика как наука: предмет, объект, функции и основные задачи.
2. Государственный образовательный стандарт – нормативная основа содержания образования, его регулирующие функции.
3. ФЗ «Об образовании в РФ»: образовательная система России, принципы государственной политики в области образования.
4. Общее понятие о дидактике и основные дидактические категории.
5. Формы и методы обучения.
6. Современные методы обучения пациентов.
7. Современные образовательные технологии.

8. Технологии дистанционного и электронного обучения.
9. Способы активизации познавательной деятельности обучающихся.
10. Педагогические концепции и модели воспитания.
11. Общие методы воспитания.
12. Современные технологии воспитания.
13. Методика работы с коллективом.
14. Индивидуальные и групповые методы консультирования пациентов.
15. Межличностные отношения как основа формирования социально-психологического климата коллектива.
16. Профилактика межличностных конфликтов.
17. Психолого-педагогические проблемы подготовки специалиста к профессиональности деятельности в поликультурной среде.
18. Анализ программ непрерывного профессионального образования и повышения квалификации мед. персонала.
19. Разработка фондов оценочных средств с позиции ФГОС.

**Тестовые задания:**

1. Педагогика – это наука о:
  - : воспитании, обучении и образовании человека в современном обществе
  - : способах научного познания
  - : психологических особенностях личности
  - : физиологических закономерностях развития личности
  - : подготовке учителя к работе в школе
2. Основные категории педагогики:
  - : урок, обучение, развитие
  - : принципы обучения, компоненты педагогического процесса
  - : формы обучения, средства обучения
  - : самообразование, самовоспитание
  - : воспитание, образование, обучение
3. Установите соответствие
  - L1: предмет науки
  - L2: предмет педагогики
  - L3: объект науки
  - L4: объект педагогики
  - R1: способ видения объекта
  - R2: педагогический процесс
  - R3: явление действительности
  - R4: образование
  - R5: воспитание
4. Установите соответствие между функциями педагогической науки и их содержанием
  - L1: теоретическая
  - L2: прогностическая
  - L3: практическая
  - R1: направлена на изучение различных педагогических фактов, явлений, процессов, а также на объяснение тех условий в которых эти процессы протекают, изучение форм организации учебного процесса
  - R2: направлена на изучение и прогнозирование тех изменений, которые возможны в педагогическом процессе, в школе, в системе управления
  - R3: состоит во внедрении новых идей, новых форм обучения, новых образовательных учреждений
  - R4: направлена на осуществление контроля над педагогическим процессом, над его особенностями и результатами
5. В педагогической науке педагогический процесс является ###
  - +: предметом
6. Установите соответствие

- L1: воспитание
  - L2: обучение
  - L3: образование
  - R1: передача социального опыта от одного поколения к другому
  - R2: процесс взаимодействия учителей и учеников, направленный на освоение знаний, умений, навыков
  - R3: система накопленных в процессе обучения знаний, умений, навыков и способов мышления
  - R4: процесс становления человека под воздействием всех факторов
7. Педагогической категорией не является:
- : обучение
  - : воспитание
  - : образование
  - : развитие
  - : мониторинг знаний
8. Воспитание рассматривается как передача накопленного опыта от старших поколений младшим:
- : в философском смысле
  - : в историческом смысле
  - : в социальном смысле
  - : в гуманитарном смысле
9. Установите соответствие между понятиями и определениями
- L1: знания
  - L2: умения
  - L3: навыки
  - R1: усвоение фактов, представлений, понятий и законов науки
  - R2: сознательное и самостоятельное выполнение практических и теоретических действий
  - R3: автоматизированные умения, доведенные до совершенства путем многократных упражнений
  - R4: целенаправленное управление процессом усвоения социального опыта
10. Главным критерием образованности является
- : разнообразность знаний
  - : количество знаний
  - : системность знаний
  - : объём знаний
11. Образование, которое даёт человеку знание основ наук о природе, обществе, человеке, формирует мировоззрение, развивает познавательные способности:
- : общее
  - : профессиональное
  - : политехническое
  - : высшее
12. Направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью
- : формирования у него определенных знаний, взглядов и убеждений – это:
  - : обучение основам определенной профессиональной деятельности;
  - : обучения его необходимым навыкам самообслуживания.
  - : воспитание в широком педагогическом смысле
  - : воспитание в социальном смысле
13. Установите соответствие
- L1: общее образование
  - L2: профессиональное образование
  - L3: политехническое образование
  - R1: дает человеку знание основ наук о природе, обществе, человеке
  - R2: вооружает знаниями, умениями, навыками в профессиональной области
  - R3: знакомит с основными принципами современного производства
  - R4: создает условия для развития физических качеств
14. Специально организованный, целенаправленный и управляемый процесс взаимодействия учителей и учеников, называют ###

- + : обучение
- 15. Обучение и воспитание взрослых людей называется ###
- + : андрагогика
- 16. Самовоспитание – это
  - : целенаправленная деятельность как результат активного взаимодействия личности со средой
  - : опыт формирования сознания, чувств и навыков поведения
  - : преобразование отрицательных способов поведения осложняющих процесс формирования личности
  - : устранение обстоятельств, способствующих формированию право нарушающего поведения
  - : сознательная, целенаправленная самостоятельная деятельность, ведущая к самосовершенствованию
- 17. Самообразование – это
  - : приемы активизации мыслительной деятельности
  - : приобретение знаний о мире на основе самостоятельных знаний
  - : самопознание, преодоление недостатков предыдущего воспитания
  - : специально организованная оздоровительная деятельность
  - : процесс внушения, адресованный к самому себе
- 18. Воспитание в социальном смысле определяется как:
  - : воздействие среды на личность
  - : подготовка человека к профессии
  - : передача социального опыта от одного поколения к другому
  - : общение людей в неформальных объединениях
- 19. Отражение человеком объективной действительности в форме фактов, представлений, понятий и законов науки – это ###
- 20. Сознательное и самостоятельное выполнение практических и теоретических действий – это ###
  - + : умения
- 21. Автоматизированные умения, доведенные до совершенства путём многократных упражнений – это ###
  - + : навыки
- 22. Система накопленных в процессе обучения знаний, умений, навыков, определенные способы мышления – это ###
  - + : образование
- 23. Объектом педагогической науки является ###
  - + : образование
- 24. «Воспитание», «обучение», «образование» – это основные педагогические ###
  - + : категории
- 25. Обучение – это:
  - : деятельность человека с определенной целью
  - : влияние внешних и внутренних факторов на процесс формирования личности
  - : формирование личностных качеств
  - : совместная целенаправленная деятельность учителя и учащихся, в ходе которой осуществляется развитие личности, её образование и воспитание
  - : процесс управления под руководством учителя
- 26. Система педагогических наук включает:
  - : систему методов педагогического исследования
  - : принципы обучения и воспитания
  - : результаты социологических исследований
  - : междисциплинарные коммуникации философии и психологии
  - : отрасли наук о воспитании и образовании детей и взрослых
- 27. Объектом педагогической науки является:
  - : воспитание
  - : педагогический процесс
  - : образование

- : учение о принципах построения теории
- 28. Научный опыт, учитывающий конкретные условия обучения и воспитания – это ###
  - +: эксперимент
  - +: \*кспер\*мент
  - +: эксп\*р\*мен\*
- 29. Наблюдение – это:
  - : сбор информации
  - : организованное исследование
  - : познание окружающего мира в естественных условиях
  - : корректировка полученного материала в сознании
  - : чувственное восприятие вещей
- 30. Методология педагогической науки – это:
  - : способы оценки знаний учащихся
  - : используемые учителем методы обучения
  - : учение о принципах, методах и процессах познания и преобразования педагогической действительности
    - : теория воспитания личности в коллективе
- 31. Процесс и результат усвоения определенной системы знаний и обеспечение на этой основесоответствующего уровня развития личности
  - 1)воспитание
  - 2)образование
  - 3)педагогический процесс
  - 4)обучение
- 32.Множество взаимосвязанных структурных компонентов, объединенных единой образовательной цельюразвития личности и функционирующих в целостном педагогическом процессе
  - 1)дидактика
  - 2)педагогическая система
  - 3)педагогический процесс
  - 4)обучение
- 33. Постоянным задачам педагогической науки относятся
  - 1)выявление межличностных отношений в коллективе
  - 2)изучение причин неуспеваемости
  - 3)прогнозирование образования
  - 4)обобщение практического опыта
  - 5)вскрытие закономерностей обучения и воспитания
- 34. Диагностичная постановка педагогической цели предполагает
  - 1)установление явного противоречия
  - 2)описание действий учащихся, которые можно изме-рить и оценить
  - 3)подбор диагностического инструментария
  - 4)учет особенностей учащихся
- 35. Любая педагогическая технология должна отвечать требованиям
  - 1)доступности, прочности
  - 2)концептуальности, системности
  - 3)наглядности, научности
  - 4)мобильности, вариативности
- 36. Алгоритм процесса достижения планируемых результатов обучения и воспитания называется педагогической системой
  - 1)процессом
  - 2)концепций
  - 3)технологией
- 37. Андрагогика
  - 1)образование мужчин
  - 2)образование взрослых
  - 3)образование дошкольников
  - 4)образование пожилых людей
- 38. методология

- 1)учение о научном методе познания
  - 2)совокупность методов, применяемых в отдельных науках
  - 3)синоним методики
  - 4)учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики
39. Установите правильную последовательность. Подготовка к лекции включает
- 1)уточнение объема материала
  - 2) определение цели (идеи) лекции
  - 3) написание текста лекции
  - 4) уточнение структуры лекции
40. Уровень компетентности и методологической рефлексии исследователя определяют методологическую (-ое)
- 1)культуру
  - 2)творчество
  - 3)мастерство
  - 4)умение
- 41.Предмет педагогики
- 1)технологии воспитательного процесса
  - 2)личность воспитанника
  - 3)содержание воспитания
  - 4)развитие человека
  - 5)закономерности процесса воспитания
42. Действующие лица при реализации технологии дебатов
- 1)судьи
  - 2)команда утверждения
  - 3)команда отрицания
  - 4)таймкипер
  - 5)тьюторы
  - 6)аналитик
43. Методики «шесть шляп», «пять пальцев» относят к технологиям
- 1)рефлексивным
  - 2)контекстного обучения
  - 3)модульного обучения
  - 4)экспертно-оценочным
44. К современным образовательным технологиям относят
- 1) здоровьесберегающие
  - 2) информационно-коммуникационные
  - 3) обучение в сотрудничестве
  - 4) объяснительно-иллюстративную
  - 5) проекты и кейс-технологии
  - 6) развитие «критического мышления»
45. Предметная поддержка учебного процесса [голос (речь) педагога, его мастерство, учебники, оборудование]
- 1)задача обучения
  - 2)форма обучения
  - 3)цель обучения
  - 4)средства обучения
46. Умения, доведённые до автоматизма, высокой степени совершенства:
- 1)навыки
  - 2)знания
  - 3)умения
  - 4)мотивы
47. специальная конструкция процесса обучения, характер которой обусловлен его содержанием, методами, приемами, средствами, видами деятельности учащихся
- 1)форма обучения
  - 2)средство обучения

- 3)метод обучения
  - 4)технология обучения
48. Основополагающие требования к практической организации учебного процесса в педагогике
- 1)правила
  - 2)принципы
  - 3)законы
  - 4)установки
49. Как теория обучения и образования дидактика разрабатывает
- 1)основы методологии педагогических исследований
  - 2)сущность, закономерности и принципы обучения
  - 3)сущность, закономерности и принципы воспитания
  - 4)история педагогики
50. Характерные черты педагогического процесса как системы
- 1)целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
  - 2)гуманистичность и толерантность
  - 3)плюралистичность
  - 4)статичность
51. Каждый метод обучения складывается из отдельных элементов (частей)
- 1)методических приемов
  - 2)операций
  - 3) правил
  - 4) законов
52. иИсследование –это
- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности
  - 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях
  - 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
  - 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом
53. эксперимент –это
- 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом
  - 2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления
  - 3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности
  - 4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания
54. Воспитание должно основываться на научном понимании естественных и социальных процессов, согласовываться с общими законами развития природы и человека согласно
- 1)принципу природосообразности
  - 2)принципу культуросообразности
  - 3)деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
  - 4)принципу полисубъектного (диалогического) подхода
55. Воспитание должно основываться на общечеловеческих ценностях и строиться с учетомособенностей этнической и региональной культур согласно
- 1)принципу природосообразности
  - 2)принципу культуросообразности
  - 3)деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

- 4)принципу полисубъектного (диалогического) подхода
56. Способы профессионального взаимодействия педагога и учащихся с целью решения образовательно-воспитательных задач—это
- 1)методы воспитания
  - 2)средства воспитания
  - 3)методические приемы воспитания
57. Процедуру использования комплекса методов и приемов подостижению воспитательной цели называют(один верный ответ)
- 1)методикой воспитания
  - 2)воспитательной технологией
  - 3)воспитательной системой
- 58 Различные виды деятельности (игровая, учебная, трудовая и др.), с одной стороны, а с другой —совокупность предметов и произведений материальной и духовной культуры, привлекаемых для воспитательной работы, —это
- 1)методы воспитания
  - 2)средства воспитания
  - 3)методические приемы воспитания
59. К методам педагогического стимулирования и коррекции поведения и деятельности относятся
- 1)наказание
  - 2)создание воспитывающих ситуаций
  - 3)педагогическое требование
  - 4)соревнование
  - 5)поощрение
60. К условиям выбора системообразующего вида деятельности воспитательной системы относятся
- 1)индивидуальные особенности педагога
  - 2)обеспечение целостности всех видов деятельности
  - 3)учет этнических характеристик среды
  - 4)престижность
  - 5)соответствие главной цели и задачам системы
61. К основным условиям действенности примера в воспитании относятся
- 1)обстоятельное выяснение причин проступка
  - 2)постоянный контроль и оценка результатов деятельности
  - 3)авторитетность воспитателя
  - 4)реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
  - 5)близость или совпадения с интересами воспитуемых
- 62 Принцип связи воспитания с жизнью предполагает (один верный ответ)
- 1)формирование общеучебных умений
  - 2)соединение воспитания и дополнительного образования
  - 3)соединение воспитания с практической деятельностью
  - 4)учет индивидуальных особенностей воспитанников
63. Процесс тестирования может быть разделен на такие этапы, как
- 1)выбор теста
  - 2)проведение тестирования
  - 3)интерпретация результатов
  - 4)корректировка
  - 5)самоанализ
64. Педагогическая цель —это(один верный ответ)
- 1)направление работы учителя
  - 2)основное положение деятельности учителя
  - 3)представление учителя о своей педагогической деятельности
  - 4)идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса
65. Учебный план —это нормативный документ, определяющий
- 1)перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
  - 2)количество времени на изучение тем курса
  - 3)максимальную недельную нагрузку учащихся



- 4)перечень наглядных пособий
- 5)количество часов в неделю на изучение каждого предмета
66. Видами педагогического контроля в зависимости от временного показателя являются
- 1)самоконтроль
  - 2)текущий
  - 3)итоговый
  - 4)фронтальный
  - 5)предварительный
- 67 Отметкой в дидактике называют(один верный ответ)
- 1)количественный показатель оценки знаний
  - 2)обеспечение обратной связи с учащимися
  - 3)качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
  - 4)метод устного контроля
68. Подход к классификации методов обучения, при котором за основание берётся источник передачи информации и характер её восприятия(один верный ответ)
- 1)перцептивный подход
  - 2)логический подход
  - 3)гностический подход
69. Подход к классификации методов обучения в качестве основания предусматривает логику изложения материала учителем и логику восприятия его учащимися(один верный ответ)
- 1)перцептивный подход
  - 2)логический подход
  - 3)гностический подход
70. Подход к классификации методов обучения, при котором основанием выступает способ управления познавательной деятельностью и характер установления обратной связи, предлагает выделение методов алгоритмизации и программированного обучения (т. а. ильина, л. н.ланда) (один верный ответ)
- 1)перцептивный подход
  - 2)логический подход
  - 3)гностический подход
71. целями обучения являются
- 1)внедрение новшеств
  - 2)развитие обучаемых
  - 3)использование диалоговых форм
  - 4)усвоение знаний, умений, навыков
  - 5)формирование мировоззрения
72. Учебник выполняет такие дидактические функции, как
- 1)материализованная
  - 2)мотивационная
  - 3)контролирующая
  - 4)информационная
  - 5)альтернативная
73. Воспитывающее и обучающее воздействие преподавателя на студента, направленное на его личностное, интеллектуальное и деятельностное развитие, называется
- 1)преподаванием
  - 2)педагогической деятельностью
  - 3)образованием
  - 4)научением
74. Признание самоценности личности, реализация внутренней и внешней свободы –это принцип
- 1)гуманизма
  - 2)непрерывности
  - 3)демократизации
  - 4)целостности
- 74 Основаниями для дифференциации специальностей педагогического профиля являются
- 1)виды педагогической деятельности
  - 2)возрастные периоды развития ребенка

- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка  
 4) сроки обучения в вузе  
 5) предметные области знаний  
 75. Знание положений педагогической теории, умение анализировать собственную научную деятельность входят в состав
- 1) базовой культуры личности
  - 2) методологической культуры учителя
  - 3) педагогической культуры
  - 4) культуры личности
76. Педагогическая профессия относится к \_\_\_\_\_ типу профессиональной деятельности
- 1) артономическому
  - 2) биономическому
  - 3) технономическому
  - 4) социономическому
77. Профессиональная ориентация – это система таких взаимосвязанных компонентов, как
- 1) профдиагностика
  - 2) самообразование
  - 3) профессиональное просвещение
  - 4) профессиональный отбор
  - 5) развитие общей культуры
78. Если педагог приспособляет свое общение к особенностям аудитории, то его деятельность можно отнести к \_\_\_\_\_ уровню
- 1) адаптивному
  - 2) локально-моделирующему
  - 3) продуктивному
  - 4) творческому
79. Форма профессиональной ориентации, предполагающая оказание помощи учащимся в выборе профессии, называется (один верный ответ)
- 1) собеседование
  - 2) консультацией
  - 3) просвещением
  - 4) диагностикой
80. Аспирант готовится к следующим видам деятельности
- 1) педагогическая
  - 2) культурно-просветительская
  - 3) коммуникативно-рефлексивная
  - 4) научно-методическая
81. Профессия преподаватель относится к системе (один верный ответ)
- 1) человек – техника
  - 2) человек – человек
  - 3) человек – природа
  - 4) человек – знаковая система
82. Род трудовой деятельности человека, предмет его постоянных занятий называется
- 1) профессией
  - 2) творчеством
  - 3) специализацией
  - 4) мастерством
83. В группу общепедагогических умений входят такие умения, как
- 1) конструктивные
  - 2) организаторские
  - 3) общеучебные
  - 4) коммуникативные
  - 5) двигательные
84. Профессиональная направленность личности педагога включает в себя
- 1) профессиональные намерения и склонности
  - 2) коммуникативные возможности

- 3) педагогическое призвание  
 4) общеучебные умения и навыки  
 5) интерес к профессии учителя
85. Основаниями для дифференциации специальностей педагогического профиля являются  
 1) виды педагогической деятельности  
 2) возрастные периоды развития ребенка  
 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка  
 4) сроки обучения в вузе  
 5) предметные области знаний
86. Описание системы признаков, характеризующих ту или иную профессию, перечень норм и требований к работнику называется  
 1) должностной инструкцией  
 2) государственным образовательным стандартом  
 3) технологией  
 4) профессиограммой
87. Педагог, стремящийся к равноправному взаимодействию с воспитанниками и признающий их право на собственное мнение, имеет \_\_\_\_\_ стиль педагогической деятельности  
 1) либеральный  
 2) авторитарный  
 3) демократический  
 4) конструктивный
88. Демократический стиль управления предполагает  
 1) сочетание коллегиальности и единоначалия  
 2) ведущую роль администрации  
 3) предоставление полной свободы подчиненным  
 4) использование административных методов
89. С учётом характера управления деятельностью студентов выделяют стили (один верный ответ)  
 1) авторитарный, демократический, либеральный  
 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический  
 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный  
 4) копирующий стиль, ориентированный на результат
90. Стиль, при котором преподаватель ориентирован как на процесс, так и на результат обучения (один верный ответ)  
 1) рассуждающе-методический  
 2) эмоционально-импровизационный  
 3) рассуждающе-импровизационный  
 4) эмоционально-методический
91. В процессе развития столкновения, конфликтная ситуация всегда  
 1) возникает в процессе разрешения конфликта  
 2) предшествует конфликту, но не является его основой  
 3) предшествует конфликту, является его основой  
 4) возникает только при скрытом конфликте
92. Конфликт, при котором действующие лица стремятся реализовать в своей жизнедеятельности взаимоисключающие цели  
 1) внутриличностный  
 2) межличностный  
 3) межгрупповой  
 4) личностно-групповой
93. Преподаватель выступает как образец для подражания, подлежащий безусловному копированию, его стиль (один верный ответ)  
 1) «сократ»  
 2) «генерал»  
 3) «Менеджер»  
 4) «Мастер»

94. Низкая внутренняя конфликтность и самообвинение характерны для преподавателей со стилем(один верный ответ)
- 1)авторитарным
  - 2)демократическим
  - 3)либеральным
  - 4)анархическим
- 95.С сигналам, предупреждающим конфликт относят
- 1)кризис, недоразумение
  - 2)инциденты, напряжение, дискомфорт
  - 3)переутомление, неудовлетворённость
  - 4)плохоенастроение, ощущение ненужности
96. Силь, при котором преподаватель ориентирован в основном на результат обучения(один верный ответ)
- 1)рассуждающе-методический
  - 2)эмоционально-импровизационный
  - 3)рассуждающее-импровизационный
  - 4)эмоционально-методический
- 97.Система приёмов и способов организации и выполнения человеком своей работы (один верный ответ)
- 1)стиль педагогической деятельности
  - 2)стиль деятельности
  - 3)управление общением
  - 4)управление педагогическим общением
98. Состояние психологического напряжения побуждает к «атаке» или к «отступлению» от источника неприятных переживаний и наблюдается в стадии (один верный ответ)
- 1)зарождения конфликта
  - 2)созревания конфликта
  - 3)осознания конфликта
  - 4)разрешения конфликта
- 99.Какиедействия педагога по изменению хода конфликта являются конфликтогенными
- 1)отложить решение конфликтной ситуации
  - 2)компромиссные
  - 3)репрессивные
  - 4)агрессивные
100. Преднамеренный контакт (длительный или временный) педагога и воспитанников (воспитанника), следствием которого являются взаимные изменения в их поведении, деятельности и отношениях –это
- 1)педагогическое взаимодействие
  - 2)педагогическое влияние
  - 3)педагогическое воздействие
  - 4)конфликт
101. Традиционный подход отождествляет педагогический процесс с деятельностью педагога и закрепляет
- 1)субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
  - 2)объект-субъектные отношения педагога и учащегося
  - 3)субъект-объектные отношения педагога и учащегося
  - 4)объект-объектные отношения педагога и учащегося
102. Последовательная, взаимообусловленная система действий педагога, связанных с применением той или иной совокупности методов воспитания и обучения, осуществляемых в педагогическом процессе с целью решения различных педагогических задач –это
- 1)педагогическое взаимодействие
  - 2)педагогический процесс
  - 3)педагогическая технология
  - 4)педагогическая система.
103. В педагогической профессии выделяют следующие виды педагогической работы
- 1)учебная
  - 2)воспитательная

- 3)вожатская
  - 4)административная
  - 5)организаторская
  - 6)методическая
  - 7)внешкольная
  - 8)научно-исследовательская
104. к психотехническим умениям относят
- 1)владение собой, своим телом
  - 2)владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
  - 3)владение способами эмоциональной саморегуляции
  - 4)владение языковой грамотностью
105. К умениям взаимодействовать в процессе решения педагогических задач относят
- 1) диагностические умения
  - 2) владение мимикой
  - 3) умения целеполагания
  - 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
  - 5) организация педагогического взаимодействия
  - 6) умения обратной связи
106. Способности, специфические для педагогической деятельности
- 1) способность вести за собой
  - 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
  - 3) образованность
  - 4) организаторское чутьё
  - 5)способность учитывать психологические особенности обучаемого
107. Основу компетенции составляют
- 1)знания как когнитивный компонент
  - 2)умения
  - 3)навыки
  - 4)эмоции
  - 5)ценностно-смысловое отношение к профессии.
108. Предмет современной педагогики — это:
- а) процесс целенаправленного развития личности в условиях ее воспитания, обучения, образования;
  - б) народная (жизненная) педагогика, педагогическое учение, теории, положительный педагогический опыт, философия;
  - в) процесс становления и формирования личности.
109. Самовоспитание — это ...
- а) способность к самоанализу и самооценки;
  - б) организованная, активная, целенаправленная деятельность человека;
  - в) систематическое формирование и развитие в себе положительных и устранение негативных качеств.
110. История педагогики рассматривает:
- а) историю педагогики;
  - б) историю педагогики и образования;
  - в) историю образования.
111. Как называют образование в течение всей жизни?
- +Непрерывное образование
112. Допишите одну из важных функций неполной профессионального образования:
- а) социокультурная, развивающая;
  - б) общеобразовательная, компенсирующая;
  - в) экономическая;
113. Как называют отрасль педагогики, разрабатывающая теорию образования, обучения и воспитания в процессе обучения?
- +дидактика
114. Методы воспитания проявляют свое содержание через ...
- а) непосредственное влияние воспитателя на питомца;
  - б) совместной деятельности воспитателя с воспитанником, общение, игру;

- в) погружение в мир народных традиций, фольклорного творчества;
  - г) перечень методов воспитания можно продолжить;
  - д) все ответы неверны.
115. Методы воздействия на личность — это ...
- а) формирование у ученика умений и навыков;
  - б) система педагогических приемов, которые позволяют решать те или иные педагогические задачи;
  - в) усвоение определенной суммы знаний;
  - г) все ответы верны.
116. . Может ли беседа перейти в дискуссию:
- а) может;
  - б) не может;
  - в) иногда может перейти в дискуссию.
117. Дискуссия — это метод ...
- а) формирование суждений;
  - б) формирование оценок;
  - в) формирование убеждений;
  - г) все ответы верны;
  - д) ответы а, б верны.
118. Какой метод предполагает целенаправленное воздействие на сознание воспитанника с целью формирования у него положительных морально-психологических черт, побуждение к общественно полезной деятельности или преодоления негативного поведения?
- +убеждение
119. Упражнение — это ...
- а) повторное выполнение действия с целью ее усвоения;
  - б) единая процедура, в рамках которой осуществляются все компоненты процесса обучения;
  - в) закрепление изученного материала;
  - г) все ответы верны.
120. Упражнения, главный педагогический эффект от применения которых дает не результат, а хорошо организованный процесс, называют ...?
- +режимные упражнения
121. Как называют упражнения тренировочного характера, которые имеют целью выработки и закрепления умений и навыков?
- +специальные упражнения
122. В учебном процессе все упражнения:
- а) специальные;
  - б) режимные;
  - в) специальные и режимные.
123. Как называют работу по образцу?
- +подражания
124. В широком смысле воспитание — это ...
- а) вся сумма влияний на психику человека;
  - б) оказание помощи взрослым людям;
  - в) коррекция стиля поведения или характера взаимоотношений с людьми
  - г) все ответы неверны.
125. Какая сторона процесса воспитания характеризует совокупность воспитательных целей?
- +Содержательная сторона процесса воспитания
126. Какая сторона процесса воспитания характеризует самоуправляемый процесс педагогического взаимодействия учителя и ученика?
- +процессуальная
127. Среди многих воспитательных факторов выделяют:
- а) субъективную и объективную группы;
  - б) культурную и общественную группы;
  - в) реальную и нереальную группы;
  - г) производственную и общественную группы.
128. Процесс воспитания — это ...

- а) изменения в человеке, которые ожидаются;
- б) наличие конкретные цели;
- в) проведение воспитательных мероприятий.

129. Как называют вариант организации воспитательной работы, при котором педагог имеет полную учебная нагрузка плюс классное руководство в одном классе (в вузах — кураторы — наставники)?

+традиционный

130. Как называют вариант организации воспитательной работы, при котором классный наставник не является предметником, занимается только воспитательной работой в нескольких классах?

+клубный

131 Система воспитания являются:

- а) сердцевинной системы образования;
- б) целенаправленной систематической действием;
- в) целенаправленной систематической самодии;
- г) все ответы верны.

132. Какого из принципов формирования национальной системы воспитания не хватает в указанном перечне: гуманизма; демократичности; приоритетности общечеловеческих ценностей; прогнозируемости ...

+толерантности

133. Поведение, которое отклоняется от установленных норм и стандартов, называется ...?

+девиантное поведение

134. Воспитательный коллектив — это ...

а) объединение людей, жизнь и деятельность которого мотивируется здоровыми  
 б) объединение, в котором хорошо функционируют органы самоуправления;  
 в) объединение, в котором межличностные отношения характеризуются высокой организованностью, ответственной зависимостью, стремлением к общему успеху;

г) все ответы верны;

д) ответы а, г верны.

135. Основное назначение семьи:

а) обеспечение социальной и культурной непрерывности развития общества;  
 б) сохранение и передача молодому поколению духовных ценностей и трудовых навыков;  
 в) удовлетворение потребностей человека в общении на основе взаимопонимания и взаимоподдержки.

136. Какое воспитание организует жизнедеятельность ребенка в условиях семьи.

+семейное воспитание

137. В переводе с греческого педагогика означает

- а) «веду ребенка»,
- б) «учу ребенка»,
- в) «понимаю ребенка».

138. Система педагогических наук включает

- а) дошкольную педагогику,
- б) соционику,
- в) возрастную психологию.

139. В когнитивную составляющую самосознания входит

- а) самовоспитание,
- б) саморазвитие,
- в) знание личности о себе.

140. Личностные свойства, обусловленные социально, это

- а) иерархические отношения,
- б) ценностные отношения,
- в) субъектно-объектные отношения.

141. Правило от легкого к трудному относится к принципу

- а) систематичности и последовательности,
- б) логичности,
- в) аргументированности и доказательности.

142. Внутреннее побуждение личности к тому или иному виду деятельности — это

- а) повод,
  - б) мотив,
  - в) причина.
143. Целенаправленный процесс обучения и воспитания в интересах личности – это
- а) образование,
  - б) развитие,
  - в) взросление.
144. Педагогический эксперимент –
- а) самопроизвольное изменение педагогического процесса, мотивированное изменениями педагогических условий,
  - б) регистрация фактов в процессе обучения и воспитания,
  - в) контролируемое преобразование педагогического процесса для обоснования научной гипотезы.
145. К методам педагогического исследования относятся
- а) порицание и моральное осуждение,
  - б) поощрение и награждение,
146. Системно-деятельностный подход в педагогике связан с именами
- а) Выготского, Эльконина, Давыдова,
  - б) Коменского, Бэкона,
  - в) Зимней, Краевского, Лебедева.
147. Термин «зона ближайшего развития» предложен
- а) Выготским,
  - б) Занковым,
  - в) Элькониным.
148. Формирующий эксперимент в педагогике
- а) требует специально разработанных заданий для проверки педагогической гипотезы,
  - б) проводится втайне от учащихся в обязательном порядке,
  - в) синонимичен естественному эксперименту.
149. Констатирующий эксперимент в педагогике
- а) синонимичен формирующему,
  - б) направлен на обязательное изменение педагогических условий,
  - в) связан с измерениями фактического состояния элементов образовательного процесса.
150. Самообразование – это
- а) процесс получения знаний и формирования умений и навыков, инициированный учащимся вне рамок системы образования в любом возрасте,
  - б) обучение учащихся на дому со сдачей экзаменов в учебном заведении,
  - в) подготовка к итоговой аттестации вне учебного заведения.



### 3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения

Компетенция и ее содержимое		Наименование оценочного средства
<b>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)</b>		Тесты 1-40 Задача 1-10 Реферат 1-19
Зн.У.1.1	Методы критического анализа, синтеза	
У.У.1.1	Анализировать альтернативные варианты принимаемых решений в профессиональной деятельности.	
Н.У.1.1	Навыки анализа синтеза в профессиональной деятельности.	Тесты 41-80 Задача 1-4 Реферат 16
<b>Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2)</b>		
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	
<b>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)</b>		Тесты 81-120 Задача 5-10 Реферат 6,14
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	
<b>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)</b>		Тесты 121-150 Реферат 15,16
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 и заболеваний	
Н.9.1	Пропаганда здорового образа жизни, профилактика травм и заболеваний	

#### 4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Объект, предмет, функции педагогики. Место педагогики в системе гуманитарных наук
2. Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача. Объекты и субъекты медицинской педагогики.
3. Методы и средства обучения в высшей школе.
4. Государственные гарантии прав граждан Российской Федерации в области образования. Система образования.
5. Факторы эффективности образовательного процесса в медицинском вузе: объективные и субъективные.
6. Принципы организации целостного педагогического процесса в медицинском вузе.
7. Воспитание и социализация личности будущего специалиста.
8. Методы, средства и формы воспитания.
9. Функции педагогической науки. Роль педагогики в современной системе высшего профессионального образования. Отрасли педагогики.
10. Психолого-педагогическая организация лечебной работы.
11. Медико-педагогическая тактика в структуре социально-педагогических и профилактических мероприятий
12. Педагогический процесс и его функции. Педагогическая технология. Педагогическая модель. Педагогическая инноватика.
13. Практические и лабораторные занятия. Специфика организации лабораторных занятий на общепрофессиональных и клинических кафедрах.
14. Формы самостоятельной работы студентов в медицинских вузах.
15. Технология проектного обучения. Использование технологии в образовательном процессе медицинского вуза (на примере конкретной дисциплины).

## 5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

### Основная литература

1. Пономарев Р.В. Педагогика высшей школы учебное пособие.-Москва: ООО "МАКС Пресс",2020 Режим доступа: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_43181991\\_96499154.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_43181991_96499154.pdf)
2. Нарциссова С.Ю., Маклаков В.В. ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ПЕДАГОГИКА ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ.- Москва: Академия МНЭПУ,2019 Режим доступа: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_40796246\\_27826363.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_40796246_27826363.pdf)
3. Петрова Т.И., Шкерина Т.А. ОБЩАЯ ПЕДАГОГИКА учебное пособие - Красноярск Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева,2017 Режим доступа:[https://elibrary.ru/download/elibrary\\_29927608\\_29437234.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_29927608_29437234.pdf)

### Дополнительная литература

1. Бабакова Т.А., Акинина Т.М. ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ: МЕТОДИКА РАБОТЫ С ПОНЯТИЙНЫМ АППАРАТОМ: учебное пособие для студентов, аспирантов и преподавателей.- Петрозаводск, 2013. Режим доступа: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_22886572\\_49067056.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_22886572_49067056.pdf)
2. Иохвидов В.В., Веселова В.Г. ПЕДАГОГИКА. ЛЕКЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ т.1., ч.1.- Новосибирск:ООО Центр развития научного сотрудничества,2015 Режим доступа: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_24438716\\_20889871.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_24438716_20889871.pdf)
3. Аверина Л.В., Боровкова Т.И., Ежова Н.А., Лавриненко Т.Д., Лутошкина В.Н., Мороз Т.Г., Печерская Э.П., Савельева Н.Н., Сергеева И.В., Фролова С.Л. Педагогика.-Нижний Новгород: Профессиональная наука, 2018 Режим доступа: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_34854766\\_98921639.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_34854766_98921639.pdf)

### 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.Nlr.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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>



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)



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**  
**Б1.Б.04 ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**  
**ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

краткое наименование дисциплины: Гигиена и эпидем. ЧС

Специальность: 31.08. 66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.

Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения	28
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	32
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	34

## 1. Место дисциплины в структуре образовательной программы

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

**Целью изучения** освоение системы организации и проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при чрезвычайных ситуациях.

**Задачами** является изучение:

- основных принципов и задач санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях;
- медико-санитарной характеристики эпидемических очагов, очагов поражения ОХВ, РВ;
- организация и проведение санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий при ликвидации ЧС;
- сил и средств санитарно-эпидемиологической службы, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- вопросов планирования санитарно-гигиенических, профилактических и противоэпидемических мероприятий при ЧС.

### **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 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 оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

## 2. Объем и содержание дисциплины

Для освоения программы по данной дисциплине предполагается **2 з.е.** Дисциплина изучается на 1 курсе. Форма контроля – зачет.

Трудоемкость дисциплины – 72 часа, в том числе:

**лекции** – 4 аудиторных часа,

**семинарские занятия** – 6 аудиторных часов,

**самостоятельная работа**- 62 часа.

**Темы лекций:**

1. Основные принципы и задачи санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях. Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения: основные требования и принципиальная схема лечебно-эвакуационного обеспечения; этапы медицинской эвакуации; виды и объёмы медицинской помощи – 1 час.

2. Чрезвычайные ситуации с применением биологических агентов - 1 час.

3. Чрезвычайные ситуации с применением химических агентов– 1 час.

4. Чрезвычайные ситуации с применением радиоактивных веществ. Организация и средства проведения специальной обработки в очагах и на этапах медицинской эвакуации – 1 час.

#### ***Семинарские занятия:***

1. Организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени. Медицинская сортировка, медицинская эвакуация. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций техногенного (антропогенного) характера. Химические и радиационные аварии. Основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проводимые в условиях ЧС, при проведении эвакуационных мероприятий и в местах временного расселения – 2 часа.

2. Организация санитарной экспертизы продовольствия и питьевой воды в условиях ЧС. Источники заражения (загрязнения) пищевых продуктов, воды, пищевого сырья и медицинского имущества при ЧС различного характера. Задачи и организационная структура санитарно-гигиенических и противоэпидемических формирований СМК. Санитарно-эпидемиологический отряд. Специализированная противоэпидемическая бригада. Задачи и состав группы эпидемиологической разведки – 2 часа.

3. Организация и задачи сети наблюдения и лабораторного контроля. Медицинские средства профилактики и оказания помощи при химических и радиационных поражениях. Антидоты и радиопротекторы. Индивидуальные и коллективные средства защиты. Средства защиты кожи и органов дыхания – 2 часа.

#### ***Самостоятельная работа:***

Подготовка докладов по избранным проблемам специальности к участию в семинарах и практических занятиях, в тематических дискуссиях; написание рефератов.

*Вопросы для самостоятельного изучения:*

Мероприятия по локализации и ликвидации очагов массовых инфекционных заболеваний и очага заражения биологическими агентами. Организация взаимодействия различных служб и ведомств при проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий. Организация и проведение экстренной профилактики в эпидемических очагах при ЧС. Организация режимных и ограничительных мероприятий в районах ЧС. Организация дезинфекции, дезинсекции и дератизации в зоне ЧС.

### **Оценочные материалы**

#### ***Ситуационные задачи:***

Задача 1. На химическом предприятии произошла производственная авария с выбросом в окружающую среду АОХВ, обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области шеи, на сильную боль в области раны.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, на передней поверхности шеи, чуть правее средней линии рана размером 1х1см. Из раны отмечается небольшое кровотечение.

Вопрос: Какой группы будут применены медицинские средства защиты при оказании медицинской помощи пострадавшему?

Задача 2 . На предприятии произошла радиационная авария с выбросом в окружающую среду радиоактивных веществ, обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области правого бедра, на сильную боль в области раны, на сильное кровотечение из раны.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, на передней поверхности бедра, в средней трети, имеется резанная рана размером 1 см. х 5 см. Из раны отмечается обильное артериальное кровотечение.

Вопрос: Какой группы будут применены медицинские средства защиты при оказании медицинской помощи пострадавшему?

Задача 3. На предприятии произошёл взрыв, обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области правого бедра, на сильную боль в области раны, на кровотечение из раны.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, конечность деформирована на передней поверхности бедра, в средней трети, отмечается рваная рана размером 1х5см. В ране виден отломок кости, из раны обильное венозное кровотечение.

Вопрос: Какой группы будут применены медицинские средства защиты при оказании медицинской помощи пострадавшему?

Задача 4. На химическом предприятии произошла производственная авария с выбросом в окружающую среду АОХВ. Обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области шеи, на сильную боль в области раны.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, на передней поверхности шеи, чуть правее средней линии, отмечается рана размером 1х1см. Из раны отмечается небольшое кровотечение.

Вопрос: Какие мероприятия первой медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Задача 5. На предприятии произошла радиационная авария с выбросом в окружающую среду радиоактивных веществ. Обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области правого бедра, на сильную боль в области раны, на сильное кровотечение из раны.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, на передней поверхности бедра, в средней трети, отмечается резанная рана размером 1 см. х 5 см. Из раны отмечается большое кровотечение.

Вопрос: Какие мероприятия первой медицинской помощи необходимо провести пострадавшему?

Задача 6. Вследствие обильного выпадения дождей произошло насыщение водой грунта, который пришел в движение. В районе г. Алушта начался оползень, который через 2 часа перешел в камне-грязевой поток, спускающийся с гор со скоростью до 28 км/час. В результате чего было разрушено несколько жилых домов, 2 гаража, автомобильный мост, школа. Пострадало 300 человек из которых 102 человека погибло.

1. Укажите вид катастрофы?
2. Перечислите поражающие факторы данного стихийного бедствия?
3. Определите структуру санитарных потерь?
4. Какой вид медицинской помощи может быть оказан в зоне бедствия?
5. Какие силы и средства медицинской службы могут быть привлечены для оказания 1 врачебной помощи?

Задача 7. Больной поступил в клинику с жалобами на боли при глотании, озноб, высокую температуру 39,0С, кровоточивость из десен. Из анамнеза: инженер, 27 лет, в силу служебных обязанностей имел контакт с источником ионизирующего излучения в очаге катастрофы. Выше перечисленные жалобы появились 5 дней назад. При объективном осмотре: общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, на коже экхимозы и петехиальные высыпания. В зеве – некротическая ангина, на волосистой части головы очаги облысения, ЧСС 110 уд/мин., АД 80/50 мм.рт. ст. Сердечные тоны ясные, ритмичные, в легких дыхание везикулярное. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Эр.- $2,4 \times 10^{12}$  /л, Нв –63 г/л, Л.- $0,8 \times 10^9$  /л, С-22%, СОЭ – 50 мм/час, ретикулоциты отсутствуют, тромбоциты  $10 \times 10^9$  /л. В пунктате костного мозга резко уменьшено количество миелокариоцитов, в основной массе он представлен жировой и соединительной тканью. ЭКГ –снижение вольтажа, синусовая тахикардия, уплощение зубца Т.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования.
3. Назначьте лечение на этапах медицинской эвакуации

Задача 8. В сентябре заболел коклюшем ребенок старшей группы детского сада. Против коклюша не привит (оформлен медицинский отвод). Другие дети против коклюша привиты.

Задание: Назовите тип эпидемического очага, определите его границы, дайте прогноз развития и предложите меры по ликвидации. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге. Укажите ведущие противоэпидемические мероприятия.

Задача 9. Два жителя А-й области Центральной Азии заболели чумой. Несколько дней назад мужчины участвовали в вынужденном забое скота. Один из зараженных скончался по дороге в больницу. Второй был доставлен в районную инфекционную больницу в тяжелом состоянии. В течение первых суток у него на фоне высокой температуры тела появились боли в груди, кашель, одышка и кровавая мокрота.

Задание: Назовите тип эпидемического очага, определите его границы, дайте прогноз развития и предложите меры по ликвидации. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге. Укажите ведущие противоэпидемические мероприятия.



Задача 10. У больного Т., 36 лет, на 6-й день заболевания участковый врач заподозрил брюшной тиф на основании клинической картины и эпидситуации (на участке за последние 2 недели зарегистрировано 2 случая брюшного тифа). В семье больного: жена - воспитательница в детсаду; сын - ученик 2 класса; дочь посещает среднюю группу детсада. При обследовании очага эпидемиолог выяснил, что жена больного 3 недели назад перенесла ОРВИ и находилась на больничном 13 дней.

Задание. Что необходимо предпринять для уточнения диагноза? Какую ошибку допустил участковый врач? Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача 11. Как организовать уход за негоспитализированным больным гриппом для уменьшения распространения возбудителя инфекции?

Задача 12. Диагноз "гепатит В" поставлен женщине 32 лет, которая 5 месяцев тому назад находилась в хирургическом стационаре по поводу тяжелой травмы, где ей неоднократно переливали кровь и кровозаменители. В семье еще 3 человека: муж-техник, мать-пенсионерка, сын, 3 лет, ДДУ не посещает. Заболевшая и ее муж - кадровые доноры.

Задание. Составьте план противоэпидемических мероприятий.

Задача 13. У ребёнка 1,5 лет диагностирована корь на 2-ой день высыпания. Состояние средней степени тяжести. Сестра больного (5 лет) посещает ДДУ, против кори привита в возрасте 12 месяцев. Мать заболевшего 25 лет здорова, корью не болела и не привита против неё. В настоящее время беременна (беременность 8 месяцев). При проведении серологического обследования выявлена восприимчивость к кори.

Задание: Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача 14. Из окна второго этажа горящего дома выпрыгнул человек. Он катается по снегу, пытаясь сбить пламя. Его рубашка на спине уже перестала тлеть, под остатками ткани видна черная кожа со множеством влажных трещин и пузырей.

Выбери правильные ответы и расположи их в порядке очередности выполнения:

1. Снять с пострадавшего рубашку.
2. Положить его на спину.
3. Перевернуть на живот.
4. Набрать как можно больше пакетов со снегом и положить их на спину
5. Удалить остатки одежды и промыть кожу чистой водой.
6. Обработать обожженную поверхность спиртом, одеколоном или водкой.
7. Удалить остатки одежды и пузыри.
8. Наложить на места ожогов стерильные повязки.
9. Накрыть спину чистой простыней.
10. Предложить пострадавшему 2-3 таблетки анальгина.
11. Оросить ожог растительным маслом.
12. Густо посыпать место ожога мукой.
13. Присыпать обожженную поверхность содой.
14. Предложить пострадавшему обильное теплое питье.

Задача 15. В малиннике мальчика в шею укусила пчела. Его лицо и шея начали увеличиваться в объеме, он потерял сознание, появилось учащенное хриплое дыхание. До ближайшей деревни – не менее часа ходьбы. Один из туристов (в вашей компании несколько взрослых и детей) обнаружил в кармане капли для носа – галазолин.

Выбери правильные ответы и расположи их в порядке очередности выполнения:

1. Схватить малыша и побежать в деревню.
2. Закапать галазолин по 2-3 капли в каждую половину носа.
3. Закапать галазолин в ранку от укуса.
4. Удалить жало.
5. Втереть в место укуса землю.
6. Согреть место укуса, интенсивно растерев его ладонью.
7. Приложить к месту укуса целлофановый пакет с землей.
8. Прижечь место укуса огнем зажигалки или спички.
9. Наложить жгут выше места укуса.
10. Наложить жгут ниже места укуса.
11. Оставить жало в ранке, наложив поверх него чистую повязку.
12. Немедленно приступить к комплексу сердечно-легочной реанимации.
13. Уложить пострадавшего на живот.

14. Обложить голову пакетами с холодной водой или землей

Задача 16. В походе туристу деревом придавило ноги. Он в сознании и в таком состоянии находится уже более двух часов.

Выбери правильные ответы и расположи их в порядке очередности выполнения:

1. Поднять дерево и освободить ноги.
2. Не поднимать дерево и не тревожить пострадавшего до прибытия спасательных служб, даже если на их ожидание потребуются сутки.
3. Снять обувь и обложить ноги ниже препятствия бутылками и фляжками с горячей водой (воду согреть на костре).
4. Обложить ноги бутылками и фляжками, заполненными ледяной родниковой водой.
5. Туго забинтовать ноги до места препятствия.
6. Предложить обильное теплое питье (например, чай из термоса).
7. Исключить прием какой-либо жидкости.
8. Дать 2—3 таблетки анальгина.
9. Наложить защитные жгуты на бедра выше места сдавливания.
10. Постоянно растирать и массировать ноги до освобождения пострадавшего.
11. Наложить импровизированные шины от подмышек до пяток.
12. Наложить импровизированные шины от паховой складки до пяток.
13. Туго забинтовать до паховых складок.
14. Переносить и перевозить пострадавшего на носилках даже при удовлетворительном самочувствии.

Задача 17. Больной К. 25 лет, доставлен в экстренном порядке без сознания.

Анамнез. В очаге химического заражения, возникшего в результате аварии на производстве, пострадавший потерял сознание.

Объективно. Состояние тяжелое, сознание отсутствует, резкий цианоз кожных покровов и видимых слизистых. Гипергидроз, бронхорея, судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Дыхание поверхностное с резко удлиненным выдохом, разнокалиберные сухие хрипы. Периодически возникают приступы бронхоспазма. Сердечно-сосудистая система: Пульс – 78 в мин. АД – 90/50 мм рт. ст. сердечные тоны резко приглушены. Офтальмолог: выраженный миоз, спазм аккомодации.

Поставьте диагноз, проведите медицинскую сортировку, окажите пострадавшему медицинскую помощь на этапах медицинской эвакуации.

Задача 18. При взрыве бомбы во время теракта мужчина 30 лет получил ранение в грудь. Пострадавший жалуется на боли в левой половине грудной клетки и нехватку воздуха. Положение пострадавшего вынужденное, полусидячее. Дыхание поверхностное, учащенное, губы цианотичны. В левой подключичной области рана 3x4 см, присасывающая воздух на вдохе. Раненый мужчина находится на железнодорожной насыпи. Температура воздуха -5о С.

1. Определите характер травматического воздействия и предполагаемые осложнения.
2. Окажите первую медицинскую помощь
3. Определите этап медицинской эвакуации и сортировочную группу.

Задача 19. Во время землетрясения обе нижние конечности на уровне нижней трети бедра придавило упавшим деревом. После получения повреждения прошло около 5 часов. Стонет от боли. Сознание ясное, дыхание учащенное. Пульс частый. Конечности бледные с синюшными пятнами.

1. Определите характер повреждения.
2. Окажите первую медицинскую помощь.
3. Определите этап медицинской эвакуации и сортировочную группу.

Задача 20. При ДТП с участием грузовой машины был придавлен мужчина 40 лет перевернувшейся машиной. Мужчина жалуется на боли внизу живота и в области таза. Ноги слегка развёрнуты кнаружи («поза лягушки»). Кожные покровы бледные. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Жалобы на частые болезненные позывы на мочеиспускание. Температура воздуха 2о С.

1. Определите характер повреждения.
2. Окажите первую медицинскую помощь.
3. Определите этап медицинской эвакуации и сортировочную группу.

### **Рефераты:**

1. История развития современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения.

2. Санитарный надзор за условиями размещения, питания и водоснабжения населения в районе ЧС.
3. Туберкулез. Механизм развития эпидемического процесса. Проявление эпидемического процесса. Противоэпидемические мероприятия и эпидемиологический надзор в условиях ЧС.
4. Острые кишечные инфекции вирусной этиологии. Механизм развития эпидемического процесса. Проявление эпидемического процесса. Противоэпидемические мероприятия в условиях ЧС.
5. Эпидемиология и принципы профилактики ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция. Механизм развития эпидемического процесса. Противоэпидемические мероприятия в условиях ЧС.
6. Менингококковая инфекция. Механизм развития эпидемического процесса. Проявление эпидемического процесса. Противоэпидемические мероприятия в условиях ЧС. Эпидемиологический надзор.
7. Острые гепатиты (А,В,С,Д,Е). Механизм развития эпидемического процесса. Проявление эпидемического процесса. Противоэпидемические мероприятия в условиях ЧС.
8. Оценка санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемического состояния района ЧС.
9. Средства общей и специальной экстренной профилактики.
10. Организация карантинных и обсервационных мероприятий.
11. Порядок хранения перевязочных и шовных материалов в полевых условиях.
12. Медицинская экспертиза и реабилитация участников ликвидации чрезвычайных ситуаций.
13. Организация медицинского обеспечения при ликвидации последствий природных катастроф
14. Возможности оказания медицинской помощи штатными формированиями ВСМК.
15. Грипп. Механизм развития эпидемического процесса. Противоэпидемические мероприятия. Вакцинация. Экстренная профилактика в условиях ЧС.
16. ОРВИ. Механизм развития эпидемического процесса. Противоэпидемические мероприятия. Экстренная профилактика в условиях ЧС.

***Тестовые задания:***

1. Нарушение нормальных условий жизнедеятельности людей на определенной территории, вызванное аварией, катастрофой, стихийным или экологическим бедствием, а также массовыми инфекционными заболеваниями, которые могут привести к человеческим жертвам и материальным потерям это:
  1. стихийное бедствие;
  2. чрезвычайная ситуация;
  3. катастрофа;
  4. авария;
  5. чрезвычайная ситуация в интересах здравоохранения;
2. Обстановка, сложившаяся в результате катастрофы, при которой число пораженных, нуждающихся в медицинской помощи, превосходит возможности своевременного ее оказания силами и средствами местного здравоохранения это:
  1. стихийное бедствие;
  2. катастрофа;
  3. авария;
  4. чрезвычайная ситуация в интересах здравоохранения;
  5. чрезвычайная ситуация;
3. Явление природы или акция человека, представляющие угрозу для жизни людей конкретного региона и требующая помощи извне это:
  1. катастрофа;
  2. стихийное бедствие;
  3. авария;
  4. чрезвычайная ситуация в интересах здравоохранения;
  5. чрезвычайная ситуация;
4. Внезапное воздействие мощного и крупномасштабного природного явления, которое сопровождается гибелью людей, большим числом пораженных, нуждающихся в оказании

медицинской помощи, нарушением обычного уклада жизни, а также наносит большой экономический ущерб это:

1. стихийное бедствие;
2. катастрофа;
3. авария;
4. чрезвычайная ситуация в интересах здравоохранения;
5. чрезвычайная ситуация;
5. К какому уровню (по масштабу распространения) относится чрезвычайная ситуация,

которая развивается на территории двух областей:

1. региональный уровень;
2. объектовый уровень;
3. общегосударственный уровень;
4. местный уровень;
5. областной уровень;

6. К какому уровню (по масштабу распространения) относится чрезвычайная ситуация, которая угрожает распространением на соседние государства:

1. региональный уровень;
2. объектовый уровень;
3. местный уровень;
4. общегосударственный уровень;
5. областной уровень;

7. К какому уровню (по масштабу распространения) относится чрезвычайная ситуация, которая развивается на территории двух административных районов:

1. общегосударственный уровень;
2. объектовый уровень;
3. местный уровень;
4. областной уровень;
5. региональный уровень;

8. К какому уровню (по масштабу распространения) относится чрезвычайная ситуация, которая угрожает распространением на территорию смежной области:

1. общегосударственный уровень;
2. объектовый уровень;
3. региональный уровень;
4. местный уровень;
5. областной уровень;

9. К какому уровню (по масштабу распространения) относится чрезвычайная ситуация, которая выходит за границы потенциально-опасного объекта:

1. региональный уровень;
2. общегосударственный уровень;
3. объектовый уровень;
4. областной уровень;
5. местный уровень;

10. К какому уровню (по масштабу распространения) относится чрезвычайная ситуация, которая угрожает расширением на соседние населенные пункты:

1. региональный уровень;
2. общегосударственный уровень;
3. объектовый уровень;
4. местный уровень;
5. областной уровень;

11. К какому уровню (по масштабу распространения) относятся чрезвычайная ситуация, которые возникают на объектах жилищно-коммунальной сферы:

1. региональный уровень;
2. местный уровень;
3. общегосударственный уровень;
4. объектовый уровень;
5. областной уровень;

12. К какому уровню (по масштабу распространения) относится чрезвычайная ситуация, которая не выходит за границы потенциально-опасного объекта:
1. региональный уровень;
  2. общегосударственный уровень;
  3. объектовый уровень;
  4. местный уровень;
  5. областной уровень;
13. Какие чрезвычайные ситуации относятся к стихийным:
1. штормы, ураганы;
  2. обвалы на шахтах, рудниках;
  3. аварии на атомных электростанциях (АЭС) с выбросом радиоактивных веществ;
  4. пандемии;
  5. голод;
14. Какие чрезвычайные ситуации относятся к стихийным:
1. утрата радиоактивных источников;
  2. землетрясения (моретрясения);
  3. аварии с выбросом сильнодействующих ядовитых веществ (СДЯВ) при их производственной переработке или хранении;
  4. транспортные крупные аварии на авиационном транспорте;
  5. общественные беспорядки;
15. Какие чрезвычайные ситуации относятся к стихийным:
1. аварии на атомных электростанциях (АЭС) с выбросом радиоактивных веществ;
  2. аварии с выбросом сильнодействующих ядовитых веществ (СДЯВ) при их производственной переработке или хранении;
  3. оползни, лавины;
  4. эпизоотии;
  5. голод;
16. Какие чрезвычайные ситуации относятся к техногенным:
1. обвалы на шахтах, рудниках;
  2. смерчи (торнадо);
  3. землетрясения (моретрясения);
  4. панфитотии;
  5. голод;
17. Какие чрезвычайные ситуации относятся к техногенным:
1. цунами;
  2. аварии на атомных электростанциях (АЭС) с выбросом радиоактивных веществ;
  3. эпизоотии;
  4. панфитотии;
  5. социальные волнения;
18. Какие чрезвычайные ситуации относятся к техногенным:
1. аварии на химически опасных объектах с выбросом сильнодействующих ядовитых веществ (СДЯВ);
  2. социальные волнения;
  3. землетрясения (моретрясения);
  4. прогрессирующая эпифитотия, эпизоотии;
  5. терроризм;
19. Какие чрезвычайные ситуации относятся к специфическим:
1. цунами;
  2. эпидемии;
  3. утрата радиоактивных источников;
  4. аварии с химическими боеприпасами;
  5. общественные беспорядки;
20. Какие чрезвычайные ситуации относятся к специфическим:
1. аварии с химическими боеприпасами;
  2. обвалы на шахтах, рудниках;
  3. социальные волнения;
  4. голод;

5. эпизоотии;
21. Какие чрезвычайные ситуации относятся к специфическим:
  1. оползни;
  2. аварии с химическими боеприпасами;
  3. прогрессирующие эпифитотии;
  4. военные конфликты;
  5. голод;
22. Какая чрезвычайная ситуация относится к социальной:
  1. сильная жара;
  2. подтопление;
  3. терроризм;
  4. утрата источников сильнодействующих ядовитых веществ (СДЯВ);
  5. пандемия;
23. Какие чрезвычайные ситуации относятся к социальным:
  1. оползни;
  2. пожары в зданиях;
  3. транспортные крупные аварии на железной дороге;
  4. извержения вулканов;
  5. общественные беспорядки;
24. Какая чрезвычайная ситуация относится к социальной:
  1. голод;
  2. утрата радиоактивных источников;
  3. утрата источников сильнодействующих ядовитых веществ (СДЯВ);
  4. прогрессирующая эпифитотия;
  5. засуха;
25. Какие чрезвычайные ситуации относятся к социальным:
  1. военные конфликты;
  2. нарушение правил эксплуатации объектов водоснабжения и канализации;
  3. транспортные крупные аварии на железной дороге;
  4. аварии на атомных электростанциях (АЭС) с выбросом радиоактивных веществ;
  5. аварии с химическими боеприпасами;
26. Какой можно назвать чрезвычайную ситуацию (ЧС), если пострадавших 25-100 человек?
  1. средняя;
  2. большая;
  3. малая;
  4. территориальная;
  5. локальная;
27. Какой можно назвать чрезвычайную ситуацию (ЧС), если пострадавших 101-1000 человек?
  1. малая;
  2. большая;
  3. средняя;
  4. региональная;
  5. местная;
28. Какой можно назвать чрезвычайную ситуацию (ЧС), если пострадавших более 1000 человек?
  1. малая;
  2. средняя;
  3. трансграничная;
  4. большая;
  5. территориальная;
29. Какой можно назвать чрезвычайную ситуацию (ЧС), если нуждающихся в госпитализации 10-50 человек?
  1. средняя;
  2. большая;
  3. федеральная;
  4. малая;

5. территориальная;
30. Какой можно назвать чрезвычайную ситуацию (ЧС), если нуждающихся в госпитализации 51-250 человек?
1. средняя;
  2. малая;
  3. большая;
  4. региональная;
  5. территориальная;
31. Какой можно назвать чрезвычайную ситуацию (ЧС), если нуждающихся в госпитализации более 250 человек?
1. малая;
  2. средняя;
  3. большая;
  4. федеральная;
  5. региональная;
32. К какой категории относится транспортная катастрофа, если пораженных до 5 человек?
1. II-М
  2. III-М
  3. I-М
  4. IV-М
  5. V-М
33. Задымление при пожаре считается опасным, когда видимость не превышает:
1. 20 м;
  2. 15 м;
  3. 10 м;
  4. 30 м;
  5. 40 м;
34. Какое из мероприятий при землетрясении относится к неотложным:
1. розыск пораженных;
  2. извлечение пораженных из-под завалов, горящих зданий, поврежденных транспортных средств;
  3. разборка завалов;
  4. вынос, вывоз пораженных на пункты сбора;
  5. оказание пораженным медицинской помощи;
35. Какое из мероприятий при землетрясении относится к неотложным:
1. розыск пораженных;
  2. эвакуация людей из зоны землетрясения;
  3. устройство проездов с целью эвакуации населения;
  4. оказание пораженным медицинской помощи;
  5. оборудование пунктов сбора пораженных;
36. Какое из мероприятий при землетрясении относится к неотложным:
1. розыск пораженных;
  2. вынос, вывоз пораженных на пункты сбора;
  3. эвакуация людей из зоны землетрясения;
  4. проведение санитарной обработки пораженных;
  5. оказание пораженным медицинской помощи;
37. Какое из мероприятий при землетрясении относится к неотложным:
1. розыск пораженных;
  2. вынос, вывоз пораженных на пункты сбора;
  3. эвакуация людей из зоны землетрясения;
  4. проведение специальной обработки техники;
  5. оказание пораженным медицинской помощи;
38. Какое из мероприятий при землетрясении относится к спасательным:
1. розыск пораженных;
  2. разборка завалов;
  3. устройство проездов с целью эвакуации населения;
  4. проведение санитарной обработки пораженных;

5. проведение специальной обработки техники;
39. Какое из мероприятий при землетрясении относится к спасательным:
  1. разборка завалов;
  2. извлечение пораженных из-под завалов;
  3. устройство проездов с целью эвакуации населения;
  4. проведение санитарной обработки пораженных;
  5. проведение специальной обработки техники;
40. Какое из мероприятий при землетрясении относится к спасательным:
  1. разборка завалов;
  2. устройство проездов с целью эвакуации населения;
  3. проведение санитарной обработки пораженных;
  4. проведение специальной обработки техники;
  5. вынос, вывоз пораженных на пункты сбора;
41. Какое из мероприятий при землетрясении относится к спасательным:
  1. разборка завалов;
  2. устройство проездов с целью эвакуации населения;
  3. эвакуация людей из зоны землетрясения;
  4. проведение санитарной обработки пораженных;
  5. проведение специальной обработки техники;
42. Какое из мероприятий при землетрясении относится к спасательным:
  1. разборка завалов;
  2. устройство проездов с целью эвакуации населения;
  3. оказание пораженным медицинской помощи;
  4. проведение санитарной обработки пораженных;
  5. проведение специальной обработки техники;
43. Тип аварии на атомной электростанции, которая характеризуется воздействием радиационных факторов в пределах одного здания или сооружения.
  1. местная авария;
  2. общая авария;
  3. региональная авария;
  4. локальная авария;
  5. малая авария;
44. Тип аварии на атомной электростанции, которая характеризуется распространением радионуклидов за пределы площадки АЭС.
  1. локальная авария;
  2. местная авария;
  3. территориальная авария;
  4. большая авария;
  5. общая авария;
45. Характеристика зоны радиационной опасности по дозе излучения за первый год после аварии на АЭС на внешней и внутренней границе:
  1. (5 – 50 рад);
  2. (50 – 500 рад);
  3. (5 – 50 мрад/ч);
  4. (14 – 140 мрад/ч);
  5. (0,14 – 1,4 рад/ч);
46. Какая из особенностей заражения внешней среды не характерна при аварии на АЭС:
  1. спад уровней радиации за счет естественного распада происходит медленно;
  2. радионуклиды обладают способностью плотного сцепления с поверхностями предметов, особенно металлических;
  3. спад уровней радиации за счет естественного распада происходит быстро;
  4. радионуклиды обладают способностью сорбироваться на одежду и кожные покровы, проникая во входы потовых и сальных желез кожи человека;
  5. санитарная обработка затруднена;
47. Удаление радиоактивных веществ (РВ) с зараженных поверхностей до достижения уровня загрязнения, не вызывающего у человека лучевого поражения это:
  1. дегазация;



2. санитарная обработка;
  3. дезактивация;
  4. дезинфекция;
  5. дератизация;
48. Мероприятие по удалению с человека радиоактивных веществ (РВ), обезвреживанию или удалению отравляющих веществ (ОВ), других ядовитых веществ, бактериальных средств (БС) это:
1. дезактивация;
  2. дегазация;
  3. дезинфекция;
  4. дератизация;
  5. санитарная обработка;
49. Уничтожение болезнетворных микробов и разрушение токсинов на подвергшихся заражению объектах это:
1. дезактивация;
  2. дегазация;
  3. дезинфекция;
  4. санитарная обработка;
  5. дератизация;
50. Что относится к табельным индивидуальным средствам медицинской защиты населения:
1. аптечка индивидуальная;
  2. средства неотложной медицинской помощи и лечения пораженных;
  3. бинты, противоожоговые повязки;
  4. адаптогены;
  5. стимуляторы центральной нервной системы;
51. Что относится к табельным индивидуальным средствам медицинской защиты населения:
1. радиопротекторы;
  2. индивидуальный противохимический пакет;
  3. бинты, противоожоговые повязки;
  4. комплексоны;
  5. стимуляторы центральной нервной системы;
52. Пакет перевязочный индивидуальный (ППИ) предназначен для:
- а) частичной санитарной обработки открытых участков тела;
  - б) наложения окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе (переводе открытого пневмоторакса в закрытый);
  - в) наложения асептической повязки на рану;
  - г) наложения асептической повязки на ожоговую поверхность;
1. (всех, кроме а);
  2. (только в, г);
  3. (всех);
  4. (всех, кроме б);
  5. (всех, кроме в);
53. Индивидуальный противохимический пакет (ИПП-8) предназначен для:
1. частичной санитарной обработки открытых участков тела, одежды, непосредственно прилегающей к открытой коже и наружной поверхности лицевой части противогаза;
  2. удаления отравляющих веществ (ОВ) с наружной поверхности общевойскового защитного комплекта (ОЗК);
  3. дегазации загрязненных отравляющими веществами (ОВ) объектов;
  4. дезактивации загрязненных радиоактивными веществами (РВ) объектов;
  5. удаления радиоактивных веществ (РВ) с наружной поверхности общевойскового защитного комплекта (ОЗК);
54. Будаксим применяют при:
1. первых признаках интоксикации фосфорорганическими отравляющими веществами (ФОВ);
  2. тяжелых ранениях, переломах костей, ожогах, как противошоковое средство;
  3. бактериальном заражении или его угрозе, а также при обширных ожогах и ранениях;
  4. первичных реакциях гамма и нейтронного облучения (предупреждает тошноту, рвоту, повышенную утомляемость);

5. угрозе поражения фосфорорганическими отравляющими веществами (ФОВ);
55. Какая система организации оказания медицинской помощи используется при чрезвычайных ситуациях (ЧС) мирного времени?
1. одноэтапная;
  2. трехэтапная;
  3. четырехэтапная;
  4. пятиэтапная;
  5. двухэтапная;
56. Как называется первый этап организации оказания медицинской помощи?
1. госпитальный;
  2. специализированный;
  3. догоспитальный;
  4. доврачебный;
  5. врачебный;
57. Как называется второй этап организации оказания медицинской помощи?
1. догоспитальный;
  2. специализированный;
  3. доврачебный;
  4. врачебный;
  5. госпитальный;
58. Дайте характеристику фазы изоляции по продолжительности:
1. от начала организованного проведения спасательных работ до завершения эвакуации пораженных за пределы очага;
  2. от момента возникновения катастрофы до завершения эвакуации пораженных за пределы очага;
  3. от момента возникновения катастрофы до начала организованного проведения спасательных работ;
  4. проведение планового лечения пораженных в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ);
  5. проведение реабилитации пораженных в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ);
59. Дайте характеристику фазы изоляции по оказываемому виду медицинской помощи:
1. доврачебная;
  2. первая врачебная;
  3. квалифицированная;
  4. первая медицинская;
  5. специализированная;
60. Дайте характеристику фазы спасения по продолжительности:
1. от момента возникновения катастрофы до начала организованного проведения спасательных работ;
  2. от момента возникновения катастрофы до завершения эвакуации пораженных за пределы очага;
  3. от начала организованного проведения спасательных работ до завершения эвакуации пораженных за пределы очага;
  4. проведение реабилитации пораженных в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ);
  5. проведение планового лечения пораженных в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ);
61. Дайте характеристику фазы спасения по оказываемому виду медицинской помощи:
1. первая медицинская;
  2. первая медицинская, первая врачебная, специализированная;
  3. первая врачебная, квалифицированная, специализированная;
  4. квалифицированная, специализированная;
  5. доврачебная, первая врачебная;
62. Дайте характеристику фазы восстановления по продолжительности:
1. проведение планового лечения пораженных и их реабилитация;

2. от момента возникновения катастрофы до начала организованного проведения спасательных работ;
  3. от начала организованного проведения спасательных работ до завершения эвакуации пораженных за пределы очага;
  4. от момента возникновения катастрофы до завершения эвакуации пораженных за пределы очага;
  5. от момента возникновения катастрофы до завершения планового лечения пораженных в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ);
63. Дайте характеристику фазы восстановления по оказываемому виду медицинской помощи:
1. первая медицинская;
  2. первая медицинская, доврачебная;
  3. первая медицинская, доврачебная, первая врачебная;
  4. квалифицированная, специализированная;
  5. первая медицинская, первая врачебная, квалифицированная, специализированная;
64. Вид медицинской сортировки:
1. по направлению;
  2. по назначению;
  3. эвакуационно-транспортная;
  4. догоспитальная;
  5. госпитальная;
65. Вид медицинской сортировки:
1. по направлению;
  2. по назначению;
  3. догоспитальная;
  4. госпитальная;
  5. внутрипунктовая;
66. Медицинская сортировка проводится на основании:
1. диагноза и прогноза;
  2. количества поступивших пораженных;
  3. опроса и обследования пораженных;
  4. этиологии поражения;
  5. патогенеза поражения;
67. Сортировочный признак по которому проводится медицинская сортировка:
1. диагностический;
  2. прогностический;
  3. эвакуационный;
  4. этиологический;
  5. патогенетический;
68. Под видом медицинской помощи следует понимать:
1. перечень лечебно-эвакуационных мероприятий, осуществляемых при воздействии различных поражающих факторов, как самим пораженным населением, так и службой здравоохранения в районах катастроф и в ЛПУ (этапах медицинской эвакуации);
  2. помощь, которая оказывается непосредственно на месте получения повреждения или вблизи его в порядке само- и взаимопомощи, а также личным составом спасательных формирований и медицинскими работниками здравпунктов (медико-санитарных частей);
  3. метод распределения пораженных на группы по принципу нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в зависимости от медицинских показаний и конкретных условий обстановки;
  4. совокупность основных (главнейших) принципов, положенных в основу деятельности службы Медицины катастроф;
  5. комплекс лечебно-эвакуационных мероприятий, оказываемых в ЛПУ (этапах медицинской эвакуации), лечение пораженных и подготовка нуждающихся в последующей эвакуации в другие лечебные учреждения;
69. Вид медицинской помощи определяется:
- а) местом оказания медицинской помощи;
  - б) подготовкой персонала, оказывающего медицинскую помощь;

- в) оснащением;
- г) оптимальным сроком оказания медицинской помощи;
  1. все, кроме г;
  2. все;
  3. все, кроме а;
  4. только а, б;
  5. все, кроме б;
- 70. Оптимальный срок оказания первой медицинской помощи:
  1. до 2 часов с момента поражения;
  2. до 30 минут с момента поражения;
  3. до 5 часов с момента поражения;
  4. до 8 часов с момента поражения;
  5. до 12 часов с момента поражения;
- 71. Оптимальный срок оказания доврачебной помощи:
  1. до 5 часов с момента поражения;
  2. до 8 часов с момента поражения;
  3. до 2 часов с момента поражения;
  4. до 30 минут с момента поражения;
  5. до 12 часов с момента поражения;
- 72. Оптимальный срок оказания первой врачебной помощи:
  1. до 5 часов с момента поражения;
  2. до 30 минут с момента поражения;
  3. до 2 часов с момента поражения;
  4. до 8 часов с момента поражения;
  5. до 12 часов с момента поражения;
- 73. Оптимальный срок оказания квалифицированной хирургической помощи:
  1. до 12 часов с момента поражения;
  2. до 5 часов с момента поражения;
  3. до 8 часов с момента поражения;
  4. до 4 часов с момента поражения;
  5. до 48 часов с момента поражения;
- 74. Оптимальный срок оказания квалифицированной терапевтической помощи:
  1. до 5 часов с момента поражения;
  2. до 12 часов с момента поражения;
  3. до 4 часов с момента поражения;
  4. до 8 часов с момента поражения;
  5. до 24 часов с момента поражения;
- 75. Оптимальный срок оказания специализированной помощи:
  1. до 5 часов с момента поражения;
  2. до 24 часов с момента поражения;
  3. до 8 часов с момента поражения;
  4. до 12 часов с момента поражения;
  5. до 30 минут с момента поражения;
- 76. К мероприятию первой медицинской помощи относят:
  1. временную остановку наружного кровотечения путем тугой тампонады раны с последующим наложением кожных швов;
  2. первичную хирургическую обработку ран;
  3. применение транквилизаторов, нейролептиков при острых реактивных состояниях;
  4. родовспоможение и уход за новорожденным;
  5. защиту органов дыхания, глаз и кожных покровов от непосредственного воздействия на них СДЯВ (одевание противогаза в зоне заражения);
- 77. К мероприятию первой медицинской помощи относят:
  1. восстановление проходимости верхних дыхательных путей путем освобождения от слизи;
  2. устранение асфиксии (введение воздуховода, искусственная вентиляция легких с помощью портативных аппаратов, ингаляции кислорода и др.);
  3. срочную трахеостомию при сдавлении трахеи отеком, гематомой или эмфиземой;

4. окончательную остановку наружного кровотечения путем прошивания сосуда в ране;
  5. серопротекцию столбняка при открытых травмах и ожогах;
78. К мероприятию первой медицинской помощи относят:
1. временную остановку наружного кровотечения путем тугой тампонады раны с последующим наложением кожных швов;
  2. временную остановку наружного кровотечения с помощью жгута;
  3. серопротекцию столбняка при открытых травмах и ожогах;
  4. смену повязки при загрязнении раны радиоактивными веществами;
  5. окончательную остановку внутреннего кровотечения;
79. К мероприятию первой медицинской помощи относят:
1. введение сердечно-сосудистых и других лекарственных средств по показаниям;
  2. срочную трахеостомию при сдавлении трахеи отеком, гематомой или эмфиземой;
  3. введение обезболивающих средств;
  4. серопротекцию столбняка при открытых травмах и ожогах;
  5. смену повязки при загрязнении раны радиоактивными веществами;
80. К мероприятию доврачебной медицинской помощи относят:
1. иммобилизацию поврежденной конечности с использованием подручных средств;
  2. срочную трахеостомию при сдавлении трахеи отеком, гематомой или эмфиземой;
  3. устранение асфиксии (введение воздуховода, искусственная вентиляция легких с помощью портативных аппаратов, ингаляции кислорода и др.);
  4. временную остановку наружного кровотечения путем тугой тампонады раны с последующим наложением кожных швов;
  5. зондовое промывание желудка при попадании СДЯВ, РВ, дача адсорбента.
81. К мероприятиям доврачебной медицинской помощи относят:
1. наложение и исправление неправильно наложенных повязок;
  2. срочную трахеостомию при сдавлении трахеи отеком, гематомой или эмфиземой;
  3. временную остановку наружного кровотечения путем наложения зажима на кровоточащий сосуд;
  4. переливание кровезаменителей при тяжелом шоке и массивной кровопотере;
  5. зондовое промывание желудка при попадании СДЯВ, РВ, дача адсорбента.
82. К мероприятиям доврачебной медицинской помощи относят:
1. временную остановку наружного кровотечения путем тугой тампонады раны с последующим наложением кожных швов;
  2. временную остановку наружного кровотечения путем наложения зажима на кровоточащий сосуд;
  3. беззондовое промывание желудка (при попадании внутрь РВ, СДЯВ, ОВ).
  4. надлобковую пункцию мочевого пузыря;
  5. дегазацию ран при их заражении стойкими ОВ кожно-нарывного действия (иприт, люизит);
83. К мероприятию первой врачебной помощи относят:
1. срочную трахеостомию при сдавлении трахеи отеком, гематомой или эмфиземой;
  2. лигатурное связывание зубов при переломах нижней челюсти с дефектом;
  3. ампутацию при отрывах конечностей;
  4. защиту органов дыхания, глаз и кожных покровов от непосредственного воздействия на них СДЯВ (одевание противогаза в зоне заражения);
  5. временную остановку наружного кровотечения с помощью давящей повязки;
84. К мероприятию первой врачебной помощи относят:
1. лигатурное связывание зубов при переломах нижней челюсти с дефектом;
  2. назначение противоэдематозных средств при распространенных дерматозах;
  3. отсечение или подшивание свисающих лоскутов мягкого неба и боковых отделов глотки;
  4. дегидратационную терапию при отеке головного мозга;
  5. первичную хирургическую обработку ран;
85. К мероприятию первой врачебной помощи относят:
1. защиту органов дыхания, глаз и кожных покровов от непосредственного воздействия на них СДЯВ (одевание противогаза в зоне заражения);
  2. наложение асептической повязки на рану, ожоговую поверхность;

3. декомпрессионную трепанацию черепа при ранениях и повреждениях, сопровождающихся сдавлением головного мозга;
4. искусственную вентиляцию легких (вспомогательная или управляемая), введение препаратов, возбуждающих дыхательный центр;
5. первичную хирургическую обработку ран;
86. К мероприятию первой врачебной помощи относят:
  1. отсечение конечности, висящей на лоскуте мягких тканей (транспортная ампутация);
  2. беззондовое промывание желудка (при попадании внутрь РВ, СДЯВ, ОВ);
  3. иммобилизацию поврежденной конечности с использованием подручных средств;
  4. хирургическую обработку переломов длинных трубчатых костей с обширным разрушением мягких тканей;
  5. назначение противозудных средств при распространенных дерматозах;
87. К мероприятию первой врачебной помощи относят:
  1. неотложную акушерско-гинекологическую помощь (гемостаз, иногда путем тампонады влагалища; родовспоможение и уход за новорожденным);
  2. хирургическую обработку переломов длинных трубчатых костей с обширным разрушением мягких тканей;
  3. лапаротомию при закрытой травме живота с повреждением внутренних органов;
  4. наложение асептической повязки на рану, ожоговую поверхность;
  5. дегидратационную терапию при отеке головного мозга;
88. Как оценивается санитарно-гигиеническое состояние населения в районе ЧС если:
  1. состояние материально-бытового обеспечения не оказывают неблагоприятного влияния на здоровье и трудоспособность населения;
  2. соблюдаются правила личной и общественной гигиены;
  3. территория района катастрофы не заражена радиоактивными, отравляющими веществами и биологическими средствами;
  4. наблюдаются единичные случаи инфекционных заболеваний среди населения;
    1. благополучное;
    2. неустойчивое;
    3. удовлетворительное;
    4. неблагополучное;
    5. неудовлетворительное;
89. Как оценивается санитарно-гигиеническое состояние населения в районе ЧС если:
  - a. имеются недостатки в материально-бытовом обеспечении и общественной гигиене, которые неблагоприятно влияют на здоровье населения и снижают его трудоспособность;
  - b. соблюдаются правила личной и общественной гигиены;
  - c. территория района катастрофы не заражена радиоактивными, отравляющими веществами и биологическими средствами;
  - d. наблюдаются единичные случаи инфекционных заболеваний среди населения;
    1. благополучное;
    2. неустойчивое;
    3. неблагополучное;
    4. удовлетворительное;
    5. неудовлетворительное;
90. Как оценивается санитарно - эпидемическое состояние района чрезвычайной ситуации, если отсутствуют случаи инфекционных заболеваний среди населения?
  1. благополучное;
  2. чрезвычайное;
  3. удовлетворительное;
  4. неустойчивое;
  5. благополучное;
91. Как оценивается санитарно - эпидемическое состояние района чрезвычайной ситуации, если появляются отдельные, не встречавшиеся ранее инфекционные заболевания?
  1. неудовлетворительное;
  2. благополучное;
  3. чрезвычайное;
  4. неустойчивое;

5. удовлетворительное;
92. Как оценивается санитарно - эпидемическое состояние района чрезвычайной ситуации, если нарастает число инфекционных больных среди населения в короткий срок?
1. неудовлетворительное;
  2. неблагополучное;
  3. чрезвычайное;
  4. удовлетворительное;
  5. неустойчивое;
93. Как оценивается санитарно - эпидемическое состояние района чрезвычайной ситуации, если появляются групповые заболевания особо опасными инфекциями;
1. неудовлетворительное;
  2. чрезвычайное;
  3. неблагополучное;
  4. удовлетворительное;
  5. неустойчивое;
94. Какое режимное мероприятие проводится при карантине:
1. изоляция, оказание медицинской помощи инфекционным больным;
  2. лечение выявленных больных с последующей их госпитализацией в инфекционные больницы, расположенные за пределами зоны катастрофы;
  3. проведение (по показаниям) санитарной обработки;
  4. запрещение выезда из района ЧС и строгое ограничение въезда;
  5. проведение заключительной дезинфекции;
95. Какое режимное мероприятие проводится при карантине:
1. изоляция, оказание медицинской помощи инфекционным больным;
  2. лечение выявленных больных с последующей их госпитализацией в инфекционные больницы, расположенные за пределами зоны катастрофы;
  3. специфическая профилактика по эпидемическим показаниям пострадавшего населения и спасателей;
  4. противоэпидемический режим работы этапов медицинской эвакуации;
  5. оцепление очага и вооруженная его охрана;
96. Какое изоляционно-ограничительное мероприятие проводится при обсервации:
1. запрещение выезда без предварительного проведения экстренной профилактики, и строгое ограничение въезда;
  2. проведение опроса и осмотра пораженных и пострадавшего населения в целях активного выявления инфекционных больных;
  3. изоляция, оказание медицинской помощи инфекционным больным;
  4. проведение (по показаниям) санитарной обработки;
  5. организация специальной комендантской службы для обеспечения установленного порядка и режима в организации питания, охраны водоемисточников;
97. Что относят к медицинскому имуществу?
1. пакет перевязочный индивидуальный (ППИ);
  2. больничная и хозяйственная мебель;
  3. специальная одежда и обувь;
  4. лекарственные средства;
  5. наборы для отбора проб воздуха, воды, продовольствия;
98. Что относят к медицинскому имуществу?
1. предметы ухода за больными;
  2. пакет перевязочный индивидуальный (ППИ);
  3. индивидуальный противохимический пакет (ИПП-8);
  4. дозиметрические приборы и индивидуальные дозиметры;
  5. приборы химической разведки;
99. Что относят к медицинскому имуществу?
1. средства для дезинфекции, дератизации и дезинсекции;
  2. пакет перевязочный индивидуальный (ППИ);
  3. индивидуальный противохимический пакет (ИПП-8);
  4. медицинский прибор химической разведки;
  5. наборы для отбора проб воздуха, воды, продовольствия;

100. Что относят к санитарно-хозяйственному имуществу?
1. аптечное, зубоучастное и зуботехническое оборудование;
  2. предметы ухода за больными;
  3. дезинфекционная аппаратура и техника;
  4. средства для дезинфекции, дезактивации, дератизации и дезинсекции;
  5. постельное и нательное белье;
101. Что относят к специальному имуществу?
1. медицинские аппараты и приборы;
  2. предметы ухода за больными;
  3. аптечка индивидуальная (АИ-2);
  4. дезинфекционная аппаратура и техника;
  5. специальная одежда и обувь;
102. Что относят к специальному имуществу?
1. индивидуальный противохимический пакет (ИПП-8);
  2. дезинфекционная аппаратура и техника;
  3. средства для дезинфекции, дезактивации, дератизации и дезинсекции;
  4. лабораторные предметы и принадлежности;
  5. специальная одежда и обувь;
103. Какое медицинское имущество относят к инвентарному?
1. медикаменты;
  2. препараты крови и кровезаменители;
  3. биопрепараты;
  4. медицинские аппараты и приборы;
  5. перевязочный и шовный материалы;
104. Какое медицинское имущество относят к инвентарному?
1. хирургический инструментарий;
  2. медикаменты;
  3. препараты крови и кровезаменители;
  4. биопрепараты;
  5. перевязочный и шовный материалы;
105. Какое медицинское имущество относят к расходному?
1. медицинские аппараты и приборы;
  2. дезинфекционная аппаратура и техника;
  3. препараты крови и кровезаменители;
  4. аптечное оборудование;
  5. зубоучастное и зуботехническое оборудование;
106. Какое медицинское имущество относят к расходному?
1. медицинские аппараты и приборы;
  2. биопрепараты;
  3. зубоучастное и зуботехническое оборудование;
  4. хирургический инструментарий;
  5. аптечное оборудование.
107. Где хранятся медицинские средства индивидуальной защиты (АИ-2) для медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений?
1. на складах управления "Харьковского медицинского комплекта";
  2. на складах спец. имущества Главного аптечного управления (ГАПУ) г. Киева;
  3. на складах спец. имущества г. Харькова;
  4. в аптеке лечебно-профилактического учреждения;
  5. в аптечных учреждениях "Фармация";
108. Где хранятся медицинские средства индивидуальной защиты (ИПП-8) для медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений?
1. на складах управления "Харьковского медицинского комплекта";
  2. на складах спец. имущества Главного аптечного управления (ГАПУ) г. Киева;
  3. в аптечных учреждениях "Фармация";
  4. на складах спец. имущества г. Харькова;
  5. в аптеке лечебно-профилактического учреждения;



109. Где хранятся медицинские средства индивидуальной защиты (ППИ) для медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений?
1. на складах управления "Харьковского медицинского комплекта";
  2. на складах спец. имущества Главного аптечного управления (ГАПУ) г. Киева;
  3. в аптечных учреждениях "Фармация";
  4. на складах спец. имущества г. Харькова;
  5. в аптеке лечебно-профилактического учреждения;
110. Где хранятся запасы кровезамещающих жидкостей для формирований Службы медицины катастроф?
1. на станции переливания крови;
  2. в санэпидстанции (СЭС, СЭО);
  3. в городских инфекционных больницах, санитарно-эпидемиологических учреждениях;
  4. на складах управления "Харьковского медицинского комплекта";
  5. в лечебно-профилактических учреждениях;
111. Где хранятся запасы препаратов и компонентов крови для формирований Службы медицины катастроф?
1. на складах Харьковской городской дезстанции;
  2. в городских инфекционных больницах, санитарно-эпидемиологических учреждениях;
  3. на складах управления "Харьковского медицинского комплекта";
  4. на станции переливания крови;
  5. в лечебно-профилактических учреждениях;
112. Где хранятся запасы систем для переливания крови для формирований Службы медицины катастроф?
1. в магазинах "Мед.техника";
  2. на станции переливания крови;
  3. в городских инфекционных больницах, санитарно-эпидемиологических учреждениях;
  4. на складах управления "Харьковского медицинского комплекта";
  5. в учреждениях-формирователях;
113. При загрязнении сильнодействующими ядовитыми веществами (СДЯВ) медикаменты:
1. сдают на медицинские склады для дезактивации;
  2. используют в обычном порядке;
  3. подлежат уничтожению;
  4. протирают органическим растворителем с последующим промыванием в воде;
  5. промывают моющим раствором с последующим дозиметрическим контролем;
114. При загрязнении сильнодействующими ядовитыми веществами (СДЯВ) хирургические инструменты:
1. используют в обычном порядке;
  2. сдают на медицинские склады для дегазации;
  3. сдают на медицинские склады для дезактивации;
  4. протирают органическим растворителем с последующим промыванием в воде;
  5. промывают моющим раствором с последующим дозиметрическим контролем;
115. При загрязнении сильнодействующими ядовитыми веществами (СДЯВ) бактериальные препараты:
1. сдают на медицинские склады для дегазации;
  2. сдают на медицинские склады для дезактивации;
  3. используют в обычном порядке;
  4. промывают моющим раствором с последующим дозиметрическим контролем;
  5. подлежат уничтожению;
116. При загрязнении сильнодействующими ядовитыми веществами (СДЯВ) медицинские приборы:
1. протирают органическим растворителем с последующим обтиранием насухо ватным тампоном;
  2. сдают на медицинские склады для дезактивации;
  3. сдают на медицинские склады для дегазации;
  4. используют в обычном порядке;
  5. промывают моющим раствором с последующим дозиметрическим контролем;

117. При загрязнении сильнодействующими ядовитыми веществами (СДЯВ) перевязочный материал в упаковке из прорезиненной ткани:
1. подлежит уничтожению;
  2. сдают на медицинские склады для дегазации;
  3. сдают на медицинские склады для дезактивации;
  4. используют в обычном порядке;
  5. протирают органическим растворителем с последующим промыванием в воде;
118. При загрязнении сильнодействующими ядовитыми веществами (СДЯВ) перевязочный материал:
1. подлежит уничтожению;
  2. используют в обычном порядке;
  3. сдают на медицинские склады для дегазации;
  4. промывают моющим раствором с последующим дозиметрическим контролем;
  5. протирают органическим растворителем с последующим промыванием в воде;
119. При загрязнении радионуклидами медикаменты:
1. используют в обычном порядке;
  2. промывают моющим раствором с последующим дозиметрическим контролем;
  3. сдают на медицинские склады для дезактивации или уничтожения;
  4. сдают на медицинские склады для дегазации;
  5. протирают органическим растворителем с последующим промыванием в воде;
120. При загрязнении радионуклидами хирургические инструменты:
1. подлежат уничтожению;
  2. сдают на медицинские склады для дезактивации;
  3. используют в обычном порядке;
  4. промывают моющим раствором с последующим дозиметрическим контролем;
  5. сдают на медицинские склады для дегазации;
121. При загрязнении радионуклидами бактериальные препараты:
1. сдают на медицинские склады для дезактивации или уничтожения;
  2. используют в обычном порядке;
  3. промывают моющим раствором с последующим дозиметрическим контролем;
  4. сдают на медицинские склады для дегазации;
  5. протирают органическим растворителем с последующим промыванием в воде;
122. При загрязнении радионуклидами медицинские приборы:
1. подлежат уничтожению;
  2. сдают на медицинские склады для дегазации;
  3. используют в обычном порядке;
  4. сдают на медицинские склады для дезактивации;
  5. протирают моющим раствором с последующим дозиметрическим контролем;
123. При загрязнении радионуклидами перевязочный материал в упаковке из прорезиненной ткани:
1. используют в обычном порядке;
  2. подлежит уничтожению;
  3. сдают на медицинские склады для дезактивации;
  4. сдают на медицинские склады для дегазации;
  5. протирают органическим растворителем с последующим промыванием в воде;
124. При загрязнении радионуклидами перевязочный материал:
1. подлежит уничтожению;
  2. сдают на медицинские склады для дезактивации;
  3. подлежит стирке с применением моющих средств с последующим дозиметрическим контролем;
  4. сдают на медицинские склады для дегазации;
  5. протирают органическим растворителем с последующим промыванием в воде;
125. Три главных признака клинической смерти:
1. Отсутствие сознания.
  2. Сильные боли в области сердца.
  3. Широкие, не реагирующие на свет зрачки.
  4. Отсутствие пульса на сонной артерии.

5. Помутнение роговицы и появление феномена кошачьего зрачка.
  6. Стеклышко, поднесенное ко рту, не запотекает.
  7. Ворсинки ваты или пушинки, поднесенные ко рту, остаются неподвижными.
126. Признаки биологической смерти:
1. Отсутствие реакции зрачков на свет.
  2. Отсутствие пульса на сонной артерии.
  3. Помутнение роговицы и появление феномена кошачьего зрачка.
  4. Появление трупных пятен.
  5. Обильное кровотечение.
127. Комплекс сердечно-легочной реанимации включает в себя:
1. Измерение артериального давления.
  2. Наложение на раны стерильных повязок.
  3. Наложение шин на поврежденные конечности.
  4. Прекардиальный удар.
  5. Непрямой массаж сердца.
  6. Искусственную вентиляцию легких.
128. Прекардиальный удар наносят:
1. В область сердца, по левой половине грудной клетки.
  2. В область верхней трети грудины у места прикрепления ключиц.
  3. По мечевидному отростку грудины.
  4. В область нижней трети грудины на 2-4 сантиметра выше мечевидного отростка.
  5. По спине между лопатками.
  6. По левой лопатке.
129. Непрямой массаж сердца следует проводить:
1. 50-80 раз в минуту.
  2. 50-80 раз в минуту, в зависимости от пола.
  3. 50-80 раз в минуту в соответствии с ритмом своего дыхания и физическими возможностями.
  4. 50-80 раз в минуту в соответствии с особенностями упругости грудной клетки пострадавшего
130. Оптимальное соотношение вдохов ИВЛ и ритма надавливаний на грудину при реанимации одним спасателем:
1. На 1 вдох - 5 надавливаний.
  2. На 2 вдоха - 15 надавливаний.
  3. На 1 вдох - 10 надавливаний.
  4. На 2 вдоха - 5 надавливаний.
  5. На 2 вдоха – 30 надавливаний
131. К каким функциональным подразделениям МЧС относятся учреждения и формирования Службы медицины катастроф:
1. силы и средства наблюдения состояния природной среды и потенциально опасных объектов;
  2. силы и средства контроля состояния природной среды и потенциально опасных объектов;
  3. силы и средства ликвидации последствий ЧС;
  4. органы повседневного управления МЧС;
  5. руководящие органы МЧС;
132. Бригада экстренной доврачебной помощи (БЭДМП). Основные задачи (указать не характерную):
1. оказание доврачебной помощи пораженным;
  2. участие в проведении медицинской сортировки;
  3. устройство проездов с целью эвакуации населения;
  4. подготовка пораженных к дальнейшей эвакуации;
  5. 0
133. Бригада экстренной доврачебной помощи (БЭДМП). Основные задачи (указать не характерную):
1. проведение санитарной обработки, дегазации, дезактивации;
  2. оказание доврачебной помощи пораженным;
  3. участие в проведении медицинской сортировки;

4. подготовка пораженных к дальнейшей эвакуации;
134. Травматологическая бригада экстренной специализированной медицинской помощи (БЭСМП). Основное предназначение:
1. оказание первой врачебной помощи пораженным с механическими повреждениями;
  2. оказание специализированной медицинской помощи, лечение и реабилитация пораженных с механическими повреждениями;
  3. проведение дезактивации и санитарной обработки пораженных;
  4. усиление лечебных учреждений госпитального этапа медицинской эвакуации;
  5. проведение судебно-медицинской экспертизы погибших.
135. Нейрохирургическая бригада экстренной специализированной медицинской помощи (БЭСМП). Основное предназначение:
1. усиление лечебных учреждений госпитального этапа медицинской эвакуации;
  2. оказание специализированной медицинской помощи, лечение и реабилитация пораженных;
  3. обеспечение лечебных учреждений медицинским имуществом;
  4. проведение санитарной обработки пораженных;
  5. разборка завалов, устройство проездов и проходов для формирований МЧС с целью эвакуации населения;
136. Токсико-терапевтическая бригада экстренной специализированной медицинской помощи (БЭСМП). Основное предназначение:
1. оказание первой врачебной помощи пораженным;
  2. оказание специализированной медицинской помощи, лечение и реабилитация пораженных с механическими повреждениями;
  3. проведение дегазации и санитарной обработки пораженных;
  4. усиление лечебных учреждений госпитального этапа медицинской эвакуации;
  5. проведение специальной обработки техники, транспорта, дорог, сооружений;
137. Психотерапевтическая бригада экстренной специализированной медицинской помощи (БЭСМП). Основное предназначение:
1. оказание первой врачебной помощи пораженным с острыми реактивными психозами;
  2. оказание специализированной медицинской помощи, лечение и реабилитация пораженных;
  3. обеспечение лечебных учреждений медицинским имуществом;
  4. проведение судебно-медицинской экспертизы погибших.
  5. усиление лечебных учреждений госпитального этапа медицинской эвакуации;
138. Условием проживания и трудовой деятельности населения без ограничений является получение за 1 год дополнительной эффективной эквивалентной дозы не более:
1. 1 бэр;
  2. 1 МЗв (миллизиверт);
  3. 10 бэр;
  4. 100 рад;
  5. 1 Гр (грей);
139. Пороговый эффект возникновения различных заболеваний, связанных с облучением, в год:
1. 0,5 бэр;
  2. 5 бэр;
  3. 0,1 бэр;
  4. 10 бэр;
  5. 1 Гр (грей)
140. Авария на химически опасном объекте, последствия которой охватывают всю или часть территории объекта.
1. локальная авария;
  2. общая авария;
  3. территориальная авария;
  4. местная авария;
  5. средняя авария;
141. Инфекции какой группы в первую очередь осложняют эпидемиологическую обстановку в очаге крупномасштабной ЧС?

- a. Кишечные инфекции (брюшной тиф, холера, вирусные гепатиты, шигеллезы).
- b. Природно-очаговые инфекции (чума, сибирская язва, туляремия, бруцеллез).
- c. Трансмиссивные инфекции (риккетсиозы, геморрагические лихорадки, клещевой энцефалит).

142. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге особо опасной инфекции.

- a. Активное выявление и экстренная изоляция больных, контактных и подозрительных на данную инфекцию.
- b. Экстренная неспецифическая и специфическая профилактика.
- c. Развертывание дополнительных терапевтических коек в ЛПУ.
- d. Проведение всех видов дезинфекции, дезинсекции и дератизации.
- e. Эвакуация населения из эпидочага.

143. Перечислите мероприятия, которые должен провести врач при выявлении больного особо опасной инфекцией:

1. Сообщение диспетчеру скорой помощи о подозрении на особо опасную инфекцию, вызов бригады, госпитализация в инфекционный стационар.
2. Обработка открытых участков тела спиртом.
3. Запрещение пользоваться туалетом и водопроводом.
4. Составление списков контактных.
5. Проведение заключительной дезинфекции.

144. Перечислите свойства особо опасных инфекций:

1. Устойчивость во внешней среде.
2. Обладают различными механизмами и путями передачи.
3. Поражают только ослабленных людей.
4. Вызывают тяжелые заболевания и частые осложнения.
5. Высокая вирулентность.

145. Укажите основное средство экстренной неспецифической профилактики в очаге особо опасной инфекции:

1. Тетрациклин.
2. Доксициклин.
3. Ампициллин.

146. Отчетливый признак восстановления кроветворения при острой лучевой болезни:

1. повышение лейкоцитов;
2. повышение числа лейкоцитов до 3000-4000 и тромбоцитов до 100000-150000 в мм<sup>3</sup> крови;
3. повышение числа тромбоцитов до 30000;
4. увеличение показателей гемопозеза;
5. отсутствие агранулоцитоза.

147. При крайне тяжелой степени ОЛБ в первые трое суток назначают:

1. противорвотные;
2. успокаивающие;
3. средства для борьбы с коллапсом и гипотонией;
4. антибиотики; радиопротекторы.

148. Эпидемический очаг прекращает свое существование при проведении следующих мероприятий:

1. Госпитализация больного
2. Проведение заключительной дезинфекции
3. Госпитализация больного и истечение максимального инкубационного периода
4. После проведения контактным лицам профилактики антибиотиками или фагами

149. При подозрении на контакт с больным чумой обработка ротоглотки, носовой полости и глаз в рамках экстренной индивидуальной профилактики медработника проводится:

1. Холодной водой
2. Стрептомицином
3. Марганцовокислым калием
4. Новокаином

150. Среди пассажиров самолёта, следующего рейсом Бомбей-Москва, выявлен больной с подозрением на холеру. В отношении больного, пассажиров, членов экипажа проводят комплекс

профилактических и противоэпидемических мероприятий. Укажите, какое из перечисленных мероприятий не проводится:

1. Госпитализация больного
2. Медицинское наблюдение за членами экипажа в течение 5 дней
3. Медицинское наблюдение за пассажирами в течение 5 дней
4. Бактериологическое обследование членов экипажа и пассажиров (граждан России)
5. Введение холероген-анатоксина пассажирам и членам экипажа

### 3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения

Компетенция и ее содержимое		Наименование оценочного средства
<b>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)</b>		<b>Тесты 1-25</b> <b>Задача 1-20</b> <b>Реферат</b> <b>1,3,9,12,13,14</b>
Зн.У.1.1	Методы критического анализа, синтеза	
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.1.1	Анализировать альтернативные варианты принимаемых решений в профессиональной деятельности.	
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.1.1	Навыки анализа синтеза в профессиональной деятельности.	
Н.У.1.2	Анализ информации, полученной от пациентов (их законных представителей)	
Н.У.1.3	Интерпретация результатов осмотра пациентов	
<b>Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2)</b>		<b>Тесты 26-50</b> <b>Задача 1-20</b> <b>Реферат 4</b>
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	
<b>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)</b>		<b>Тесты 51-75</b> <b>Реферат 1,3</b>
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	
<b>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)</b>		<b>Тесты 76-100 Реферат 1,7,8,10, 16 Задача 1-6</b>
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	
У.3.2	Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции	
У.3.3	Проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции	
Н.3.1	Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней	
Н.3.2	Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции	
Н.3.3	Оформление и направление в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания	
Н.3.4	Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний	
Н.3.5	Заполнение и направление экстренного извещения о случаях инфекционного, паразитарного, профессионального заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней, отравления, неблагоприятной реакции, связанной с иммунизацией, укуса, ослюнения, оцарапывания животными в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор	
Н.3.6	Проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний	
<b>Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7)</b>		<b>Тесты 101-125 Задача 1-20 Реферат 2,4,16</b>
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	
<b>Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)</b>		<b>Тесты 126-150</b> <b>Задача 1-20</b> <b>Реферат</b> <b>2,4,5,10,11,15,16</b>
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	

#### 4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Общая характеристика чрезвычайных ситуаций (ЧС) мирного времени: определение основных понятий и классификация ЧС.
2. Медико-санитарные последствия ЧС: определение понятия, поражающие факторы ЧС, понятие о людских потерях в ЧС, элементы медико-тактической характеристики ЧС.
3. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС: территориальные и функциональные подсистемы и уровни управления РСЧС.
4. Основные мероприятия РСЧС по предупреждению и ликвидации последствий ЧС.
5. Определение, задачи и основные принципы организации ВСМК.
6. Медицинские средства защиты и их использование.
7. Табельные медицинские средства индивидуальной защиты.
8. Медико-психологическая защита населения и спасателей в ЧС: психотравмирующие факторы, особенности развития психических расстройств у поражённых, медицинского персонала и спасателей в ЧС различного характера. Основные способы психологической защиты населения и лиц, участвующих в его спасении.
9. Мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий ЧС в медицинских учреждениях здравоохранения.
10. Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения: основные требования и принципиальная схема лечебно-эвакуационного обеспечения; этапы медицинской эвакуации; виды и объёмы медицинской помощи.
11. Особенности медицинской сортировки поражённых (больных) в условиях ЧС.
12. Особенности медицинской эвакуации поражённых (больных) в условиях ЧС.
13. Особенности организации оказания медицинской помощи детям в ЧС.
14. Медицинская экспертиза и реабилитация участников ликвидации ЧС. Основные понятия медицинской экспертизы и реабилитации участников ликвидации последствий ЧС.
15. Индивидуальные средства защиты органов дыхания, их физиолого-гигиеническая характеристика.
16. Организация и средства проведения специальной обработки в очагах и на этапах медицинской эвакуации.
17. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий химических аварий: краткая характеристика химических аварий; основные мероприятия по организации и оказанию медицинской помощи, поражённым в очаге; силы, привлекаемые для ликвидации последствий аварии; организация первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи.
18. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий при ЧС транспортного, дорожно-транспортного, взрыво- и пожароопасного характера: краткая характеристика транспортных и дорожно-транспортных ЧС; характеристика ЧС взрыво- и пожароопасного характера; силы и средства, привлекаемые для ликвидации медикосанитарных последствий.
19. Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах: краткая характеристика террористических актов; особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах. Особенности организации и оказания медицинской помощи при взрывах и пожарах.
20. Особенности медико-санитарного обеспечения при локальных вооружённых конфликтах: условия деятельности органов здравоохранения при локальных вооружённых конфликтах; принципы организации медико-санитарного обеспечения населения при локальных вооружённых конфликтах.
21. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий землетрясений: характеристика землетрясений; силы и средства, привлекаемые для ликвидации медикосанитарных последствий землетрясений; основы организации оказания медицинской помощи в очаге землетрясений.
22. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий природных катастроф: характеристика ЧС природного характера (наводнения, бури, ураганы, циклоны, смерчи, селевые потоки, снежные лавины, лесные и торфяные пожары).
23. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий природных катастроф: силы и средства, привлекаемые для ликвидации последствий природных катастроф; принципы

оказания медицинской помощи при наводнении, при попадании людей под снеговые лавины, в районе, пострадавшем от селя, при ликвидации медико-санитарных последствий пожаров.

24. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение населения в ЧС: задачи, принципы и основные мероприятия санитарно-противоэпидемического обеспечения в ЧС; организация и задачи сети наблюдения и лабораторного контроля; организация санитарнопротивоэпидемических мероприятий по контролю и защите продуктов питания, пищевого сырья, воды и организация их санитарной экспертизы в ЧС.

## 5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

### Основная литература

1. Бражников А.Ю., Общая эпидемиология с основами доказательной медицины: руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] / Бражников А.Ю., Брико Н.И., Кирьянова Е.В., Миндлина А.Я., Покровский В.И., Полибин Р.В., Торчинский Н.В., И.П. Палтышева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-4255-5 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442555.html>

2. Рогозина И.В., Медицина катастроф [Электронный ресурс] / И. В. Рогозина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 152 с. : ил. - 152 с. - ISBN 978-5-9704-5162-5 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451625.html>

3. Ющука Н.Д., Инфекционные болезни : национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1104 с. (Серия "Национальные руководства) - ISBN 978-5-9704-4912-7 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>

### Дополнительная литература

1. Ющук Н. Д., Лекции по инфекционным болезням Т. 2 [Электронный ресурс] / Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 592 с <http://www.rosmedlib.ru>

2. Котенко П.К., Шевцов В.И. МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ: Электронный тест-тренажер.- Санкт-Петербург, 2018. Режим доступа: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_36912591\\_43017709.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_36912591_43017709.pdf)

3. Яковлев С.В., Рациональная антимикробная терапия [Электронный ресурс] : руководство для практикующих врачей / под ред. С. В. Яковлева. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015 Режим доступа: [http://www.rosmedlib.ru /book/](http://www.rosmedlib.ru/book/)

### Периодические издания

1. Общественное здоровье и здравоохранение
2. Здравоохранение Российской Федерации

### 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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>



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  
« dd » 2021 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

### **Б1.Б.05 МИКРОБИОЛОГИЯ**

краткое наименование дисциплины: нет

Специальность: 31.08. 66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.

## Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения	25
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	28
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	30

## 1. Место дисциплины в структуре образовательной программы

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

**Целью изучения** дисциплины является освоение ординаторами теоретических основ и закономерностей взаимодействия микро-и макроорганизма, практических навыков по методам профилактики, диагностики, основным направлениям лечения инфекционных и оппортунистических болезней человека.

**Задачами** является изучение:

1. Закономерностей строения и функционирования микробов как живых систем, их роли в экологии и способах деконтаминации, включая основы дезинфектологии и техники стерилизации;
2. Принципов и приёмов интерпретации полученных результатов при проведении микробиологических, молекулярно-биологических исследований биологических жидкостей, вирус-содержащих материалов и чистых культур микробов;
3. Методов проведения профилактических мероприятий по предупреждению бактериальных, грибковых, паразитарных и вирусных болезней;
4. Основных направлений лечения инфекционных и оппортунистических болезней человека (бактериальных, грибковых, паразитарных, вирусных);
5. Принципов организации работы в микробиологической лаборатории, мероприятий по охране труда и технике безопасности.

### Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций

Универсальные компетенции:

-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1).

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

## 2. Объем и содержание дисциплины

Для освоения программы по данной дисциплине предполагается **2 з.е.** Изучение дисциплины осуществляется на 1 курсе. Форма контроля – зачет.

Трудоемкость дисциплины – 72 часа, в том числе:

**лекции** – 4 часа,

**семинарские занятия** – 6 часов,

**самостоятельная работа** – 62 часа.

**Темы лекций:**

1. Общая медицинская микробиология. Систематика, морфология, физиология микробов. Генетика бактерий. Характеристика методов лабораторной диагностики – 1 час.
2. Общая вирусология – 1 час.
3. Частная медицинская микробиология – 1 час.
4. Частная медицинская вирусология – 1 час.

**Семинарские занятия:**

1. Микробиологическая лаборатория, устройство, оснащение, правила работы. Правила работы в бактериологических лабораториях. Приготовление препаратов из разного нативного материала и культуры микроорганизмов, окраска простым и сложными методами, микроскопия в



иммерсии, описание препарата. Микроскопические методы изучения морфологии бактерий: виды микроскопов, методы окраски бактериальных инфекций. Микроскопическое и микологическое исследования, серологическое исследование (реакции агглютинации, преципитации, связывания комплемента, непрямой гемагглютинации, иммуноферментный анализ, иммуноблоттинг), полимеразная цепная реакция, аллергологические диагностические пробы (кожная, invitro), биологическое, гистологическое исследования. Микроскопический метод обнаружения простейших в биологическом материале (кровь, моча, кал) и объектах окружающей среды (почва, вода) как основной метод лабораторной диагностики протозоозов. Возбудители вирусных инфекций. Источники и пути заражения. Возбудители особо опасных и зоонозных инфекций – 2 часа.

2. Кишечная палочка. Общая характеристика семейства кишечных бактерий. Стафилококки. Морфология, биология, культуральные свойства. Стрептококки. Морфология, биология, культуральные свойства, современная классификация. Микобактерии. Морфология, биология, культуральные свойства. Трепонема. Возбудитель сифилиса – 2 часа.

3. Вирусы с фекально-оральным путём передачи. Вирусы гепатитов В, D, С, G, F, TTV. Герпес – вирусы. Ретровирусы. ВИЧ. Онковирусы. Ортомиксовирусы. Классификация вирусов гриппа. Нейссерии. Возбудитель менингококковой инфекции морфология, культуральные и антигенные свойства. Формы менингококковой инфекции. – 2 часа.

### ***Самостоятельная работа:***

Подготовка докладов по избранным проблемам специальности к участию в семинарах и практических занятиях, в тематических дискуссиях; написание рефератов.

*Вопросы для самостоятельного изучения:*

1. Понятия «инфекция», «инфекционный процесс», «инфекционное заболевание». Паразитарная форма взаимоотношений микро–и макроорганизмов.

2. Средства дезинфекции, их выбор в зависимости от объекта, подлежащего обработке и микроорганизмов, на которые направлено действие дезинфицирующих средств.

3. Коринебактерии. Возбудитель дифтерии.

4. Ортопоксвирусы. Рабдовирусы, Вирусы природной очаговостью: Флавивирусы, Буньявирусы. Классификация. Морфология вирусов. Патогенез заболеваний. Эпидемиология Лабораторная диагностика.

## **Оценочные материалы**

### ***Рефераты:***

1. Современные технологии, применяемые в клинической микробиологии.  
2. Сбор, хранение и транспортировка материала для микробиологических исследований.  
3. Организация, информационное обеспечение и структура эпиднадзора в учреждениях здравоохранения.

4. Экологии микроорганизмов. Распространение микроорганизмов в природе.

5. Нормальная микрофлора организма человека, ее значение. Дисбактериоз.

6. Действие факторов внешней среды на микроорганизмы.

7. Стерилизация, ее методы, применение в аптечной практике.

8. Дезинфекция, ее виды, методы, применение в аптеке.

9. Понятие об инфекции и инфекционном заболевании. Признаки инфекционного заболевания. Профилактика инфекционных заболеваний.

10. Эпидемический процесс, его звенья. Интенсивность эпидемического процесса.

11. Понятие об источнике инфекции. Механизмы передачи инфекции. Пути и факторы передачи инфекции. Восприимчивость популяции

12. Понятие о химиотерапии и химиопрофилактике. Основные группы химиотерапевтических средств.

13. Антибиотики: способы и источники получения, механизмы и спектр действия.

14. Антибактериальные препараты различных классов.

15. Противогрибковые препараты.

16. Противопротозойные препараты

17. Противовирусные препараты.

18. Устойчивость микроорганизмов к действию антимикробных средств.

19. Осложнения химиотерапии. Принципы рациональной химиотерапии.
  20. Методы изучения чувствительности микроорганизмов к антимикробным агентам
  21. Аллергия как измененная форма иммунного ответа.
  22. Иммунная система организма человека: органы, клетки, иммуноглобулины.
  23. Факторы защиты организма человека (специфические, неспецифические).
  24. Понятие об иммунном статусе. Нарушения иммунного статуса, причины возникновения.
  25. Понятие об иммунотерапии и иммунопрофилактике инфекционных заболеваний.
- Иммунобиологические препараты, их группы.
26. Вакцины, сывороточные препараты (классификация, способы применения и хранения).

***Ситуационные задачи:***

Задача 1. Человек, переболевший брюшным тифом, был выписан из инфекционного отделения больницы после трехкратного отрицательного бактериологического исследования фекалий. Через месяц в его семье зарегистрировано то же заболевание.

- 1) Мог ли переболевший явиться источником инфекции?
- 2) Какое следует провести исследование для проверки данного предположения?

Задача 2. В детском коллективе наблюдается вспышка острых кишечных заболеваний, соответствующих по клинической картине дизентерии. Заболевание связано по времени с приходом на работу новой няни.

- 1) Как установить источник инфекции?
- 2) Какие микробиологические исследования нужно провести с этой целью?

Задача 3. В микробиологическую лабораторию направлен гной зеленого цвета. При бактериологическом исследовании в нем обнаружены небольшие грамтрицательные подвижные палочки.

- 1) Назвать предполагаемого возбудителя.
- 2) Какой метод диагностики применить для решения вопроса о виде возбудителя?
- 3) На какие среды сеять?
- 4) По каким свойствам идентифицировать культуру?
- 5) Какие препараты следует назначить для лечения?

Задача 4. У ребенка, 5 лет, после возвращения из детского сада появилась головная боль и поднялась температура до 38,40С. Участковый педиатр поставил предварительный диагноз: ОРВИ. При повторном посещении ребенка (через 3 дня) врач обнаружил на гиперемированной слизистой рта, зева и миндалин красные папулы и везикулы. К этому времени стало известно, что в группе детского сада, двое детей госпитализированы с диагнозом «серозный менингит», а у нескольких детей симптомы ОРВИ.

Врач поставил диагноз: «Энтеровирусная инфекция в форме герпангины?».

- 1) Укажите источники и пути передачи энтеровирусов.
- 2) Какие методы лабораторной диагностики необходимо применить.

Задача 5. Больной жалуется на двоение в глазах, сухость во рту, слабость. Температура нормальная. Четыре дня назад ел грибы, консервированные в масле, крышка вскрылась.

- 1) Какой возбудитель мог вызвать данное заболевание?
- 2) Как подтвердить диагноз? Лечение.

Задача 6. больного ребенка с клиническими симптомами менингита в мазке из зева были обнаружены Гр- диплококки.

- 1) Можно ли на основании этих данных утверждать, что возбудителем является менингококк.
- 2) Какой еще материал необходимо исследовать при подозрении на менингит?
- 3) Какие методы диагностики применить? В чем их сущность?

Задача 7. У больного с обширной инфицированной раной для анализа было взято раневое отделяемое. Исследуемый материал засеяли на элективные плотные и жидкие среды. Через сутки в посевах на плотную среду обнаружили среднего размера желтоватые выпуклые колонии с ровными краями и блестящей поверхностью. В пробирках с бульоном образовалась равномерная муть. В

окрашенных по Граму мазках из колоний обнаружили небольшие (по 2-3 бактерии) группы шаровидных бактерий, окрасившихся в сине-фиолетовый цвет. Какой метод диагностики был применен? Какие элективные среды использовали? К какой группе может быть отнесен выделенный возбудитель?

Задача 8. В бактериологическую лабораторию поступило несколько образцов кожи КРС для определения зараженности возбудителем сибирской язвы. Какой экспресс-метод исследований следует применить для этой цели? Что необходимо иметь в наличии в лаборатории? Каковы действия в случае положительного заключения?

Задача 9. У мужчины 69 лет, находящегося на постельном режиме по поводу перелома бедренной кости, повысилась температура до 39,5°C, появился кашель с выделением ржавой мокроты с прожилками крови, озноб и боль в грудной клетке. Произведен забор мокроты для бактериологического исследования.

1. Какой микроорганизм является наиболее вероятным возбудителем

А) *Legionellapneumophila*

Б) *Klebsiellapneumoniae*

В) *Streptococcus pneumoniae*

Г) *Mycoplasmapneumoniae*

2. Как доказать его этиологическую значимость?

Задача 10. Целью отбора учащихся для ревакцинации туберкулезной вакциной БСЖ было проведено медицинское обследование 30 учащихся 1 класса и поставлена проба Манту. У 10 учащихся проба Манту оказалась отрицательной.

Задание:

1. С какой целью ставят пробу Манту, что эта проба выявляет?

2. Назовите биопрепарат, используемый для постановки туберкулиновой пробы.

3. Дайте характеристику противотуберкулезного иммунитета.

Задача 11. Одному из призывников во время медосмотра был поставлен предварительный диагноз «Язвенная болезнь желудка».

1. Какой микроорганизм может принимать участие в развитии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки?

2. Какие инвазивные и неинвазивные методы лабораторной диагностики могут подтвердить наличие хеликобактерной инфекции?

Задача 12. У ребенка 4 лет вечером поднялась температура до 38,20°C., он стал капризным, отказывался от еды. На следующий день на лице, волосистой части головы и других областях тела появилась мелкая пятнисто-папулезная сыпь. Папулы быстро превращались в пузырьки – везикулы диаметром 0,2-0,5 мм. Одновременно появлялись новые высыпания, что создавало пеструю картину сыпи на разных стадиях развития.

Ребенок воспитывается дома, и мать отрицает возможность контактов с больными детьми. Позже выяснилось, что няня недавно перенесла обострение опоясывающего герпеса (*herpes zoster*).

Врач – педиатр, вызванный к больному ребенку, поставил диагноз: «Ветряная оспа, среднетяжелая форма»?

1. Опишите эпидемиологию заболевания (источники, пути передачи).

2. Укажите связь между заболеваниями «ветряная оспа» и «опоясывающий герпес»

5. Назовите методы лабораторной диагностики ветряной оспы и опоясывающего герпеса

Задача 13. Больной Н., 42 года, в тяжелом состоянии был снят с поезда и помещен в районную больницу. Он возвращался из командировки в Китай, где в это время была эпидемия гриппа.

У больного высокая температура (39,80°C), сухой кашель, выраженная интоксикация, сопровождающаяся рвотой, судорогами, сильной головной болью.

Предварительный диагноз: «Грипп, тяжелая форма»?

1. Какие процессы лежат в основе антигенной изменчивости вируса гриппа А?

2. Перечислите методы лабораторной диагностики гриппа. Как проводится экспресс-

диагностика?

Задача 14. В гнойном материале, полученном от больного, микроскопически выявлены грамотрицательные диплококки, вызывающие незавершенный фагоцитоз. При посеве на элективные среды (КДС, сывороточный агар) наблюдали рост колоний, напоминающих капли росы. Выделенная чистая культура возбудителя обладала низкой биохимической активностью (ферментировала только глюкозу). Какой возбудитель был выделен? Какие экспресс-методы диагностики можно было использовать?

Задача 15. Из фекалий женщины, контактировавшей с больными холерой, была выделена чистая культура микроорганизмов, морфологически подобных холерному вибриону. Дальнейшее исследование было решено не проводить. Достаточно ли фактов для постановки диагноза? С помощью каких исследований можно отдифференцировать возбудителя холеры от холероподобных вибрионов?

Задача 16. В Индию прибыла группа врачей по линии ВОЗ для выявления больных полиомиелитом и оказании помощи в проведении вакцинации. В одной из деревень к врачам принесли мальчика, 6 лет, из многодетной семьи, который заболел 5 дней назад.

У ребенка обнаружена высокая температура, резкая слабость, менингеальные симптомы, на правой ноге снижен мышечный тонус, резко ослаблены сухожильные рефлексы, стопа свисает. При пункции спинномозгового канала цереброспинальная жидкость вытекала под повышенным давлением, увеличено количества лимфоцитов, бактерии не обнаружены.

Ребенку поставлен предварительный диагноз: «Паралитическая форма полиомиелита»?

1. Назовите источники и пути распространения полиомиелита.
2. Какие методы диагностики необходимо применить.
3. Как проводится специфическая активная профилактика полиомиелита? В чем преимущество живой вакцины Сэбина?

Задача 17. Больной А., 27 лет, жалуется на слабость, быструю утомляемость, повышение температуры до 37,2-37,30С в течение последних нескольких месяцев. При объективном обследовании обнаружено увеличение большинства групп лимфоузлов, включая подключичные, локтевые, подколенные. В иммунограмме обнаружено снижение иммунорегуляторного индекса до 1,4-1,6.

- 1) Разработать план дальнейшего лабораторного обследования больного.

Задача 18. В стационар поступил больной с подозрением на токсическую форму гриппа.

- 1) Какие методы диагностики необходимо применить?
- 2) Как провести индикацию и идентификацию вируса гриппа?

Задача 19. У пожилого пациента на фоне рецидивирующего фурункулеза наблюдается резкий подъем температуры до 38,60С, озноб, тахикардия 100 ударов в минуту, лейкоцитоз  $12 \cdot 10^9/\text{л}$ , сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Бактериологическое исследование крови не проводилось.

- 1) Поставить предварительный диагноз,
- 2) Продолжить лабораторное обследование больного, назначить антибиотикотерапию.

Задача 20. У больного после операции на органах брюшной полости появились симптомы разлитого перитонита.

- 1) Какие бактерии могли вызвать данное заболевание?
- 2) Какие исследования нужно провести для их выделения и идентификации?
- 3) Какие химиотерапевтические препараты следует использовать для лечения больного?

**Тестовые задания:**

1. Микроскопическим методом изучают свойства бактерий:
  - а) морфо-тинкториальные
  - б) культуральные
  - в) антигенные

- г) токсигенные
  - д) биохимические
2. Предел разрешения светового микроскопа:
- а) 200 мкм
  - б) 0,01 мкм
  - в) 0,2 мкм
  - г) 1-2 мкм
  - д) 10 мкм
3. Предел разрешения человеческого глаза:
- а) 200 мкм
  - б) 100 мкм
  - в) 10 мкм
  - г) 1-2 мкм
  - д) 0,1 мкм
4. Достоинство иммерсионной системы заключаются в:
- а) увеличении разрешающей способности светового микроскопа
  - б) получении объемного изображения
  - в) большем увеличении объектива
  - г) большем увеличении окуляра
  - д) использовании УФ-лучей
5. Принцип деления на простые и сложные методы окраски:
- а) морфология бактерий
  - б) способ микроскопии
  - в) количество используемых красителей
  - г) стоимость красителей
  - д) способ фиксации
6. Основной метод окраски при диагностике инфекционных заболеваний:
- а) метод Грама
  - б) окраска фуксином
  - в) метод Циля-Нильсена
  - г) окраска метиленовой синькой
  - д) метод Романовского
7. Морфология бактерий зависит от:
- а) состава питательной среды
  - б) консистенции питательной среды
  - в) клеточной стенки
  - г) используемых красителей
  - д) способа фиксации препарата
8. По форме микроорганизмы подразделяются на:
- а) диплококки, стрептококки, стафилококки
  - б) бациллы, бактерии
  - в) палочки, кокки, микоплазмы
  - г) кокки, палочки, извитые
  - д) клостридии, бациллы
9. К извитым бактериям относятся:
- а) микрококки
  - б) бациллы
  - в) клостридии
  - г) спирохеты
  - д) сарцины
10. К палочковидным бактериям относятся:
- а) тетракокки
  - б) стрептококки
  - в) клостридии
  - г) микоплазмы
  - д) спириллы
11. К шаровидным бактериям относятся:

- а) бациллы
- б) сарцины
- в) бактерии
- г) вибрионы
- д) актиномицеты

12. Достоинства микроскопического метода диагностики инфекционных заболеваний:

- а) возможность ускоренной диагностики
- б) простота и доступность метода
- в) при некоторых заболеваниях имеет самостоятельное диагностическое значение
- г) позволяет выявить клинически значимое количество условно-патогенных

микроорганизмов

- д) все вышеперечисленное
13. Окраска по методу Грама зависит от:
- а) морфологии бактерий
  - б) способа получения энергии
  - в) строения цитоплазматической мембраны
  - г) состава питательной среды
  - д) состава и строения клеточной стенки

14. Метод Грама имеет диагностическое значение для:

- а) L-форм бактерий
- б) прокариот
- в) микоплазм
- г) протопластов
- д) эукариот

15. Минимальное количество микроорганизмов в исследуемом материале, выявляемое микроскопически:

- а) 10<sup>3</sup>
- б) 10<sup>4</sup>
- в) 10<sup>5</sup>
- г) 10<sup>6</sup>
- д) 10<sup>7</sup>

16. Клинически значимое количество условно-патогенных микроорганизмов:

- а) более 10
- б) 10<sup>2</sup> и более
- в) 10<sup>3</sup> и более
- г) 10<sup>4</sup> и более
- д) 10<sup>5</sup> и более

17. Ученые—основоположники физиологического периода развития микробиологии:

- а) Левенгук, Мечников;
- б) Пастер, Кох;
- в) Зильбер, Темин;
- г) Чумаков, Смородинцев.

18. Ученые—основоположник иммунологии:

- а) Мечников, Эрлих;
- б) Пастер;
- в) Зильбер, Темин;
- г) Кох.

19. Первооткрывателем микробов является:

- а) Гиппократ;
- б) Лукреций;
- в) Левенгук;
- г) Пастер.

19. Метод предохранительных прививок против оспы первым раз разработал:

- а) Л. Пастер;
- б) Э. Дженнер;
- в) А. Левенгук;
- г) Гиппократ.

20. Открытие возбудителя туберкулеза принадлежит:
- а) Р. Коху;
  - б) И.И. Мечникову;
  - в) Ф. Леффлеру;
  - г) Л. Пастеру.
21. Фагоцитарная теория иммунитета принадлежит:
- а) Д. И. Ивановскому;
  - б) Н. Ф. Гамалея;
  - в) И. И. Мечникову;
  - г) С. Н. Виноградскому.
21. Открытие сущности брожения, методов изготовления вакцин и способов профилактики куриной холеры, сибирской язвы и бешенства связано с именем ученых:
- а) Левенгук;
  - б) Мечников;
  - в) Кох;
  - г) Пастер.
22. Задачи бактериоскопического метода исследования:
- а) получить чистую культуру микроорганизмов на искусственных питательных средах;
  - б) изучить морфологию микроорганизмов с помощью микроскопа;
  - в) воспроизвести модель инфекционного процесса на лабораторных животных;
  - г) определить микробные антигены с помощью специфических иммунных сывороток.
23. Уничтожение определенных групп патогенных микроорганизмов в окружающей среде:
- а) асептика
  - б) стерилизация
  - в) дезинфекция
  - г) антисептика
  - д) пастеризация
24. Система мероприятий, предупреждающих внесение микроорганизмов из окружающей среды в ткани:
- а) дезинфекция
  - б) асептика
  - в) стерилизация
  - г) антисептика
  - д) тиндализация
25. Полное уничтожение в объекте всех микроорганизмов:
- а) асептика
  - б) антисептика
  - в) стерилизация
  - г) дезинфекция
  - д) пастеризация
26. Методы стерилизации (верно все, к р о м е):
- а) кипячение
  - б) автоклавирование
  - в) прокалывание
  - г) фильтрование через бактериальный фильтр
  - д) ионизирующее облучение
27. Для выделения чистой культуры и ее идентификации используют:
- а) бактериологический метод
  - б) биопробу
  - в) аллергический метод
  - г) серологический метод
  - д) микроскопический метод
28. Бактериологический метод разработал и ввёл в микробиологическую практику :
- а) А. ван Левенгук
  - б) Р. Кох
  - в) Л. Пастер
  - г) З.В. Ермольева

- д) И.И. Мечников
29. Бактериологический метод диагностики применяется для:
- а) обнаружения антител в сыворотке больного
  - б) выделения и идентификации бактерий-возбудителей заболеваний
  - в) выявления антигена в исследуемом материале
  - г) выделения и идентификации вирусов-возбудителей заболеваний
30. Цель бактериологического метода диагностики заболеваний:
- а) обнаружение возбудителя
  - б) определение чувствительности возбудителя к антибиотикам
  - в) получение чистой культуры, ее идентификация и определение чувствительности к антибиотикам
  - г) определение иммунного статуса
  - д) определение патогенности возбудителя
31. Исследуемый материал в бак. методе (верно все, к р о м е):
- а) мокрота
  - б) сыворотка
  - в) кровь
  - г) гной
  - д) моча
32. Цель I этапа бак. метода:
- а) получение изолированных колоний
  - б) посев исследуемого материала
  - в) микроскопия исследуемого материала
  - г) выделение и накопление чистой культуры
  - д) идентификация исследуемой культуры
33. Популяция микроорганизмов одного вида:
- а) штамм
  - б) колония
  - в) биовар
  - г) чистая культура
  - д) серовар
34. Цель II этапа бак. метода:
- а) идентификация чистой культуры
  - б) отбор изолированных колоний
  - в) накопление чистой культуры
  - г) посев исследуемого материала
  - д) определение антибиотикограммы исследуемой культуры
35. Культуральные свойства бактерий:
- а) морфология бактерий
  - б) способность воспринимать краситель
  - в) тип метаболизма
  - г) морфология колоний
  - д) интенсивность метаболизма
36. Тип метаболизма большинства клинически значимых видов микроорганизмов:
- а) окислительный
  - б) бродильный
  - в) окислительный, бродильный
  - г) индуцибельный
  - д) конститутивный
37. Потребность микроорганизмов в факторах роста:
- а) аэротолерантность
  - б) паразитизм
  - в) прототрофность
  - г) инфекционность
  - д) ауксотрофность
38. Клинически значимые виды микроорганизмов в основном:
- а) анаэробы



- б) метатрофы
- в) ауксотрофы
- г) фототрофы
- д) аутоотрофы

равильный ответ: в

39. Клинически значимые виды микроорганизмов в основном:

- а) психрофилы
- б) мезофилы
- в) термофилы
- г) анаэробы
- д) аэробы

40. По типу питания клинически значимые виды микроорганизмов:

- а) фотогетеротрофы
- б) хемоаутоотрофы
- в) фотоаутоотрофы
- г) хемогетеротрофы
- д) факультативные анаэробы

41. Чистая культура – это популяция бактерий одного:

- а) морфовара
- б) вида
- в) биовара
- г) серовара
- д) хемовара

42. Определение антибиотикограмм культур вызвано:

- а) созданием новых препаратов
- б) природной лекарственной чувствительностью
- в) природной лекарственной устойчивостью
- г) приобретением лекарственной устойчивости
- д) расширением спектра возбудителей

43. Определение антибиотикограмм культур вызвано:

- а) образованием L – форм микроорганизмов
- б) приобретением лекарственной устойчивости
- в) природной лекарственной устойчивостью
- г) возможностью аллергических реакций
- д) фармакинетикой антибиотика

44. Основной таксон прокариот:

- а) вид
- б) род
- в) семейство
- г) клон
- д) штамм

45. Вид – это популяция микроорганизмов сходных по (верно все, к р о м е):

- а) морфологии
- б) биохимической активности
- в) антигенным свойствам
- г) патогенности
- д) половому пути размножения

46. Стрептококки – это:

- а) кокки, в результате деления клеток которых образуются скопления, напоминающие грозди винограда;
- б) кокки, в результате деления которых образуются различной длины цепочки;
- в) кокки, которые делятся в водной плоскости и располагаются одиночно или беспорядочно;
- г) кокки, деление которых происходит в водной плоскости с образованием пар клеток.

46. Бактерии, деление клеток которых происходит в двух взаимно-перпендикулярных плоскостях с образованием пакетов из 8, 16, 32 числа особей называются:

- а) тетракокки;
- б) сарцины;

- в) микрококки;
  - г) стафилококки.
47. По чувствительности к антибиотикам микроорганизмы подразделяются на (верно все, кроме):
- а) чувствительные
  - б) резистентные
  - в) умеренно-резистентные
  - г) микроаэрофильные
48. Время выдачи ответа баклабораторией при проведении бактериологического исследования зависит от:
- а) времени забора материала
  - б) времени доставки материала
  - в) времени генерации выделяемого возбудителя
  - г) материальных возможностей лаборатории
  - д) профессиональной подготовки сотрудников
49. Время выдачи ответа баклабораторией при проведении бактериологического исследования для быстрорастущих микроорганизмов (время генерации 15-20 мин.)
- а) не позднее 3-х часов
  - б) 24-36 часов
  - в) 2-3 день
  - г) 3-4 день
  - д) 4-5 день
50. В ответе из бак.лаборатории при проведении бактериологического исследования в основном указывается:
- а) семейство
  - б) род
  - в) вид
  - г) штамм
  - д) клон
51. Заболевания, которые вызывают микоплазмы, на-зываются:
- а) кандидозами
  - б) микоплазмозами
  - в) актиномикозами
  - г) токсоплазмозами
52. Какое место в системе микроорганизмов занимают хламидии?
- а) прокариоты
  - б) эукариоты
  - в) вирусы
  - г) животные
53. Какое уникальное свойство не присуще вирусам:
- а) наличие белоксинтезирующих систем
  - б) внутриклеточный паразитизм
  - в) фильтруемость через бактериальные фильтры
  - г) дизъюнктивная репродукция
54. В состав какой структуры вируса входят капсомеры:
- а) нуклеокапсида
  - б) вирусного генома
  - в) капсида
  - г) суперкапсида
55. Спиральный тип симметрии капсида вирионов - это:
- а) винтообразная структура
  - б) структура в форме многогранника
  - в) линейная структура
  - г) кольцевая структура
56. Что обозначает термин «вирион»:
- а) двунитчатая кольцевая ДНК, реплицируемая клет-кой
  - б) небольшие молекулы кольцевой суперспирализованной РНК

- в) внеклеточный вирусный индивидуум
  - г) белковая инфекционная частица
57. Что обозначает термин «вирус»:
- а) двунитчатая кольцевая ДНК, реплицируемая клеткой
  - б) небольшие молекулы кольцевой суперспирализованной РНК
  - в) внеклеточный вирусный индивидуум
  - г) автономная генетическая структура, способная к репродукции
58. Термин «инфекция» происходит от латинского слова *infectio*, что в переводе означает:
- 1) яд, токсин
  - 2) смерть, гибель
  - 3) заражать, загрязнять
  - 4) освобождение от чего – либо
59. Инфекционная болезнь:
- а) проникновение в организм человека или животного микробов или вирусов
  - б) процесс, возникающий при проникновении микробов или вирусов в организм человека или животного
  - в) крайняя степень выраженности инфекционного процесса
  - г) длительное присутствие вирусов или бактерий в организме человека или животного
60. Паразитизм:
- а) сожительство, выгодное для микро - и макроорганизма
  - б) формы сожительства, при которых один сожитель микроорганизм живет за счет хозяина макроорганизма, не принося ему вреда
  - в) форма взаимоотношений, когда один организм микроб живет за счет другого хозяина и наносит ему вред
  - г) различные формы взаимоотношений между сожителями микроорганизмами и макроорганизмом.
61. Симбиоз:
- а) сожительство, выгодное для микро - и макроорганизма
  - б) формы сожительства, при которых один сожитель (микроорганизм) живет за счет хозяина (макроорганизма), не принося ему вреда
  - в) формы взаимоотношений, когда один организм (микроб) живет за счет другого(хозяина) и наносит ему вред
  - г) различные формы взаимоотношений между сожителями (микроорганизмами и макроорганизмом).
62. Сапрофиты:
- а) микроорганизмы, обитающие во внешней среде и использующие органические вещества мертвых субстратов
  - б) микроорганизмы, обитающие на поверхности или внутри другого организма – хозяина и питающиеся за его счет
  - в) микроорганизмы, способные к обитанию как в организме своего хозяина, так и во внешней среде
  - г) микроорганизмы, способные культивироваться на простых питательных средах.
63. Патогенность:
- а) потенциальная способность микроорганизма вызывать инфекционный процесс
  - б) способность микроорганизмов к обитанию в организме человека, но не животного
  - в) способность микроорганизмов к обитанию в организме человека и животного
  - г) способность микроорганизмов культивироваться только в сложных средах, содержащих человеческий белок.
64. Облигатные внутриклеточные паразиты:
- а) микроорганизмы, использующие органические вещества субстратов
  - б) микроорганизмы, способные к обитанию как в организме своего хозяина, так и во внешней среде
  - в) микроорганизмы, способные размножаться только в организме своего хозяина и утратившие способность к самостоятельному существованию во внешней среде
  - г) микроорганизмы, которые размножаются только внутри клеток хозяина.
65. Инвазивность:
- а) степень патогенности культуры (штамма, варианта)

- б) способность микробов к проникновению в ткани инфицированного организма
  - в) потенциальная способность определенных видов микробов вызывать инфекционный процесс
  - г) способность микробов выделять вещества, подавляющие защитные силы организма
66. Рецидив:
- а) повторное заражение тем же видом микроба извне, в период выздоровления
  - б) повторное заражение организма тем же видом микроба извне в период разгара заболевания
  - в) возврат болезни после клинического выздоровления без повторного заражения извне за счет оставшихся в организме возбудителей
  - г) периодическое размножение возбудителя в организме человека при отсутствии клинических проявлений болезни
67. Цель III этапа бак.метода:
- а) получение изолированных колоний
  - б) обнаружение возбудителя в исследуемом материале
  - в) идентификация чистой культуры
  - г) накопление чистой культуры
  - д) определение чистоты выделенной культуры
68. Возможные спорообразующие возбудители анаэробных инфекций в почве:
- а) энтеробактерии
  - б) вибрионы
  - в) клостридии газовой гангрены
  - г) стафилококки
  - д) бактериоиды
69. Возможные спорообразующие возбудители анаэробных инфекций в почве:
- а) кишечная палочка
  - б) сальмонеллы
  - в) клостридии столбняка
  - г) стрептококки
  - д) бактериоиды
70. Питательная среда для получения накопительной культуры анаэробов:
- а) кровяной агар Цейсслера
  - б) МПА
  - в) тиогликолевая среда (СКС)
  - г) МПБ
  - д) Шадлера
71. Питательные среды для культивирования анаэробов (верно все, к р о м е):
- а) кровяной агар Цейсслера
  - б) Китта-Тароци
  - в) тиогликолевая среда (СКС)
  - г) МПБ
  - д) Шадлера
72. Бактериологический метод разработал и ввел в микробиологическую практику:
- а) А. ван Левенгук
  - б) Р. Кох
  - в) Л. Пастер
  - г) Н.Ф. Гамалея
  - д) В.М. Аристовский
73. Микроорганизмы, развивающиеся на поверхности растений, называются:
- а) Бактериофагами
  - б) Олиготрофами
  - в) Эпифитами
  - г) актономицетами
74. Микробы, поражающие и подавляющие растения, являются:
- а) Активаторами
  - б) Ингибиторами
  - в) Фагоцитами

- г) Паразитами
75. Для количественного учета почвенных микроорганизмов используют:
- а) аппликационный метод
  - б) метод титров
  - в) метод питательных пластин в сочетании с методом последовательных разведений
  - г) метод отмыва корней
76. Для стрептококков характерны следующие морфологические свойства, кроме:
- а) расположение в мазке в виде цепочки;
  - б) диплококки;
  - в) подвижность;
  - г) грамположительность.
77. Эритрогенный токсин способен продуцировать следующий и возбудителей:
- а) гноеродный стрептококк;
  - б) золотистый стафилококк;
  - в) пневмококк;
  - г) менингококк.
78. К стрептококкам группы А относятся:
- а) *Str. pneumoniae*;
  - б) *Str. agalactiae*;
  - в) *Str. faecalis*;
  - г) *Str. pyogenes*.
79. К факторам вирулентности стрептококков относятся все, кроме:
- а) протеин М;
  - б) эритрогенный токсин;
  - в) лецитовителлаза;
  - г) гемолизины.
80. Главным фактором вирулентности пневмококков является:
- а) жгутики; б) капсула; в) гемолизин; г) плазмокоагулаза.
81. В 1983 году двумя группами исследователей во главе с Робертом Галло (США) и Люком Монтенье (Франция) был открыт вирус, который вызывает инфекцию, быстро распространяющуюся по всему земному шару. Как по рекомендации ВОЗ назван этот вирус?
- а) Вирус Эпштейна-Бара
  - б) Цитомегаловирус
  - в) Вирус иммунодефицита человека
  - г) Вирус лихорадки Эбола
  - д) Вирус лихорадки Ласса
82. У больного с клиническим диагнозом «Крупозная пневмония» в мазках из мокроты обнаружены грамположительные, ланцетовидной формы диплококки, окруженные капсулой. Какой метод был использован для подтверждения клинического диагноза?
- а) Микроскопический
  - б) Бактериологический
  - в) Серологический
  - г) Экспресс метод
  - д) Биологический
83. Из гнойного отделяемого уретры больного с подозрением на острую гонорею приготовлен мазок и окрашен по Граму. При микроскопии обнаружено большое количество кокков. Какие тинкториальные свойства увиденных микроорганизмов и особенности их расположения в препарате будут свидетельствовать в пользу предполагаемого диагноза?
- а) Грамотрицательные бобовидные диплококки, расположенные как внутри, так и вне лейкоцитов
  - б) Грамположительные диплококки, расположенные внутри и вне лейкоцитов
  - в) Грамположительные тетракокки, расположенные внутри и вне лейкоцитов
  - г) Грамотрицательные кокки, расположенные в виде цепочек
  - д) Грамположительные кокки, расположенные внутри и вне лейкоцитов
84. Эпидемия:
- а) значительное распространение какой - либо инфекционной болезни среди животных, превышающее обычный для данной местности уровень заболеваемости

- б) значительное распространение какой - либо инфекционной болезни среди людей, превышающее обычный для данной местности уровень заболеваемости
- в) распространение какой - либо инфекционной болезни среди людей на целые страны и материи
- г) длительное сохранение инфекционной болезни в какой - либо местности
85. Пандемия:
- а) отдельные заболевания, наблюдаемые в данной местности на протяжении определенного отрезка времени
- б) длительное сохранение инфекционной болезни в какой - либо местности;
- в) значительное распространение какой - либо инфекционной болезни среди людей, превышающее обычный для данной местности уровень заболеваемости
- г) массовые инфекционные заболевания, распространяющиеся на несколько стран и континентов
86. Период реконвалесценции:
- а) промежуток времени с момента проникновения микроба до появления первых признаков заболевания
- б) период развития неспецифических предвестников болезни ( недомогание, потеря аппетита, слабость, иногда субфебрильная температура)
- в) период основных проявлений болезни, обычно специфичных для каждого заболевания
- г) период угасания болезненных явлений и восстановление нормальных физиологических функций организма
87. Клинический период:
- а) промежуток времени с момента проникновения микроба до угасания болезненных явлений и восстановления нормальных физиологических функций организма
- б) период развития неспецифических проявлений болезни недомогание, потеря аппетита, слабость, и иногда субфебрильная температура
- в) период основных проявлений болезни, обычно специфических для каждого заболевания
- г) период угасания болезненных явлений
88. Вакцинация АКДС проводится:
- в 3 мес., 4 мес., 5 мес. Ревакцинация в 18 мес., 6 лет, 11 лет, 16 лет и в последующие 10 лет от последней ревакцинации до 66 лет включительно;
- б) в 3 мес., 5 мес. и 6 мес. Ревакцинация в 18 мес., 6 лет, 16 лет и в последующем каждые 10 лет;
- в) на 3–4 день. Ревакцинация в 7 лет;
- г) на 1-й день, 1 мес., 5 мес. Ревакцинация в 13 лет.
89. Не является дифференциально-диагностической средой для *C.diphtheriae*
- а) среда Тинсдаля-Садыковой;
- б) среда Клауберга;
- в) среда Пизу;
- г) среда Бучина.
89. Бактерии семейства *Enterobacteriaceae* обладают следующими свойствами:
- а) образуют споры;
- б) облигатные анаэробы;
- в) грамотрицательные палочки;
- г) имеют зерна валютина.
90. На первом этапе бактериологического исследования при инфекциях, вызванных представителями семейства кишечных бактерий, посев испражнений производится на среды:
- а) МПА;
- б) Клиглера;
- в) пептонную воду;
- г) лактозосодержащие дифференциально-диагностические среды.
91. Бактерии рода *Salmonella* обладают следующими свойствами:
- а) продуцируют  $H_2S$ ;
- б) лактозоположительны;
- в) неподвижны;
- г) грамположительны.
92. Укажите какой метод используется для диагностики брюшного тифа.

- а) бактериоскопический;
  - б) бактериологический;
  - в) биологический;
  - г) аллергодиагностика.
93. Укажите, какой материал используют для бактериологического исследования на 1-й неделе заболевания брюшным тифом.
- а) моча;
  - б) испражнения;
  - в) сыворотка;
  - г) кровь.
94. Реакции, используемые для серологического метода диагностики брюшного тифа:
- а) реакция преципитации;
  - б) реакция Кумбса;
  - в) развернутая реакция агглютинации.
95. Для выделения возбудителя сальмонеллеза используют:
- а) желточно-солевой агар;
  - б) висмут-сульфитный агар;
  - в) МПА;
  - г) щелочная пептонная вода.
96. Свойства бактерий рода *Escherichia*:
- а) грамположительны;
  - б) лактозоположительны;
  - в) образуют споры;
  - г) продуцируют H<sub>2</sub>S.
97. Диареегенные кишечные палочки:
- а) не отличаются по антигенной структуре;
  - б) лактозоположительны;
  - в) грамположительны;
  - г) не имеют плазм и патогенности.
98. Укажите, по каким свойствам отличаются диареегенные и условно-патогенные кишечные палочки.
- а) психрофильность;
  - б) способность утилизировать лактозу;
  - в) способность продуцировать H<sub>2</sub>S;
  - г) антигенная структура.
99. Для выделения возбудителя колиэнтерита используют:
- а) желчный бульон;
  - б) Эндо;
  - в) висмут-сульфитный агар;
  - г) сахарный МПА.
100. Бактерии *Shigella flexneri* обладают следующими свойствами:
- а) образуют споры;
  - б) лактозоотрицательны;
  - в) обладают H-антигеном;
  - г) продуцируют H<sub>2</sub>S.
101. Материал для бактериологического исследования при шигеллезе:
- а) кровь;
  - б) сыворотка;
  - в) моча;
  - г) испражнения.
102. Антибиотикотерапия коклюша эффективна:
- а) во время катаральной стадии заболевания;
  - б) во время пароксизмальной стадии заболевания;
  - в) в продромальный период заболевания;
  - г) на всех стадиях заболевания.
103. Форма чумы, источником инфекции при которой является только человек:
- а) бубонная;

- б) кишечная;
  - в) кожно-бубонная;
  - г) легочная.
104. Членистоногие—переносчики чумы:
- а) клещи;
  - б) клопы;
  - в) вши;
  - г) блохи.
105. Бактерии—возбудители зоонозных инфекций, образующие споры:
- а) иерсинии;
  - б) франциселлы;
  - в) бруцеллы;
  - г) сибиреязвенные бациллы.
106. Аллерген для постановки кожно-аллергической пробы при сибирской язве:
- а) бруцеллин;
  - б) антраксин;
  - в) тулярин;
  - г) пестин.
107. Вакцина, применяемая для профилактики чумы:
- а) живая корпускулярная Эльберта-Гайского;
  - б) EV живая;
  - в) живая корпускулярная ВА-19А;
  - г) СТИ.
108. Бактерии, образующие колонии вирулентных форм в виде «львиной гривы»:
- а) иерсинии;
  - б) франциселлы;
  - в) бруцеллы;
  - г) сибиреязвенные бациллы.
109. Тест «жемчужного ожерелья» применяют для идентификации:
- а) сибиреязвенных бацилл;
  - б) иерсиний;
  - в) франциселл;
  - г) бруцелл.
110. Для плановой профилактики столбняка применяют:
- а) противостолбнячный иммуноглобулин;
  - б) столбнячный анатоксин;
  - в) антитоксическая сыворотка;
  - г) все перечисленное верно.
111. Иммунитет после иммунизации столбнячным анатоксином:
- а) антибактериальный;
  - б) местный;
  - в) антитоксический;
  - г) не формируется.
112. Потребность микроорганизмов в факторах роста:
- а) аэротолерантность
  - б) паразитизм
  - в) прототрофность
  - г) инфекционность
  - д) ауксотрофность
113. Клинически значимые виды микроорганизмов в основном:
- а) анаэробы
  - б) метатрофы
  - в) ауксотрофы
  - г) фототрофы
  - д) аутоотрофы
- равильный ответ: в
114. Клинически значимые виды микроорганизмов в основном:



- а) психрофилы
- б) мезофилы
- в) термофилы
- г) анаэробы
- д) аэробы

115. По типу питания клинически значимые виды микроорганизмов:

- а) фотогетеротрофы
- б) хемоаутоотрофы
- в) фотоаутоотрофы
- г) хемогетеротрофы
- д) факультативные анаэробы

116. Обязательные структуры бактериальной клетки (верно все, к р о м е):

- а) рибосомы
- б) цитоплазма
- в) жгутики
- г) ЦПМ
- д) нуклеоид

117. Клеточной стенки не имеют:

- а) актиномицеты
- б) микоплазмы
- в) риккетсии
- г) бациллы
- д) хламидии

118. Назовите метод окраски туберкулёзных палочек:\*

- а) Ожешко
- б) Нейссера
- в) Бурри-Гинса
- г) Циль-Нильсена
- д) Леффлера

119. Для клеточной стенки грамположительных бактерий верно все, к р о м е:

- а) чувствительна к лизоциму
- б) чувствительна к пенициллину
- в) содержит до 90% пептидогликана
- г) содержит тейхоевые кислоты
- д) содержит ЛПС

120. Капсула бактерий:

- а) органоид движения
- б) обязательная структура
- в) внехромосомный генетический элемент
- г) фактор вирулентности
- д) обладает свойствами экзотоксина

121. Жгутики бактерий:

- а) участвуют в передаче генетического материала
- б) состоят из белка флагеллина
- в) характерны, в основном, для грамположительных бактерий
- г) обязательная структура клетки
- д) участвуют в спорообразовании

122. По расположению жгутиков различают бактерии (верно все, к р о м е):

- а) монотрихи
- б) лофотрихи
- в) амфитрихи
- г) перетрихи
- д) подвижные

123. Споры бактерий:

- а) способ размножения
- б) внехромосомные факторы наследственности
- в) покоящиеся репродуктивные клетки

- г) эквивалент ядра у бактерий
- д) образуются в процессе деления клетки

124. Острая инфекция характеризуется длительностью течения:

- а) до 3-х месяцев
- б) до 6- месяцев
- в) до 1 года
- г) до нескольких лет

125. Хроническая инфекция характеризуется длительностью течения:

- а) более 2 – х недель
- б) более 1-го месяца
- в) более 3- х месяцев
- г) более 1-го года

126. Бактерии по типу дыхания подразделяются на:

- а) олиготрофы и сапрофиты
- б) анаэрофобы и анаэрофаги
- в) аэрофобы и анаэрофобы
- г) аэробы и анаэробы

127. К физическим средствам дезинфекции относятся:

- а) соли тяжелых металлов
- б) термофильные микробы
- в) гамма лучи и ультразвук
- г) патогенные грибы

128. Интерферон оказывает действие на:

- а) микробы
- б) вирусы
- в) грибы
- г) риккетсии

129. иммуноглобулины относят :

- а) к антибиотикам;
- б) к вакцинам;
- в) к сывороточным препаратам,
- г) к фагам.

130. Пораженные вирусом клетки уничтожают:

- а) интерферон;
- б) Т-хелперы;
- в) антитела;
- г) клетки(CD8).

131. В окрашенном препарате Вы увидели микроорганизмы шарообразной формы, расположенные в виде неправильных скоплений, напоминающих виноградную гроздь. Как называются микроорганизмы, имеющие такую форму и такой характер расположения в мазках?

- а) Стрептококки
- б) Тетракокки
- в) Сарцины
- г) Стафилококки
- д) Пневмококки

132. При микроскопии окрашенных по Граму - мазков обнаружены фиолетового цвета палочки, расположенные цепочкой и кокки, расположенные парами. Какие по морфологическим признакам микроорганизмы обнаружены в препарате?

- а) Палочки и спиросеты
- б) Стрептобациллы и диплококки
- в) Стрептококки и вибрионы
- г) Палочки и стрептобациллы
- д) Стрептобациллы и стафилококки

133. При первичном посеве воды на 1% пептонную воду через 6 часов на поверхности среды обнаружен рост: нежная пленка. Для возбудителя какого заболевания характерны такие культуральные свойства?

- а) чумы

- б) туберкулеза
- в) холеры
- г) дизентерии
- д) колиэнтеритов

134. Для идентификации выделенной чистой культуры использован углеводный ряд Гисса и по изменению цвета в пробирках с некоторыми углеводами установлен вид возбудителя. Какие свойства микробов изучались в этом случае?

- а) Биологические
- б) Биохимические
- в) Культуральные
- г) Морфологические
- д) Тинкториальные

135. Укажите, что представляет собой вакцина БЦЖ, используемая для иммунопрофилактики туберкулеза.

- а) убитая культура *M.tuberculosis*;
- б) ослабленная культура *M.tuberculosis*;
- в) убитая культура *M.bovis*;
- г) ослабленная культура *M.bovis*.

136. Метод окраски для обнаружения возбудителя туберкулеза:

- а) по Граму;
- б) по Цилю-Нельсону;
- в) по Романовскому-Гимзе

137. Основной путь передачи туберкулеза:

- а) водный;
- б) воздушно-капельный;
- в) алиментарный;
- г) контактный.

138. Спорообразующие анаэробные являются возбудителями:

- а) ботулизма;
- б) газовой гангрены;
- в) столбняка;
- г) все ответы верны.

139. Возбудитель сифилиса:

- а) *Treponema pallidum*;
- б) *Borrelia recurrentis*;
- в) *Borrelia persica*;
- г) *Leptospira interrogans*.

140. Источником инфекции при вирусном гепатите А не является:

- а) больной в период инкубации;
- б) бессимптомный вирусоноситель;
- в) больной с безжелтушной формой;
- г) животные.

141. Семейство ДНК-содержащих вирусов, представители которого способны вызывать ОРВИ:

- а) Picornaviridae;
- б) Rhabdoviridae;
- в) Hepadnaviridae;
- г) Adenoviridae.

142. Метод, позволяющий определить минимальную концентрацию антибиотика, подавляющего рост исследуемой культуры бактерий:

- а) метод диффузии в агар
- б) метод дисков
- в) метод серийных разведений
- г) антибиотикограмма

143. В детском санатории несколько детей заболели брюшным тифом и были госпитализированы в инфекционное отделение. Всем контактным детям, назначен брюшнотифозный бактериофаг. С какой целью назначен брюшнотифозный бактериофаг детям,

контактировавшим с больными?

- а) С целью профилактики брюшного тифа
- б) С целью лечения скрытых форм брюшного тифа
- в) С целью диагностики возможного инфицирования брюшным тифом
- г) Для проверки заражения брюшным тифом

144. В хирургическом стационаре участились случаи гнойных послеоперационных осложнений стафилококковой природы. Каким исследованием можно определить источник стафилококковой инфекции в стационаре?

- а) Определение биоваров
- б) Определение гемотоксинов
- в) Определение ферментов агрессии
- г) Определение фаговаров
- д) Определение антибиотикочувствительности

145. В хирургическом отделении зарегистрирована вспышка стафилококковой инфекции у больных, вызванная патогенным стафилококком. При обследовании персонала этого отделения из зева операционной сестры выделен патогенный стафилококк. Какой метод идентификации стафилококка был использован в этом отделении для выявления источника инфекции?

- а) Реакция агглютинации
- б) Реакция преципитации
- в) Оценка токсичности
- г) Фаготипирование выделенных культур
- д) Реакция нейтрализации

146. В результате поражения бактерий умеренным фагом происходит включение ДНК вируса в бактериальную хромосому и бактерия приобретает новый набор генов. Как называется такой феномен?

- а) Бактериофагия
- б) Лизогения
- в) Мутация
- г) Шизогония
- д) Бактериоциногения

147. Больной страдает дисфункцией кишечника. Врач высказал предположение о том, что у больного – дисбактериоз. Какие факторы могут способствовать развитию дисбактериоза кишечника?

- а) Не рациональное питание
- б) Авитаминоз
- в) Длительная интенсивная антибиотикотерапия, иммуносупрессивная терапия
- г) Острые кишечные инфекции
- д) Острые вирусные инфекции

148. Среди студентов возникли случаи заболеваний, диагностируемых как аденовирусная инфекция. При эпидемиологическом обследовании заболевших было установлено, что все они посещают плавательный бассейн, вода которого обеззараживается недостаточно. При лабораторном обследовании заболевших были выделены аденовирусы. Каким образом были выделены аденовирусы?

- а) Заражением культуры ткани
- б) Заражением лабораторных животных
- в) Путём посева материала на дифференциально-диагностические среды
- г) Путём посева материала на специальные питательные среды
- д) Заражением куриных эмбрионов

149. Содержание микроорганизмов в воздухе родзалов строго регламентировано. Какие бактериологические показатели допустимы для воздуха родильных залов, при поступлении рожениц и приёме родов?

- а) Стафилококков меньше 10 в 1м<sup>3</sup>
- б) Микробное число 1500, патогенных стафилококков, стрептококков не должно быть
- в) Микробное число 500
- г) Патогенных стафилококков, стрептококков до 16 суммарно в 1м<sup>3</sup>
- д) Стрептококков не должно быть

150. В закрытых помещениях существуют основные источники бактериального и вирусного

загрязнения среды. Кто является основным источником загрязнения воздушной среды закрытых помещений: (выберите наиболее правильный ответ)?

- а) Промышленные предприятия по производству бакпрепаратов
- б) Больной человек, вирусоноситель, животные
- в) Крупный рогатый скот
- г) Животные
- д) Птицы

### 3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения

Компетенция и ее содержимое		Наименование оценочного средства
<b>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)</b>		Тесты 1-50 Реферат 1-26 Задача 1-20
Зн.У.1.1	Методы критического анализа, синтеза	
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.1.1	Анализировать альтернативные варианты принимаемых решений в профессиональной деятельности.	
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.1.1	Навыки анализа синтеза в профессиональной деятельности.	
Н.У.1.2	Анализ информации, полученной от пациентов (их законных представителей)	
Н.У.1.3	Интерпретация результатов осмотра пациентов	
<b>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)</b>		Тесты 51-100 Реферат 1,7,8,9,13, 14,15, 16,17,26 Задача 1-20
Зн.1.1	Основы здорового образа жизни, методы его формирования	
Зн.1.2	Диагностика и причины возникновения заболеваний	
Зн.1.3	Факторы среды обитания и их воздействие на здоровье человека	
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.1.1	Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения потребления и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ	

У.1.2	Производить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы	
Н.1.1	Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ	
Н.1.2	Пропаганда здорового образа жизни, профилактика заболеваний	
Н.1.3	Контроль за выполнением профилактических мероприятий	
<b>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5)</b>		Тесты 101-150 Реферат 10,11,12,21,22 Задача 1-20
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.5.5	Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах	
Зн.5.12	Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей)	
Зн.5.13	Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	
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.5.4	Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях	
У.5.11	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.5.13	Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы	
У.5.15	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания 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.5.4	Интерпретация и анализ результатов инструментальных и лабораторных исследований пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы	
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.5.8	Обеспечение безопасности диагностических манипуляций	
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.5.14	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	

#### 4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Медицинская микробиология. Ее значение в практической деятельности врача.
2. Основные методы исследования морфологии бактерий. Микроскопия. Правиламикроскопии.
3. Основные принципы культивирования бактерий. Факторы, влияющие на их рост и размножение. Питательные среды и их классификация
4. Влияние на микробы физических, химических и биологических факторов. Методы стерилизации и дезинфекции.
5. Инфекция и инфекционный процесс. Основные факторы, обуславливающие возникновение инфекционной болезни.
6. Роль микроорганизмов в возникновении и развитии инфекционных заболеваний
7. Антибиотики. Классификация. Единицы измерения активности антибиотиков. Механизмы действия антибактериальных препаратов на микробы.
8. Основные группы антимикробных химиопрепаратов, применяемых в терапии и профилактике инфекционных болезней.
9. Антибиотики. Классификация. Единицы измерения активности антибиотиков. Механизмы действия антибактериальных препаратов на микробы.
10. Методы определения чувствительности микробов к антибиотикам и другим антимикробным веществам.
11. Осложнения при антибиотикотерапии. Дисбиоз. Специфическая профилактика дисбиозов. Эубиотики.
12. Типы вакцин, их получение. Адьюванты. Вакцинопрофилактика. Вакциноterapia. Анатоксины и их применение.
13. Сыворотки, иммуноглобулины. Антитоксины. Применение антитоксических сывороток в медицине.
14. Механизмы, обеспечивающие формирование резистентности микробов к лекарственным препаратам. Пути преодоления.
15. Стафилококки и их свойства. Классификация. Заболевания, вызываемые стафилококками. Микробиологическая диагностика. Препараты, применяемые для лечения и профилактики стафилококковых инфекций.
16. Стрептококки, основные свойства, классификация. Заболевания, вызываемые стрептококками. Этиология и патогенез скарлатины. Микробиологическая диагностика. Иммуитет. Лечебные препараты, применяемые для лечения стрептококковых инфекций. Роль стрептококков при ревматизме.
17. Менингококки, классификация, основные свойства. Патогенез менингококковой инфекции, микробиологическая диагностика. Иммуитет. Лечебные препараты, профилактика.
18. Гонококки, их свойства. Микробиологическая диагностика гонореи и бленнореи. Лечебные препараты, профилактика.
19. Возбудители брюшного тифа и паратифов. Патогенез заболевания, иммуитет. Микробиологическая диагностика, выявление носителей. Специфическая профилактика, лечебные препараты.
20. Сальмонеллы – возбудители острых гастроэнтеритов. Классификация. Методы микробиологической диагностики сальмонеллезов
21. Характеристика и классификации шигелл. Патогенез дизентерии, иммуитет. Микробиологическая диагностика, специфическая профилактика, лечение.
22. Возбудители холеры, классификация. Патогенез холеры, иммуитет. Микробиологическая диагностика. Лечебные препараты, специфическая профилактика.
23. Роль кишечной палочки в норме. Энтеропатогенные эшерихии и заболевания, вызываемые ими. Микробиологическая диагностика эшерихиозов. Лечебные препараты, специфическая профилактика.



24. Хеликобактер: классификация, свойства, патогенез, микробиологическая диагностика, лечение и профилактика заболеваний.
25. Возбудители коклюша и паракоклюша. Патогенез. Микробиологическая диагностика и специфическая профилактика.
26. Возбудитель сибирской язвы. Заболевание у человека, иммунитет. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и терапия.
27. Бруцеллы и вызываемые ими заболевания. Микробиологическая диагностика. Иммунитет. Лечебные препараты, специфическая профилактика.
28. Этиология туляремии, иммунитет, микробиологическая диагностика, лечебные препараты, специфическая профилактика.
29. Микобактерии туберкулез и возбудители микобактериозов, их классификация. Патогенез заболеваний, иммунитет. Микробиологическая диагностика, специфическая профилактика туберкулеза. Лечебные препараты.
30. Микоплазмы. Хламидиозы. Характеристика и классификация. Патогенез заболеваний у человека. Микробиологическая диагностика, лечебные препараты, профилактика.
31. Вирус герпеса. Простой и рецидивирующий герпес. Лечебные и профилактические препараты.
32. Вирус ветряной оспы и опоясывающего герпеса, цитомегалии. Патогенез заболевания, иммунитет, микробиологическая диагностика. Лечебные и профилактические препараты.
33. Вирусы гепатита А, В, С, Д, Е. Механизмы заражения, иммунитет. Микробиологическая диагностика, специфическая профилактика.
34. Вирусы гриппа, классификация, изменчивость вирусов гриппа, патогенез заболевания, иммунитет, микробиологическая диагностика, специфическая терапия и профилактика.
35. Вирус иммунодефицита человека: строение, свойства, патогенез, микробиологическая диагностика, проблемы лечения и специфической профилактики.
36. Понятие об эпидемическом процессе.
37. Роль нормальной микрофлоры для жизнедеятельности и здоровья человека: защита организма от патогенных микробов, стимуляция иммунной системы, участие в метаболических процессах и поддержании их баланса.

## 5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

### Основная литература

1. Хаитов Р.М., Иммуногеномика и генодиагностика человека [Электронный ресурс] / Р.М. Хаитов, Л.П. Алексеев, Д.Ю. Трофимов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-4139-8 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441398.html>
2. Хаитов Р.М., Иммуногеномика и генодиагностика человека [Электронный ресурс] / Р.М. Хаитов, Л.П. Алексеев, Д.Ю. Трофимов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-4139-8 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441398.html>
3. Джаксон М.Б. Молекулярная и клеточная биофизика.-М.:БИНОМ,2019
4. Саруханова Л.Е., Волина Е.Г., Яшина Н.В ОБЩАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ, ВИРУСОЛОГИЯ И ПРИКЛАДНАЯ ИММУНОЛОГИЯ.-Москва, 2019 Режим доступа: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_40352951\\_14546639.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_40352951_14546639.pdf)

### Дополнительная литература

1. Москвитина Е.Н., Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс] / Екатерина Николаевна Москвитина, Любовь Валерьевна Федорова, Татьяна Анатольевна Мукомолова, Василий Викторович Ширяев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-4197-8 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>
2. Маннапова Р.Т., Микробиология и иммунология. Практикум [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р. Т. Маннапова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-2750-7 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427507.html>
3. Хаитов Р.М., Иммунотерапия [Электронный ресурс] / Под редакцией Р.М. Хаитова, Р.И. Атауллаханова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-2692-0 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>
4. Маннапова Р.Т., Микробиология и иммунология. Практикум.-М.:ГЭОТАР,2008

### Периодические издания

1. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины
2. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия

### 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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>



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 » 2021 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ** **Б1.В.06 ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ И** **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ**

краткое наименование дисциплины: Эндопротез.и эндоскоп.хирургия

Специальность: 31.08. 66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.

## Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения	25
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	35
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	36

## 1. Место дисциплины в структуре образовательной программы:

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

**Цель дисциплины:** приобретение теоретических знаний, овладение практическими навыками в вопросах лечения больных методом эндопротезирования при травмах, последствиях травм, врожденных и приобретенных заболеваний крупных суставов, знакомство и практическое освоение методик эндопротезирования.

### **Задачи дисциплины:**

1. Изучение принципов постановки диагноза, проведения дифференциальной диагностики.
2. Овладение диагностическим алгоритмом, определением показания к эндопротезированию суставов;
3. Освоение принципов этапности лечения больных с патологией суставов и современных методов эндопротезирования суставов.
4. Изучение принципов пред-и послеоперационного ведения больных с патологией суставов.

### **Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:**

Профессиональные компетенции:

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-6).

## 1. Объем и содержание дисциплины

Для освоения программы по данной дисциплине предполагается **3 з.е.** Изучение дисциплины осуществляется на 1 курсе. Форма контроля: зачет.

Трудоемкость дисциплины – 108 часов, в том числе:

**Практические занятия** – 10 часов;

**Самостоятельная работа** – 98 часов.

### **Темы занятий:**

1. Основы эндопротезирования. Эндоскопическая хирургия суставов. Лечебно-диагностическая артроскопия. Показания к проведению в зависимости от патологии сустава – 4 часа.
2. Современные возможности эндопротезирования суставов верхней конечности. Современные возможности эндопротезирования плечевого сустава. Современные возможности эндопротезирования коленного сустава. – 4 часа
3. Современные возможности эндопротезирования тазобедренного сустава. Осложнения при эндопротезировании – 2 часа.

### **Самостоятельная работа:**

Вопросы для самостоятельного изучения:

- Особенности эндопротезирования при некоторых заболеваниях.
- Ревизионное эндопротезирование.
- Эндопротезирование других суставов.
- Общие принципы подготовки и планирования операции эндопротезирования
- Принципы ведения больных после операций эндопротезирования
- Оценка функции оперированного сустава

## Оценочные материалы

### Рефераты:

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

### Ситуационные задачи:

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

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

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

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

**Задача 3.** Мужчина 24 года. 2 года назад во время игры в футбол получил удар в область правого коленного сустава. К врачу не обращался, хотя со слов больного, отмечалась выраженная припухлость в области коленного сустава, которая исчезла через 10-12 дней. С тех пор периодически беспокоят боли в области коленного сустава. В настоящее время боли усилились, отмечает отчетливое усиление болей при схождении с лестницы. Дважды за последние 3 месяца отмечал невозможность разогнуть согнутую в коленном суставе ногу, что сопровождалось усилением болей. На момент осмотра – движения в коленном суставе почти в полном объеме, однако полное разгибание незначительно ограничено. Отмечается положительный симптом Байкова.

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

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

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

**Задача 5.** Больной 45 лет обратился с жалобами на боль в левом коленном суставе и невозможность полного разгибания голени. Полгода назад была травма сустава во время

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

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

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

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

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

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

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

1. Ваш предположительный диагноз?
2. В чем заключаются перечисленные выше симптомы повреждения коленного сустава?
3. Знаете ли вы какие-либо еще симптомы характерные для этого повреждения?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы и возможны?
5. Какова лечебная тактика?

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

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План общей медикаментозной терапии заболевания?

3. Местная терапия заболевания?
4. Прогноз заболевания?
5. Какие методы оперативного лечения возможны в случае прогрессирования заболевания?

**Задача 10.**

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Как называется симптом избыточного смещения голени кпереди?



3. Для повреждения какого внутрисуставного образования он характерен?

4. Ваша дальнейшая лечебная тактика.

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

1. Установите диагноз

2. Какое лечение порекомендуете больному?

3. С помощью какого прибора можно его осуществить?

**Задача 15.**

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

1. Какая патология коленного сустава у данного пациента?

2. Будете лечить больного консервативно или предпримете оперативное лечение?

3. Какой способ оперативного лечения является предпочтительным?

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

1. Установите диагноз.

2. Нуждается ли больной в оперативном лечении?

3. Составьте план лечебных мероприятий.

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

1. Показано ли данной больной хирургическое лечение?

2. Если да, то какому методу операции следует отдать предпочтение?

3. Сроки нагрузки на конечность.

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

1. О каком характере перелома следует думать у данного больного?

2. Какой дополнительный метод исследования целесообразно произвести?

3. Какой способ лечения показан данному пациенту?

**Задача 19.** Рабочий К., 29 лет, упал с 5 метровой высоты на расположенные внизу железобетонные балки. На месте травмы медпомощь оказана фельдшером - наложена асептическая повязка на рану левого плеча и транспортная иммобилизация левой верхней конечности. Доставлен

на травмпункт машиной скорой помощи. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная. Жалуется на общую слабость, боли области левого плеча. После снятия повязки: рваная рана в средней трети левого плеча размером 6,5 на 4 см. Кровотечение незначительное. В ране видны пропитанные кровью мышцы и участок кости. При движении в плечевом суставе отмечается патологическая подвижность на уровне раны. Нервно-сосудистых расстройств на левой верхней конечности нет. Пульс 90 ударов в мин., артериальное давление 105/70 мм рт. столба.

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

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

Вопросы:

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

**Тестовые задания:**

1. 1-2 ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ  
А EPB, APL – ECRL, ECRB  
Б EPL, ECRB – EDC  
В EDq – ECU  
Г EDC – EDq
2. ТРЕХГРАННО-КРЮЧКОВИДНОЙ ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ  
А EDq – ECU  
Б ECRB-EDC  
В EDC-EDq  
Г EPB-ECRL
3. -5 ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ  
А EDC-EDq  
Б EPL, ECRB-EDC  
В EPL-ECRL  
Г EDq-ECU
4. 3-4 ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ  
А EPL-ECRL  
Б EDq-ECU  
В EPL, ECRB,-EDC  
Г EDC-EDq
5. СРЕДНЕЗАПЯСТНЫЙ ЛУЧЕВОЙ ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ  
А EDq- ECU  
Б ECRB- EDC  
В EPB- ECRL  
Г EDC- EDq
6. 6R ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ

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

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

- А 2
- Б 14
- В 21
- Г 7

8. САМЫМ ЧАСТЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РЕВЕРСИВНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

- А парез подмышечного нерва
- Б асептическая нестабильность гленоидального компонента
- В парапротезная инфекция
- Г вывих

9. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ В ЧАСАХ

- А 122
- Б 72
- В 94
- Г 24

10. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

11. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА С ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ УРОВЕНЬ

- А Креатинина
- Б Глюкозы
- В Альбумина
- Г Общего белка

12. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

- А Имплантации антимикробного спейсера
- Б Сохранение эндопротеза
- В Проточно-промывном дренировании
- Г Длительной антибактериальной терапии

13. ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- А Ортезное сопровождение, лекарственную поддержку бисфосфонатами, превентивное интрамедуллярное телескопическое армирование
- Б Антигравитационное экзоскелетирование
- В Ампутацию с адекватным протезированием
- Г Эндопротезирование суставов

14. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА В ЗАПЯСТНО-ПЯСТНЫХ СУСТАВАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В \_\_ СРОКОМ НА 4-5 НЕДЕЛЬ:

- А среднефизиологическом положении кисти
- Б положении ладонного сгибания и лучевой девиации кисти
- В положении тыльного сгибания кисти под углом 50°
- Г положении ладонного сгибания кисти под углом 50°

15. ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ \_\_ НЕРВА:

- А локтевого
- Б лучевого
- В срединного
- Г подмышечного

16. ВСЕМ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ УЗИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:

- А однократно
- Б дважды
- В каждый месяц
- Г один раз в три месяца

17. БОКОВАЯ ПУНКЦИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

- А между внутренним надмыщелком и локтевым отростком
- Б между наружным надмыщелком и головкой лучевой кости при согнутом под прямым углом верхней конечности
- В книзу от наружного надмыщелка и кнаружи от локтевого отростка
- Г над верхушкой венечного отростка при разогнутой верхней конечности

18. РИСК РАЗВИТИЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ВЫШЕ У ПАЦИЕНТОВ С

- А гнойным гонитом в анамнезе
- Б варусной деформацией коленного сустава
- В повреждением менисков в анамнезе

наличием кисты Бейкера

19. РАСШИРЕНИЕ СУСТАВА КРЮВЕЛЬЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А транслигаментозного вывиха атланта
- Б трансдентального вывиха атланта
- В «перелома палача»
- Г «перелома землекопа»

20. АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНЫЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А блоковидным
- Б эллиптическим
- В плоским
- Г седловидным

21. МНОЖЕСТВЕННЫЕ КОНТРАКТУРЫ КРУПНЫХ И МЕЛКИХ СУСТАВОВ И ВЫРАЖЕННАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А детского церебрального паралича
- Б фиброзной дисплазии
- В нейрофиброматоза
- Г артрогрипоза

22. ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНЫЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А плоским
- Б эллиптическим
- В седловидным
- Г блоковидным

23. ПРИ МНОГООСКОЛЬЧАТОМ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- А старше 60 лет
- Б 30-39
- В 40-49
- Г 50-59

24. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА 3 СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 65 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- А артролиз
- Б артродез
- В хондропластика
- Г эндопротезирование

25. СТРЕСС-ШИЛДИНГ СИНДРОМ, КАК НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ, МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ \_\_\_ СУСТАВА
- А плечевого
  - Б тазобедренного
  - В голеностопного
  - Г I плюснефалангового
26. СГИБАНИЕ В ЛОКТЕОМ СУСТАВЕ В НОРМЕ ВОЗМОЖНО ДО УГЛА
- А 45-50
  - Б 25-30
  - В 40-45
  - Г 10-15
27. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА НАДАЦЕТАБУЛЯРНОГО МАССИВА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ
- А костная аутопластика
  - Б аугментация пористым металлом
  - В использование реконструктивного кольца
  - Г пластика аллокостью
28. ПЕРЕДНЯЯ ПУНКЦИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ
- А книзу от заднего края верхушки акромиального отростка лопатки между задним краем дельтовидной мышцы и нижним краем надостной мышцы
  - Б между клювовидным отростком лопатки и акромиальным концом ключицы
  - В между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плечевой кости
  - Г между большим бугорком плечевой кости и клювовидным отростком лопатки
29. ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_ НЕРВА
- А срединного
  - Б локтевого
  - В подмышечного
  - Г лучевого
30. АРТРОТОМИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНА В ПРОЕКЦИИ \_\_\_\_\_ БОРОЗДЫ
- А задней медиальной
  - Б задней латеральной
  - В передней латеральной
  - Г передней медиальной
31. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ
- А ахондроплазии
  - Б фиброзной дисплазии
  - В миелодисплазии
  - Г нейрофиброматоза
32. АМПЛИТУДА ПРИВЕДЕНИЯ В ЛУЧЕЗАПЯСТНОМ СУСТАВЕ МАКСИМАЛЬНА ПРИ
- А супинации
  - Б тыльной флексии
  - В пронации
  - Г ладонной флексии
33. ПОД OFFSET ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОНИМАЮТ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ
- А большим вертелом и верхней передней остью
  - Б центром ротации головки бедра и осью бедренной кости
  - В Малым вертелом и седалищным бугром
  - Г вертелами бедра
34. ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТ ПРИ
- А вмешательствах по поводу деформаций стопы
  - Б эндопротезирование тазобедренного, коленного и голеностопного суставов

- В Операциях на мягких тканях нижних конечностей с последующей иммобилизации  
Г эндоскопических операциях на суставах нижних конечностей
35. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
- А дарсонвализация
  - Б парафинотерапия
  - В Магнитотерпия
  - Г грязелечение
36. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ TSUKAYAMA (1996) К III ТИПУ ОТНОСЯТ \_\_\_ ИНФЕКЦИЮ
- А положительную интраоперационную
  - Б острую послеоперационную
  - В острую гематогенную
  - Г позднюю хроническую
37. ПЕРИПРОТЕЗНЫЙ ПЕРЕЛОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ТИПА «С» ПО ВАНКУВЕРСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЛЕЧИТСЯ
- А с использованием бедренных компонентов дистальной фиксации
  - Б при помощи серкляжного шва
  - В при помощи остеосинтеза пластиной с винтами
  - Г с использованием импакционной костной пластики
38. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА 3 СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 65 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ
- А артролиз
  - Б эндопротезирование
  - В хондропластика
  - Г артродез
39. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ПО ТЕХНОЛОГИИ ПОПКОВЫХ ЛЕЖИТ
- А максимальная резекция диспластической костной ткани
  - Б увеличение распространённости сосудистой сети и массы костной ткани как со стороны периоста, так и со стороны эндостальной поверхности (интрамедулярного канала)
  - В иссечение гемартроматозной фиброзной ткани периоста
  - Г трансплантация аллокости
40. КОЛЕННЫЙ СУСТАВ ПО ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- А блоковым
  - Б плоским
  - В мышечковым
  - Г сложным
41. ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ
- А шаровидным
  - Б эллипсоидным
  - В блоковидным
  - Г чашеобразным
42. ЗАДНЯЯ ПУНКЦИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ
- А между латеральным надмыщелком и локтевым отростком при согнутой под прямым углом верхней конечности
  - Б над вершущкой локтевого отростка при согнутой под прямым углом верхней конечности
  - В над вершущкой венечного отростка при разогнутой верхней конечности
  - Г над вершущкой локтевого отростка при разогнутой верхней конечности
43. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ СВЯЗАН С НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ В \_\_\_% СЛУЧАЕВ
- А 10-25
  - Б 70
  - В 100
  - Г 50-55
44. ВНУТРИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАХОДЯТСЯ

- А Подвздошно-бедренная и лобково бедренная связки  
 Б Подвздошно-бедренная и седалищно-бедренная связки  
 В Связка головки бедренной кости и поперечная связка вертлужной впадины  
 Г Головки бедренной кости и лобково-бедренная связки
45. ПО ФОРМЕ ПРОКСИМАЛЬНЫЙ ЛУЧЕ-ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ  
 А седловидным  
 Б цилиндрическим  
 В плоским  
 Г эллиптическим
46. ВЫВИХИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ СУСТАВНЫХ ОТРОСТКОВ ЛУЧШЕ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ В  
 А прямой проекции  
 Б проекции  $\frac{3}{4}$   
 В боковой проекции  
 Г аксиальной проекции
47. РЕНГЕНОГРАФИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ДИСПЛАЗИЮ  
 А проводится в 1 месяц  
 Б не проводится  
 В проводится в 1 год  
 Г проводится с 3 месячного возраста
48. ЧРЕЗДЕЛЬТОВИДНЫЙ ДОСТУП К ПЛЕЧЕВОМУ СУСТАВУ ОПАСЕН ПОВРЕЖДЕНИЕМ  
 А подмышечного нерва  
 Б латерального кожного нерва плеча  
 В мышечно-кожного нерва  
 Г лучевого нерва
49. ВО ВРЕМЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ С НЕДОПОКРЫТИЕМ ВПАДИНЫ БОЛЕЕ 30% ПОКАЗАНО  
 А применение синтетических заменителей кости.  
 Б выполнение импакционной костной пластики  
 В выполнение пластики наацетабулярного массива структурным костным трансплантатом  
 Г. использование индивидуального 3D конструкции
50. СУСТАВНАЯ ЛИНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРОВОДИТСЯ  
 А по наиболее выступающим точкам головчатого возвышения и блока плечевой кости  
 Б перпендикулярно анатомической оси плечевой кости на уровне наиболее выступающих точек её блока  
 В перпендикулярно механической оси верхней конечности на уровне центра головчатого возвышения плечевой кости  
 Г перпендикулярно анатомической оси плечевой кости на уровне её надмыщелков.
51. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА 3 СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ  
 А резекция  
 Б эндопротезирование  
 В артродез  
 Г артроскопический дебридмент
52. ДОПУСТИМОЕ ОТКЛОНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОСИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)  
 А 15  
 Б 10  
 В 6  
 Г 3
53. БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ЛАТЕРАЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ПЛЕЧА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С КОМПРЕССИЕЙ СПИННОМОЗГОВОГО НЕРВА НА УРОВНЕ \_\_\_\_\_ СЕГМЕНТА

- АС6  
Б С7  
В С8  
Г С5
54. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ВЫВИХИ ПЛЕЧА  
А книзу  
Б кпереди  
В кнутри  
Г кзади
55. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПУНКЦИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ ПУНКЦИЯ  
А передняя  
Б задняя  
В боковая  
Г передне-боковая
56. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРОЙНОЙ ОСТЕОТОМИИ ТАЗА ПРИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ОТНОСЯТ  
А возраст ребенка 9 лет  
Б коксартроз 1 стадии  
В угол Виберга менее 20 градусов и угол Шарпа более 50 градусов  
Г отсутствие конгруэнтности суставных поверхностей (коксартроз 3 стадии)
57. ИМПЛАНТАТЫ, ИЗГОТОВЛЕННЫЕ ИЗ ОКСИДОВ ТИТАНА, ПО АКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ НА РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ОТНОСЯТ К  
А биоактивные  
Б биотолерантные  
В биоинертные  
Г резорбируемые
58. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛОГО ЗАДНЕГО ВЫВИХА ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ  
А Латарже  
Б Банкарта  
В Вайнштейн 2  
Г МакЛафлина
59. ПОД БОЛЕЗНЬЮ ГАССА ПОНИМАЮТ  
А остеохондропатия головки плечевой кости  
Б остеохондропатию головки мыщелка плечевой кости  
В остеохондропатию бугристости большеберцовой кости  
Г остеохондропатию ладьевидной кости стопы
60. НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЁМ ДВИЖЕНИЙ В ЛУЧЕЗАПЯСТНОМ СУСТАВЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОЛОЖЕНИИ КИСТИ  
А лучевой девиации  
Б полной ладонной флексии  
В локтевой девиации  
Г нейтральном
61. 6R ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ  
А EDq-ECU  
Б EPL-ECRL  
В EDC – Edq  
Г EPL,ECRB – EDC
62. КЛИНИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА (ТРЕУГОЛЬНИКОМ ГЮНТЕРА) НЕ ЯВЛЯЕТСЯ  
А верхушка локтевого отростка  
Б Наружный надмыщелок  
В внутренний надмыщелок  
Г локтевая вырезка



63. КАПСУЛА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ К \_\_\_\_\_ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
- А анатомической шейке
  - Б хирургической шейке
  - В большому бугорку
  - Г малому бугорку
64. КОЛЕННЫЙ СУСТАВ ПО ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- А мышечковым
  - Б сложным
  - В блоковым
  - Г плоским
65. НЕ ОБРАЗУЕТ СУСТАВНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА КОСТЬ
- А лучевая
  - Б полулунная
  - В ладьевидная
  - Г локтевая
66. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПОВРЕЖДЕНИЕ \_\_\_\_\_ НЕРВА
- А латерального кожного нерва икры
  - Б глубокого малоберцового
  - В большеберцового
  - Г общего малоберцового
67. К КАПСУЛЕ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА СЗАДИ ПРИЛЕЖИТ \_\_\_\_\_ НЕРВ
- А срединный
  - Б локтевой
  - В мышечно-кожный
  - Г. лучевой
68. К ПЕРВИЧНО-ОСЛОЖНЕННОМУ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ОТНОСИТСЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ
- А при дисплазии I степени по Stowe
  - Б при асептическом некрозе головки бедренной кости
  - В с устранением угловой деформации путём остеотомии
  - Г при медиальном переломе шейки бедренной кости
69. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЭНДПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
- А наличие кисты Бейкера
  - Б рецидивирующий вывих надколенника
  - В парез малоберцового нерва
  - Г отсутствие активного разгибания голени
70. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА НАДАЦЕТАБУЛЯРНОГО МАССИВА ПРИ ЭНДОПОТЕЗИРОВАНИИУ МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ
- А костная аутопластика
  - Б использование реконструктивного кольца
  - В аугментация пористым металлом
  - Г пластика аллокостью
71. ОДНОМЫШЕЛКОВОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА НЕЛЬЗЯ ВЫПОЛНЯТЬ ПРИ
- А повреждении передней крестообразной связки
  - Б кистозной перестройки медиального мышелка бедра
  - В варусной деформации колена более 5 градусов
  - Г повреждении медиального мениска
72. К ПОКАЗАНИЯМ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ОТНОСЯТ
- А перелом хирургической шейки и большого бугорка
  - Б артроз плечевого сустава терминальных стадий и наличие болевого синдрома

- В острый артрит плечевого сустава  
Г привычный вывих плеча
73. ПОСЛЕ ЗНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ ОПТИМАЛЬНА  
А до выписки из стационара  
Б 5-6 недель  
В до восстановления обычного двигательного режима  
Г 2 недели
74. ПО ФОРМЕ ПЛЕЧЕ-ЛУЧЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ  
А шаровидным  
Б цилиндрическим  
В блоковидным  
Г седловидным
75. ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ОБЫЧНО СЧИТАЮТ  
А атеросклероз сосудов  
Б дистрофические изменения в костной ткани  
В дисплазию мышечной ткани  
Г гиперсклероз кости
76. ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ТИПОВ 1-А И 1-В ПО ТЕХНОЛОГИИ ПОПКОВЫХ ИМЕЕТ  
А возрастание укорочения конечности в 100% случаев;  
Б Отсутствие консолидации в 50% случаев  
В Отсутствие неудовлетворительных исходов  
Г Рецидив псевдоартроза в 100% случаев.
77. ПРИ ЗАДНЕЙ ПУНКЦИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ ПОВРЕЖДЕ \_\_\_\_\_НЕРВ  
А подмышечный  
Б срединный  
В лучевой  
Г локтевой
78. СГИБАНИЕ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ В НОРМЕ ВОЗМОЖНО ДО УГЛА (В ГРАДУСАХ)  
А 60-65  
Б 40-45  
В 70-75  
Г 50-55
79. АРТРОТОМИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНА В ПРОЕКЦИИ \_\_\_\_\_БОРОЗДЫ  
А передней латеральной  
Б задней латеральной  
В задней медиальной
80. ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ  
А шаровидным  
Б блоковидным  
В чашеобразным  
Г эллипсоидным
81. ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ОБРАЗОВАН  
А кловидным отростком лопатки и головкой плечевой кости  
Б суставной поверхностью лопатки и головкой плечевой кости  
В акромиальным отростком лопатки и головкой плечевой кости  
Г суставной поверхностью ключицы и акромиальным отростком лопатки
82. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ ОБУСЛОВЛЕН ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ КОСТИ В \_\_\_\_\_ % СЛУЧАЕВ  
А 40  
Б 50

- В 15  
Г 30
83. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ ПАРЕЗ\_\_ НЕРВА
- А малоберцового
  - Б бедренного
  - В большеберцового
  - Г седалищного
84. НОРМАЛЬНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОСИ ОТ ЦЕНТРА КОЛЕННОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ
- А 0 мм
  - Б  $11,7 \pm 6,8$  мм кнаружи
  - В  $4,1 \pm 4$  мм кнаружи
  - Г  $4,1 \pm 4$  мм кнутри
85. В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖНЫ ДВИЖЕНИЯ ПО \_\_\_ ОСИ/ОСЯМ
- А 1
  - Б 2
  - В 4
  - Г 3
86. В КАКОМ ГОДУ ВПЕРВЫЕ БЫЛ ОПРОБОВАН ЭНДОПРОТЕЗ ИЗ СЛОНОВЬЕЙ КОСТИ:
- А 1888
  - Б 1890
  - В 1900
  - Г 1903
87. ПЕРВЫЙ БЕСЦЕМЕНТНЫЙ ЭНДОПРОТЕЗ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА БЫЛ УСТАНОВЛЕН:
- А 1915
  - Б 1935
  - В 1938
  - Г 1942
88. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ КОТОРУЮ РЕШАЕТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ЭТО:
- А Устранение деформации конечности
  - Б Устранение болевого синдрома
  - В Восстановление функции сустава в полном объеме
89. ПОКАЗАНО ЛИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ НАЛИЧИИ ГРУБЫХ И ОБШИРНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВ, СПЯЯННЫХ С ПОДЛЕЖАЩЕЙ КОСТЬЮ В ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА, ПРИЗНАКОВ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА:
- А да
  - Б Нет
90. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДОСТОВЕРНО ПОДТВЕРДИТ НАЛИЧИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА:
- А Рентгенография
  - Б КТ
  - В МРТ
  - Г УЗИ
91. НАЛИЧИЕ КАКОГО СИМПТОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПРИ РАЗРЫВЕ ВНУТРЕННЕЙ БОКОВОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА:
- А избыточная подвижность
  - Б боковое отклонение голени кнутри
  - В боковое отклонение голени кнаружи, не превышающее 10 градусов
  - Г наружное отклонение голени более 10 градусов
92. ДЛЯ КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМА «БЛОКАДЫ» КОЛЕННОГО СУСТАВА:

- А перелом надколенника
  - Б разрыв мениска
  - В хондроматоз
  - Г рассекающий остеохондрит мыщелка бедра
  - Д разрыв передней крестообразной связки
93. Следует ли проводить эндопротезирование локтевого сустава, если имеется его анкилоз в функционально выгодном положении:
- А да
  - Б нет
94. Типы нестабильности эндопротезов тазобедренного сустава:
- А ацетабулярная, бедренная, тотальная
  - Б комбинированная, компенсированная, декомпенсированная
95. ДЛЯ КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМА «БЛОКАДЫ» КОЛЕННОГО СУСТАВА:
- А перелом надколенника
  - Б разрыв мениска
  - В хондроматоз
  - Г рассекающий остеохондрит мыщелка бедра
  - Д разрыв передней крестообразной связки
96. ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ:
- А затруднение больных при спуске с лестницы
  - Б затруднение больных при подъеме на лестницу
  - В затруднение при спуске и подъеме на лестницу
97. ПРИ КОНТРАСТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНЫМ ОПРЕДЕЛИТЬ
- А разрыв наружного мениска
  - Б разрыв внутреннего мениска
  - В наличие суставной "мышцы"
  - Г разрыв крестообразных связок
98. КАКОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ?
- А острая инфекция
  - Б хроническая инфекция
  - В травма
  - Г охлаждение
  - Д аутоиммунная агрессия
99. ПОТРЕБНОСТЬ В РЕВИЗИОННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ОТ ПЕРВИЧНОГО СОСТАВЛЯЕТ:
- А 80%
  - Б 60%
  - В 40%
  - Г 10-12%
100. УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД КЛИНИКИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ:
- А 15-20 дней
  - Б 10-15 дней
  - В 5-10 дней
  - Г 4-5 дней
101. РОЛЬ КОСТНОГО ЦЕМЕНТА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ СВОДИТСЯ К:
- А фиксации эндопротеза (компонентов)
  - Б задержке репаративного процесса
  - В положительному воздействию на репаративные процессы в зоне операции
  - Г инкапсуляции
  - Д резорбции
102. ЭФФЕКТИВНА ЛИ МРТ-ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ, КОТОРЫМ

ИМПЛАНТИРОВАНЫ НАМАГНИЧИВАЮЩИЕСЯ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИИ:

- А да
- Б нет

103. АКТИВИЗАЦИЯ БОЛЬНОГО ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ:

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

104. Физиолечение при эндопротезировании:

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

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

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

106. ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШИХ С ОТКРЫТЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

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

107. СИНДРОМ ИМПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО ЦЕМЕНТА (BCIS) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

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

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

- А 5%
- Б 10%
- В 15%
- Г 20%

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

- А санация полости с сохранением протеза
- Б немедленное одноэтапное ревизионное эндопротезирование
- В удаление эндопротеза

110. В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСПОРТИРОВКУ ПАЦИЕНТА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

- А Лежа на каталке
- Б Сидя
- В Самостоятельно

111. ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ РЕКОМЕНДОВАНО САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЧЕРЕЗ:

- А 2 мес
- Б 3 мес
- В 5 мес
- Г 6 мес

112. ПОЛНЫЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ДЛИТСЯ:

- А 3 мес.

- Б 6 мес.
- В 9 мес.
- Г 10 мес.

113. ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ БУРСИТЕ ПРАВОГО КОЛЕННОГО СУСТАВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НА 3-Й ДЕНЬ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- А электрического поля ультравысокой частоты
- Б сульфидных ванн
- В грязевых аппликаций
- Г подводного душ-массажа
- Д гальванизации

114. КАКИЕ ФОРМЫ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА ТРАВМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА МОГУТ БЫТЬ НАПРАВЛЕНЫ НА ИНФОРМИРОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРИВОДЯЩИХ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ СУСТАВОВ:

- А Брошюра
- Б Плакаты
- В Беседа
- Г Интернет

115. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ АРТРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- А уменьшение статических нагрузок на суставы с возрастом;
- Б периодических инъекция в сустав препаратов гиалуроновой кислоты
- В избегать фиксированных поз во время работы и отдыха;
- Г умеренные спортивные нагрузки.

116. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ АРТРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- А использование ортезов
- Б умеренные динамические нагрузки;
- В избегать фиксированных поз во время работы и отдыха;
- Г умеренные спортивные нагрузки.

117. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ АРТРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- А уменьшение статических нагрузок на суставы с возрастом;
- Б умеренные динамические нагрузки;
- В использование препаратов кальция и витамина Д
- Г умеренные спортивные нагрузки.

118. У ПОСТРАДАВШЕГО С ТРАВМОЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А возможно
- Б невозможно
- В возможно лишь частично
- Г возможно, но через много лет
- Д потребует смены специальности

119. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПОМОЩЬЮ:

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

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

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

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

- А размер и подбор ацетабулярного компонента эндопротеза
- Б локализация нового ацетабулярного центра (центр вращения)

В установление в предоперационном периоде наличия тяжелого ацетабулярного поражения или необходимость использования необычного размера ацетабулярного компонента эндопротеза.

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

- А да
- Б нет

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

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

124. ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРА ПОКАЗАНО:

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

125.ПРОКОЛ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ОПАСЕН В ЗОНЕ:

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

126.ПРИЗНАКИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗОВ:

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

127.ВИДЫ РЕВИЗИОННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ:

- А санационная ревизия эндопротеза, замена модульной головки эндопротеза (тазобедренного сустава), замена эндопротеза, удаление эндопротеза
- Б ревизия сосудисто-нервного пучка, ампутация

128.СПОСОБЫ ЦЕМЕНТНОЙ ФИКСАЦИИ БЕДРЕННОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:

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

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

- А лежа
- Б сидя
- В на каталке
- Г самостоятельно

130.СПОСОБЫ БЕСЦЕМЕТНОЙ ФИКСАЦИИ БЕДРЕННОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:

- А плотная посадка
- Б фиксация три-клин
- В погружная
- Г винтовая

131.ПЕРЕДНЯЯ ПУНКЦИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- А между большим бугорком плечевой кости и клювовидным отростком лопатки
- Б между клювовидным отростком лопатки и акромиальным концом ключицы
- В между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плечевой кости
- Г книзу от заднего края верхушки акромиального отростка лопатки между задним краем дельтовидной мышцы и нижним краем надостной мышцы

132.В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖНЫ ДВИЖЕНИЯ ПО \_\_\_ ОСИ/ОСЯМ

- А 1
- Б 2

В 4

Г 3

133. РЕФЕРЕНТНЫЕ ЛИНИИ И УГЛЫ (ЛИНИИ СУСТАВОВ, АНАТОМИЧЕСКИЕ И МЕХАНИЧЕСКИЕ ОСИ, И УГЛЫ) ИСПОЛЬЗУЮТ

А только для планирования коррекции деформаций

Б для определения наличия деформации и планирования ее коррекции, для оценки точности репозиции перелома

В только для планирования коррекции врожденных деформаций

Г только для определения наличия деформации и планирования ее коррекции

134. НОРМАЛЬНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОСИ ОТ ЦЕНТРА КОЛЕННОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ

А 0 мм

Б  $11,7 \pm 6,8$  мм кнаружи

В  $4,1 \pm 4$  мм кнаружи

Г  $4,1 \pm 4$  мм кнутри

135. НЕЛОПОСТИМОЙ ТРИБОЛОГИЧЕСКОЙ ПАРОЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ

А керамика-керамика

Б металл-полиэтилен

В керамика-полиэтилен

Г металл-керамика

136. Врожденный ложный сустав обусловлен фиброзной дисплазией кости в \_\_\_\_ % случаев

А. 40

Б. 50

В. 15

Г. 30

137. К наиболее распространенным причинам отрыва сухожилия длинной головки бицепса плеча относят

А дегенеративно-дистрофические изменения

Б разрыв ротаторной манжеты плеча

В воздействие низких температур

Г врожденную патологию.

138. Наиболее частым неврологическим осложнением эндопротезирования коленного сустава является парез \_\_ нерва

А малоберцового

Б бедренного

В большеберцового

Г седалищного

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

А держать ногу разогнутой в коленном суставе

Б держать ногу чуть согнутой в коленном суставе

В ходить более уверенно и быстро

Г давать полную нагрузку на коленные суставы

140. БЕСЦЕМЕНТНЫЙ МЕТОД ФИКСАЦИИ БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН

А для молодых пациентов

Б для пожилых пациентов

В для пациентов с остеопорозом

Г для пациентов с болезнью Бехтерева

141. В ПРОЦЕССЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРОВОДИТСЯ:

А комплексная оценка больных, которым предстоит эндопротезирование

Б комплексная оценка больных, находящихся на реабилитации после эндопротезирования



тазобедренного сустава

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

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

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

А бег, аэробика, контактные виды спорта

Б плавание, гольф, вождение автомобиля

В бальные танцы, лыжи, велосипед

143.КЛАССИЧЕСКИЙ ТОТАЛЬНЫЙ ЭНДОПРОТЕЗ СОСТОИТ ИЗ:

А ножки, чашки и головки

Б ножки, шейки и головки

В шейки, чашки и головки

Г ножки, чашки, вкладыша

144.ПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ:

А болезнь Бетерева

Б гонартроз

В склеродермия

Г вывих тазобедренного сустава

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

А ревматоидным; болезнью бехтерева

Б бруцеллезным; псориатическим артритом

В бруцеллезным; болезнью бехтерева

Г ревматоидным; бруцеллезным артритом

146.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ «БАМБУКОВОЙ ПАЛКИ» ХАРАКТЕРЕН

А симптом бильца

Б синдрома Ашара – Фуа - Крузона

В болезни Бехтерева (анкилозирующий спондилит)

Г нейромышечного сколиоза

147.В ФОРМИРОВАНИИ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НЕ УЧАСТВУЕТ

А головка плечевой кости

Б суставная губа

В суставная впадина лопатки

Г головка мыщелка плечевой кости

148.СУСТАВНАЯ ЛИНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРОВОДИТСЯ

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

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

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

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

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

А. в положении стоя

Б. в колено-локтевом положении

В. В положении лежа

Г. с отягощением

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

А 15

Б 10

В 6

Г 3

### 3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения

Компетенция и ее содержимое		Наименование оценочного средства
Индекс индикатора (Зн.-Знания, У.-Умения, Н.-Навыки)	Содержание	
<b>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2)</b>		<b>Тесты 1-150 Реферат 3,8,10 Задача 3,8,10,12</b>
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	
<b>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-5)</b>		<b>Тесты 1-150 Реферат 1-10 Задача 1-20</b>
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		
<b>Готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи (ПК-6)</b>			<b>Тесты 1-150</b> <b>Реферат 1-10</b> <b>Задача 1-20</b>
Зн.6.1	Порядок выдачи листов нетрудоспособности		
Зн.6.2	Порядок оказания медицинской помощи пациентам при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы		
Зн.6.3	Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы		
Зн.6.4	Медицинские вмешательства при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные		

Зн.6.5	Медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при лечебных манипуляциях, лазерных и хирургических вмешательствах на костно-мышечной системе
Зн.6.6	Медицинские показания и медицинские противопоказания для назначения ортопедических протезов в стационарных условиях, методы ухода за ними
Зн.6.7	Методы лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Зн.6.8	Методы немедикаментозного лечения травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы в стационарных условиях; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные
Зн.6.9	Методы обезболивания, применяемые при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"
Зн.6.10	Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные
Зн.6.11	Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия"
Зн.6.12	Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы
Зн.6.13	Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы
Зн.6.14	Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Зн.6.15	Принципы и методы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Зн.6.16	Принципы и методы хирургического лечения травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы в стационарных условиях; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные
Зн.6.17	Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Зн.6.18	Стандарты медицинской помощи при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани
Зн.6.19	Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи взрослым и детям при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы



Зн.6.20	Стандарты специализированной медицинской помощи при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы
Зн.6.21	Требования асептики и антисептики
У.6.1	Разрабатывать план лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.2	Разрабатывать план лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.3	Назначать лекарственные препараты в предоперационном периоде и в послеоперационном периоде
У.6.4	Назначать и использовать протезно-ортопедические изделия: корсеты, ортопедические аппараты и обувь, тьютора, брейсы
У.6.5	Разрабатывать схему послеоперационного ведения пациента, его реабилитацию, профилактику послеоперационных осложнений
У.6.6	Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств
У.6.7	Проводить мониторинг течения заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения
У.6.8	Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.9	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функций костно-мышечной системы
У.6.10	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функции костно-мышечной системы
У.6.11	Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.12	Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях
У.6.13	Назначать немедикаментозное лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.14	Назначать немедикаментозное лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в

	стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.15	Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.16	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств
У.6.17	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.18	Разрабатывать план подготовки пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к лечебным манипуляциям, лазерным и хирургическим вмешательствам
У.6.19	Разрабатывать план подготовки пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к хирургическому вмешательству или манипуляции
У.6.20	Выполнять лечебные манипуляции, лазерные и хирургические вмешательства пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.21	Выполнять хирургические вмешательства и манипуляции пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.22	Назначать, подбирать и использовать технические средства реабилитации (протезно-ортопедические изделия, корсеты, ортопедические аппараты и обувь, тьютора, брейсы)
У.6.23	Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения
У.6.24	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контроль его эффективности и безопасности
У.6.25	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Н.6.1	Выполнение лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.2	Выполнение лечебных манипуляций, хирургических вмешательств пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.3	Назначение и подбор пациентам ортопедических средств при аномалиях развития конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Н.6.4	Назначение и подбор пациентам протезно-ортопедических изделий при аномалиях развития конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.5	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.6	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.7	Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.8	Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.9	Направление пациентов, имеющих стойкие нарушения функции костно-мышечной системы, обусловленные травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы
Н.6.10	Оформление медицинских заключений по результатам медицинского освидетельствования в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функции костно-мышечной системы
Н.6.11	Оценка результатов лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.12	Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.13	Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.14	Подготовка необходимой медицинской документации для пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы

Н.6.15	Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных или хирургических вмешательств	
Н.6.16	Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
Н.6.17	Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи в предоперационном и послеоперационном периодах	

#### 4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

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

## 5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

### Основная литература

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

### Дополнительная литература

1. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика : руководство / Н. В. Загородний.м.:ГЭОТАР,2014
2. Труфанов Г.Е.Лучевая диагностика повреждений и заболеваний лучезапястного сустава и запястья.-ЭЛБИ СПб,2016
3. МРТ. Суставы верхней конечности : руководство для врачей / под ред. Г. Е. Труфанова, В. А. Фокина. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
4. Прохоренко, В.М. Эндопротезирование локтевого сустава / В. М. Прохоренко, А. Б. Слободский. - Новосибирск: Наука, 2014.
5. Прохоренко В.М. Первичное эндопротезирование тазобедренного сустава.-Новосибирск,2013
6. Прохоренко В.М., Садовой М.А., Фоменко С.М. Профилактика и лечение гонартроза.-Новосибирск: НИИТО,2011
7. Локтевой сустав: учебное пособие/под ред. К.А. Егизаряна.-М.:Медицинское информационное агентство,2019
8. Кузьмин И.И. Мифы и реальность в эндопротезировании тазобедренного сустава.-Владивосток:Дальнаука,

### Периодические издания

1. Хирургия позвоночника
2. Вестник травматологии и ортопедии
3. Травматология и ортопедия России
4. Гений ортопедии
5. Политравма

### Профессиональные базы данных и информационные справочные системы

1. Электронный каталог библиотеки НИИТО 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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>



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  
« dd » / 2021 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**  
**Б1.В.ДВ.01.03 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ**  
**ОСТЕОСИНТЕЗА**

краткое наименование дисциплины: нет

Специальность: 31.08. 66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.

## Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения	20
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	29
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	30



## 1. Место дисциплины в структуре образовательной программы:

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

**Цель дисциплины:** совершенствование теоретических знаний и практических навыков в вопросах лечения травмированных современными методами остеосинтеза при травмах и последствиях травм, знакомство и практическое освоение методик современного остеосинтеза новыми системами.

### **Задачи дисциплины:**

1. Сформировать и систематизировать знания о постановке диагноза, проведении дифференциальной диагностики, определении показаний к остеосинтезу.
2. Ознакомить ординаторов с современными методами клинических и инструментальных исследований, фармакотерапии, профилактики и реабилитации пациентов до и после остеосинтеза.
3. Сформировать умения и навыки использования современных методов остеосинтеза.

### **Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:**

Профессиональные компетенции:

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

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

## 1. Объем и содержание дисциплины

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

Трудоемкость дисциплины – 216 часов, в том числе:

**Практические занятия** – 72 часа;

**Самостоятельная работа** – 144 часа.

### **Темы занятий:**

1. Диафизарные переломы длинных трубчатых костей. Классификации. Диагностика. Принципы лечения – 6 часов.
2. Особенности лечения больных с переломами костей при использовании внешней фиксации – 6 часов.
3. Методы лечения открытых переломов с использованием внутренней фиксации. Обоснование их применения – 6 часов.
4. Методы репозиции отломков длинных трубчатых костей .Особенности лечения больных с переломами трубчатых костей методами скелетного вытяжения – 6 часов.
5. Методы внеочагового остеосинтеза при лечении открытых переломов длинных трубчатых костей в ортопедии и травматологии – 6 часов.
6. Тактика лечения осложненных переломах длинных трубчатых костей (особенности остеометаллосинтеза) – 6 часов.
7. Аппараты внешней фиксации. Общие принципы использования метода чрескостного остеосинтеза по Илизарову – 6 часов.
8. Метод Илизарова в лечении больных хроническим остеомиелитом – 6 часов.
9. Компрессионно–дистракционный остеосинтез в травматологии – 8 часов.
10. Показания к блокирующему интрамедуллярному остеосинтезу – 8 часов.
11. Понятие о стабильном остеосинтезе – 8 часов.

### **Самостоятельная работа:**

Задачи лечения переломов костей и их реализация для создания остеогенного пути репаративной регенерации и формирования интрамедиарной мозоли

Теоретические вопросы компрессионно–дистракционного остеосинтеза

Внутренний остеосинтез.  
Наружный остеосинтез.  
Понятие о стабильном остеосинтезе.  
Ошибки и осложнения БИОС (блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза)

### Оценочные материалы

#### *Рефераты:*

- 1 Компрессионно–дистракционный остеосинтез в травматологии. Техника КДО. Ошибки и осложнения КДО.
- 2 Компрессионно–дистракционный остеосинтез при последствиях травм.
- 3 Блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) в травматологии. Показания. Преимущества и недостатки. Техника БИОС.
- 4 Понятие о стабильном остеосинтезе.
- 5 Диафизарные переломы длинных трубчатых костей. Классификации. Диагностика. Принципы лечения
- 6 Особенности лечения больных с переломами костей при использовании внешней фиксации
- 7 Методы лечения открытых переломов с использованием внутренней фиксации. Обоснование их применения
- 8 Методы репозиции отломков длинных трубчатых костей . Особенности лечения больных с переломами трубчатых костей методами скелетного вытяжения
- 9 Методы внеочагового остеосинтеза при лечении открытых переломов длинных трубчатых костей в ортопедии и травматологии.
- 10 Тактика лечения осложненных переломах длинных трубчатых костей (особенности остеметаллосинтеза)

#### *Ситуационные задачи:*

**Задача 1.** Больной Т., 69 лет, упал в метро на ступеньках эскалатора, ударился левым коленным суставом о край ступени. Почувствовал редкую боль в суставе. Обратился к сотрудникам метрополитена, которые вызвали "скорую помощь". При поступлении в приемное отделение больницы: конечность фиксирована транспортной шиной от пальцев стопы до в/з бедра. По снятии шины - на передней поверхности в области надколенника поверхностная кожная ссадина, сустав резко увеличен в объеме. При пальпации в полости сустава определяется выпот, а в области надколенника - диастаз. Пострадавший в состоянии активно согнуть коленный сустав до угла 160 градусов, однако активное разгибание конечности в этом суставе невозможно. Пальпация и активные движения усиливают болевые ощущения.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения (подробно)?

**Задача 2.** Больной Д., 23 лет, сбит легковой автомашиной на проезжей части улицы вне пешеходного перехода. Прохожими вызвана "скорая помощь", которая доставила пострадавшего через 40 мин. после травмы в приемное отделение городской больницы. При поступлении: бледность кожных покровов, в сознании, ретроградной амнезии нет, пульс 100 уд.в мин. удовлетворительного наполнения. АД 100/60 мм рт. ст. Левая нижняя конечность фиксирована транспортной шиной от пальцев стопы до в/з голени. В н/з голени марлевая повязка обильно промокла кровью. Пальцы стопы теплые, обычной окраски активные движения невозможны из-за боли. По снятии повязки на передней поверхности голени рваная рана размерами 3x5 см с осадненными краями. Голень деформирована на границе средней и нижней трети под углом открытым кнутри и кпереди. Пульс на артериях стопы определяется четко. Чувствительность не нарушена. Кровотечение из раны на голени небольшое.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения (подробно)?

**Задача 3.** Юноша упал с высоты около 3 м. Основная сила удара пришлась на левую ногу. Самостоятельно подняться не мог. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При

осмотре левое бедро припухшее, деформировано, ось его искривлена. Ощупывание места травмы болезненно. Появилась патологическая подвижность в средней трети бедра. Не может поднять левую ногу. Чувствительность и двигательная функция стопы сохранены в полном объеме. Пульс на периферических артериях сохранен.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения (подробно)?

**Задача 4.** 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 кнаружи. 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.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения (подробно)?

**Задача 5.** Больной К-ов, 26 лет, после падения на согнутое колено почувствовал резкую боль. Коленный сустав быстро опух, напряжён. При попытке опереться, нога «подсекается». При пальпации надколенника и прилежащих отделов капсулы сустава локальная болезненность. Удержать на весу разогнутую в коленном суставе ногу больной не может.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие показаны исследования?
3. Что сделать?
4. Что необходимо сделать в травматологическом отделении?
5. Профилактика.

**Задача 6.** Больной Д., 30 лет, поступил в травматологическое отделение Краевой больницы с жалобами на боль в правом плечевом суставе, усиливающуюся при движении. Со слов больного 3 часа назад упал на правое плечо. При осмотре: некоторая припухлость верхнего отдела правого плечевого сустава, локальная болезненность при пальпации акромиального конца ключицы, который несколько возвышается над акромионом, положительный симптом «клавиши».

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие нужны дополнительные исследования?
3. Какое показано лечение?
4. Какой прогноз?
5. Профилактика и реабилитация

**Задача 7.** Больной 32 лет во время автодорожного происшествия (столкновение автомобилей) получил прямой удар в области правого плеча. Почувствовал резкую боль, хруст, рука, по его словам, "повисла". Попутным транспортом без иммобилизации доставлен в травматологическое отделение ЦРБ через 30 минут после травмы.

При осмотре: деформация правого плеча под углом открытым кнутри и кзади, небольшой отек плеча. При пальпации резкая болезненность на границе средней и верхней трети плеча, которая усиливается при нагрузке по оси, патологическая подвижность. Активные движения в правом плечевом и локтевом суставах резко ограничены из-за усиления боли. Отсутствует тыльная флексия правой кисти, отведение и разгибание I пальца, разгибание II-IV пальцев кисти. Чувствительность на тыле кисти (I палец, межпальцевой промежутки, II палец) нарушена. Пульс на лучевой артерии сохранен.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие нужны дополнительные исследования?
3. Что делать?
4. Где проводить дальнейшее лечение?
5. Профилактика и реабилитация

**Задача 8.** Молодой человек, защищаясь от удара палкой, поднял над головой левую руку, согнутую в локтевом суставе. Удар пришелся по верхней трети предплечья. Появились сильные боли в месте травмы. Предплечье согнуто в локтевом суставе, в верхней трети деформировано, имеется западение со стороны локтевой кости и выпячивание по передней поверхности предплечья.

Пациент обратился в приемное отделение. При внешнем осмотре левого локтевого сустава прощупывается головка лучевой кости. Пальпация деформированной области резко болезненна. Поврежденное предплечье несколько укорочено. Активные и пассивные движения предплечья резко ограничены и болезненны. Чувствительность кисти и предплечья не нарушена. На рентгенограммах костей предплечья определяется перелом верхней трети локтевой кости с вывихом головки лучевой кости левого предплечья.

1. Диагноз?
2. Порядок оказания медицинской помощи?
3. Сроки иммобилизации. Порядок ведения на амбулаторном этапе.
4. Показания для оперативного лечения.

**Задача 9.** Пациент, 56 лет, поступил в приемное отделение после автомобильной аварии с жалобами на боли в области средней трети правой голени, резкое нарушение функции правой нижней конечности (неопороспособность). Доставлен бригадой скорой помощи лежа на каталке, транспортная иммобилизация правой нижней конечности лестничной шиной Крамера. При исследовании пострадавшего выявлены припухлость мягких тканей, абсолютное укорочение правой голени на 2 см., деформация, крепитация костных отломков и патологическая подвижность, ротация стопы кнаружи. Кожные покровы голени целые. Сосудистых и неврологических расстройств не выявлено.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие вероятные симптомы перелома выявлены у пострадавшего?
3. Какие достоверные симптомы перелома выявлены у больного?
4. План обследования, для установки клинического диагноза?
5. Тактика лечения.

**Задача 10.** У больной с переломом шейки лопатки со смещением проводилось лечение повязкой Дезо. Через месяц повязка была снята, начата лечебная гимнастика с попыткой активных движений в плечевом суставе. При этом выявлено резкое ограничение отведения плеча, выраженная болезненность движений.

Укажите ошибку в лечении, сыгравшую решающую роль в неблагоприятных исходах. Перечислите лечебные мероприятия, применение которых позволяет рассчитывать на улучшение функции конечности.

**Тестовые задания:**

1. 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

2. 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

3. 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

4. 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
5. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСХОНДРОПЛАЗИИ 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
6. АППАРАТ ИЛИЗАРОВА ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ \_\_\_\_\_
- ОСТЕОСИНТЕЗА
- А погружного
  - Б накостного
  - В внутреннего
  - Г внешнего
7. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- А накостный остеосинтез
  - Б гипсовая иммобилизация
  - В внеочаговый остеосинтез
  - Г скелетное вытяжение
8. 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 p.Q143K гена *DMPI* и гомозиготной мутации c.523insTTAAGCACGG
9. 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
10. В СЛУЧАЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА С РАССВЕРЛИВАНИЕМ У ПАЦИЕНТА С ПОЛИТРАВМОЙ НАИБОЛЬШЕЙ ОПАСНОСТИ ПОДВЕРГАЮТСЯ
- А Легкие
  - Б Сердце
  - В. Почки
  - Г Печень
11. ПРИ ЧЕРЕЗКОСТНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ БЕДРЕННОЙ И БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ СТЕРЖНИ-ШУРУПЫ ДИАМЕТРОМ
- А Не превышающим 20% диаметра кости на уровне введения стержня-шурупа
  - Б 5 или 6 мм
  - В Только 6 мм
  - Г Только 5 мм
12. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ СТРЕМЯТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ \_\_\_ МАТЕРИАЛЫ
- А Биоактивные
  - Б Биотолерантные
  - В Биоинертные
  - Г Бионегативные
13. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ СЧИТАЕТСЯ ОСТЕОСИНТЕЗ

- А Интрамедулярный с рассверливанием
- Б Динамической компрессионной пластиной
- В Интрамедулярный без рассверливания
- Г Пластиной с блокированием

14. ПРОЦЕСС КОНСОЛИДАЦИИ ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ ДЕФОРМАЦИЙ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ ВИТАМИНОМ D-РЕЗИСТЕНТНЫМ РАХИТОМ:

- А Крайне замедлен с длительными сроками остеосинтеза свыше 12 мес.
- Б Крайне замедлен с длительными сроками остеосинтеза до 6 мес.
- В Соответствует обычному процессу при закрытом переломе кости
- Г Чрезвычайно ускорен

15. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ ИНТРАМЕДУЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КОСТЕЙ У ПАЦИЕНТА С ПОЛИТРАВМОЙ ПОКАЗАН:

- А В «окно возможностей» без первичной стабилизации
- Б В последнюю очередь
- В Как можно раньше
- Г В «окно возможностей» после привычной стабилизации

16. АБСОЛЮТНАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОСТЕОСИНТЕЗА ПОДРАЗУМЕВАЕТ:

- А Сращение через костную мозоль
- Б Плотный контакт между надкостницей и имплантатом
- В Анатомичную репозицию с межфрагментарной компрессией
- Г Отсутствие межфрагментарно установленных винтов

17. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕХНОЛОГИИ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ ИНДЕКС ОСТЕОСИНТЕЗА ПО МЕРЕ УВЕЛИЧЕНИЯ ДЛИНЫ КОСТИ:

- А Имеет синусоидальный характер
- Б Не изменяется
- В Уменьшается
- Г Увеличивается

18. КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОСТЕОГЕНЕЗЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

- А Восстановление кальций-фосфатного обмена при нарушениях функции желудочно-кишечного тракта
- Б Раннюю полноценную нагрузку
- В Глюкозо-литическую функцию надпочечников при гормональных нарушениях
- Г Восстановление генетического зеркала заболевания после гетерозиготной мутации p.Q143K гена DMP1 и гомозиготной мутации c.523insTTAAGCACGG

19. ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ СПОСОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А остеосинтез в АВФ
- Б открытая репозиция и остеосинтез пластиной
- В открытая репозиция и фиксация проволочным серкляжом
- Г закрытая репозиция и блокируемый интрамедулярный остеосинтез стрижнем

20. БИОМЕАНИКА ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ВКЛЮЧАЕТ РАЗДЕЛЫ В КОТОРЫХ РАССМАТРИВАЮТСЯ ВОПРОСЫ

- А связанные только с вопросами обеспечения жесткости рамы аппарата
- Б связанные с возможностью клинической реализации открытого Илизарова
- В связанные с возможностями перемещения костных фрагментов при помощи спиц с упорными площадками
- Г взаимоотношение чрескостных элементов с окружающими тканями, управления костными фрагментами и фиксации костных фрагментов

21. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИНТРАМЕДУЛЯРНОЕ АРМИРОВАНИЕ СПИЦАМИ С БИОАКТИВНЫМ ГИДРОКСИАПАТИТНЫМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ У БОЛЬНЫХ С ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ ВИТАМИНОМ D-РЕЗИСТЕНТНЫМ РАХИТОМ НАПРАВЛЕНО НА

- А профилактику рецидива деформаций

- Б восстановление функции смежных суставов  
 В ликвидацию геперфосфатурии  
 Г ликвидацию генетических нарушений X-хромосомы
22. НАИБОЛЕЕ РАСПРСТРАНЕННЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТЕОСИНТЕЗ
- А спицей или пучком спиц  
 Б пластиной  
 В стержнем  
 Г лавсановыми нитями
23. АДДИТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИМПЛАНТОВ ДЛЯ ПОГРУЖНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ОБЕСПЕЧИВАЮТ
- А общедоступность импланта  
 Б универсальность импланта  
 В химическую уникальность импланта  
 Г персонификацию и биологическую активность импланта
24. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОСТЕОГЕНЕЗЕ У ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМИ ЗОНАМИ РОСТА ЯВЛЯЕТСЯ
- А параоссальное расположение спиц и стержней  
 Б трансфизарное встречное проведение эластичных стержней  
 В встречно-боковое проведение стержней  
 Г компрессионно-дистракционный остеосинтез
25. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОСТЕОГЕНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- А остеосинтез стальными канюлированными винтами возвратно поступательного характера  
 Б чрескостный остеосинтез в сочетании с итрамедуллярными спицами или стержнями, имеющими биоактивное покрытие  
 В внутрикостный остеосинтез стальными стержнями с блокирующими винтами  
 Г накостный остеосинтез с биохимическим наполнительным
26. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОСТЕОГЕНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- Д остеосинтез стальными канюлированными винтами возвратно поступательного характера  
 Е чрескостный остеосинтез в сочетании с итрамедуллярными спицами или стержнями, имеющими биоактивное покрытие  
 Ж внутрикостный остеосинтез стальными стержнями с блокирующими винтами  
 З накостный остеосинтез с биохимическим наполнительным
27. К ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ СТИМУЛЯЦИИ ПРОЦЕССА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ДИСТРАКЦИОННОГО РЕГЕНЕРАТА ОТНОСЯТ
- А гравитационные нагрузки после разгрузки пациента в бассейне с минеральной водой в течение 1 часа  
 Б гипербарическую оксигинацию с предварительной функциональной нагрузкой на удлиняемую конечность в течение 1 часа  
 В комбинированный остеосинтез интрамедуллярными спицами с гидроксипатитовым покрытием  
 Г антигравитационные разгрузки с обработки кожной поверхности удлиняемой конечности йодной настойкой или троксевазином
28. ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ БЕЗ ЗАМЕЩЕНИЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБЫЧНО
- А консолидируются с удовлетворительным формированием мозоли  
 Б склонны к замедленной консолидации даже при применении стимуляторов  
 В не склонны к консолидации даже при применении стимуляторов остеогенеза, поэтому требуют остеосинтеза
29. ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ДО 20 ГРАДУСОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
- А резекция большей части кости

- Б ультразвуковая обработка надкостницы над вершиной деформации  
В корригирующая остеотомия с одномоментным исправлением деформации и оптимальным остеосинтезом  
Г интрамедуллярное рассверливание костно-мозгового канала
30. АППРАТ ИЛИЗАРОВА ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ ОСТЕОСИНТЕЗА
- А накостного  
Б внешнего  
В внутреннего  
Г погружного
31. ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ СПОСОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- А открытая репозиция и фиксация проволочным серкляжом  
Б остеосинтез АВФ  
В закрытая репозиция и блокируемый интрамедуллярный остеосинтез стержнем  
Г открытая репозиция и остеосинтез пластиной
32. РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ОСЛОЖНЕНИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА И ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ОБУСЛОВНЫ
- А нейро-гуморальными изменениями  
Б повышением кровотока в нижних конечностях  
В короткими сроками консолидации костных фрагментов  
Г восстановлением обмена веществ
33. КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОСТЕОГЕНЕЗЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ
- А восстановление кальций-фосфатного обмена при нарушениях функции ЖКТ  
Б предотвращение иммобилизационного остеопороза  
В восстановление генетического зеркала заболевания после гетерозиготной мутации p.Q143 К гена DMP1 и гомозиготной мутации c.523insTTAAGCACGG  
Г глюкозо-литическую функцию надпочечников при гормональных нарушениях
34. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЕМ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А скелетное вытяжение с последующим наложением кокситной гипсовой повязки  
Б интрамедуллярный остеосинтез с проксимальным и дистальным блокированием  
В чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова  
Г одномоментная репозиция и гипсовая иммобилизация
35. ПРИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ БЛОКИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- А реконструктивный  
Б динамический  
В стандартный  
Г статический
36. СИСТЕМНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ МЕНЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИАФИЗА
- А бедренной кости  
Б большеберцовой кости  
В плечевой кости  
Г костей предплечья
37. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ХОДЬБУ С НАГРУЗКОЙ ОПЕРИРОВАННОЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА С КОСТНОЙ ПЛАСТИКОЙ НАЧИНАЮТ
- А не ранее 4 месяцев и только после рентгенологического подтверждения консолидации  
Б через 2-3 месяца для стимуляции остеогенеза  
В через 1-2 месяца для стимуляции остеогенеза  
Г после снятия швов (12-14сутки) для восстановления функции



38. ПО БОЛЬШИНСТВУ ПАРАМЕТРОВ НАИБОЛЕЕ СОВЕРШЕННЫМ ДЛЯ ЗАКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА ОБЕИХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ОСТЕОСИНТЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А интрамедуллярный с блокированием
- Б накостный, пластинами без угловой стабильности
- В внешняя фиксация аппаратом Илизарова
- Г накостный, пластинами с угловой стабильностью

39. ОДНОЙ ИЗ ФУНКЦИЙ, КОТОРАЯ ОТНОСИТСЯ К ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЛАСТИНОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А опора
- Б относительная стабильность
- В блокирование
- Г отсутствие компрессии

40. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СЧИТАЕТСЯ

- А эндопротезирование плечевого сустава
- Б блокируемый интрамедуллярный остеосинтез
- В остеосинтез пластинами с угловой стабильностью винтов
- Г удаление головки

41. МЕТАЛЛОСТЕОСИНТЕЗ ЛАДЬБЕВИДНОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- А канюлированным винтом
- Б минипластиной и винтами
- В спицами
- Г аппаратом внешней фиксации

42. БИОМЕХАНИКА ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ВКЛЮЧАЕТ РАЗДЕЛЫ, 8 КОТОРЫХ РАССМАТРИВАЮТСЯ ВОПРОСЫ

А связанные только с возможностями перемещения костных фрагментов при помощи спиц с упорными площадками и унифицированными репозиционными узлами

Б взаимоотношения чрескостных элементов с окружающими их тканями, управления костными фрагментами и фиксации костных фрагментов

В связанные только с обеспечением жесткости рамы аппарата и жесткости фиксации костных фрагментов

Г связанные с возможностью клинической реализации открытия Илизарова

43. АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ РОТАЦИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В КОДЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А малый вертел
- Б наружный мыщелок
- В большой вертел
- Г надколенник

44. ОПТИМАЛЬНОЙ ИММОБИЛИЗУЮЩЕЙ ПОВЯЗКОЙ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А по Сармиенто
- Б гипсовая по Турнеру
- В торакобрахиальная
- Г косыночная

45. ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ОСНОВНОЙ ФАЛАНГИ II ПАЛЬЦА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ, В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ, МЕТАЛЛОСТЕОСИНТЕЗ ВОЗМОЖНО ОСУЩЕСТВИТЬ

- А минипластинами и винтами
- Б винтами
- В спицами
- Г аппаратом внешней фиксацией

46. ОПТИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ СПИЦ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ РАВНО

А 2

Б 4

В 1

Г 3

47. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМА БОЛЬШОГО БУГОРКА КРИТИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЕГО СМЕЩЕНИЕ НА (В ММ)

А 1

Б 2

В 5 и более

Г 4

48. ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ БОЛЕЕ 20 ГРАДУСОВ, ПРИ НАЛИЧИИ ЛОЖНОГО СУСТАВА ИЛИ ДЕФЕКТА КОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

А корригирующая кортикотомия с одномоментным исправлением деформации

Б ультразвуковая обработка надкостницы над вершиной деформации

В интрамедуллярное рассверливание костно-мозгового канала

Г резекция кости с одномоментным исправлением деформации и оптимальным остеосинтезом

49. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А интрамедуллярный остеосинтез

Б остеосинтез в АВФ

В остеосинтез пучком спиц

Г открытая репозиция и надкостный остеосинтез пластинами

50. ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНОЙ ПЕРЕЛОМ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕЗ ОСТЕОСИНТЕЗА

А не склонен к консолидации даже при применении стимуляторов остеогенеза

Б консолидируется только с комплексной медикаментозной поддержкой

В консолидируется с удовлетворительным формированием мозоли

Г склонен к замедленной консолидации при применении стимуляторов остеогенеза

51. ОСНОВНОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ ОПЕРАТИВНОГО УДЛИНЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ, ГАРАНТИРУЮЩЕЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ В КОРОТКИЕ СРОКИ ОСТЕОСИНТЕЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

А чрескостный дистракционный остеосинтез в автоматическом режиме

Б накостный дистракционный остеосинтез

В внутрикостный дистракционный остеосинтез

Г антигравитационный дистракционный остеосинтез

52. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОЕ АРМИРОВАНИЕ СПИЦАМИ С БИОАКТИВНЫМ ГИДРОКСИАПАТИТНЫМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ У БОЛЬНЫХ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ ВИТАМИН D-РЕЗИСТЕНТНЫМ РАХИТОМ НАПРАВЛЕНО НА

А ликвидацию генетических нарушений X-хромосомы

Б уменьшение сроков консолидации

В восстановление функции смежных суставов

Г ликвидацию гиперфосфатурии

53. КЛАССИЧЕСКОЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ СПИЦ ВКЛЮЧАЕТ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЕ ЭТАПЫ

А интрамедуллярный остеосинтез спицами, фиксация аппаратом Илизарова

Б фиксация кости аппаратом Волкова-Оганесяна, введение интрамедуллярных спиц

В остеосинтез перелома накостной пластиной, интрамедуллярное введение спиц с биоактивным покрытием

Г репозиция отломков на скелетном вытяжении, введение интрамедуллярных спиц, чрескостная наружная фиксация

54. 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

55. ПРИ КОРРЕКЦИИ УГЛОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПО ИЛИЗАРОВУ ОСЕВЫЕ ШАРНИРЫ ДОЛЖНЫ РАСПОЛАГАТЬСЯ ВСЕГДА:

- А В бисекторе деформации
- Б В центре поперечника кости
- В На уровне остеотомии
- Г На расстоянии 5 мм от проксимального кольца

56. ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- А Ортезное сопровождение, лекарственную поддержку бисфосфонатами, превентивное интрамедуллярное телескопическое армирование
- Б Антигравитационное экзоскелетирование
- В Ампутацию с адекватным протезированием
- Г Эндопротезирование суставов

57. КЛАССИЧЕСКИЙ НАБОР ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ ПО ИЛИЗАРОВУ ВКЛЮЧАЕТ:

- А Один репозиционный узел универсальный
- Б Пять репозиционных узлов для смещения фрагментов во фронтальной плоскости, для смещения фрагментов в сагиттальной плоскости, для смещения фрагментов в истинной плоскости деформации, для реализации 1 и 2 правил остеотомий
- В Четыре репозиционных узлов для компрессии и дистракции, для коррекции угловых деформаций, для коррекции смещений по ширине и для коррекции торсионных деформаций
- Г Три репозиционных узла для перемещения фрагментов в истинной плоскости деформации, для поворота фрагментов, когда использовалось 1 правило остеотомий и для поворота фрагментов по второму правилу остеотомий.

58. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕХНОЛОГИИ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ ИНДЕКС ОСТЕОСИНТЕЗА ПО МЕРЕ УВЕЛИЧЕНИЯ ДЛИНЫ КОСТИ:

- Д Имеет синусоидальный характер
- Е Не изменяется
- Ж Уменьшается
- З Увеличивается

59. ПРИ ДОЗИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПО ИЛИЗАРОВУ ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВКЛЮЧАЕТ

- А устранение угловой деформации – устранение смещения фрагментов по ширине – устранение неравенства длин конечностей – устранение торсии
- Б устранение угловой деформации - устранение неравенства длин конечностей – устранение торсии – контроль осевого выравнивания - устранение смещения фрагментов по ширине
- В плоскопараллельную дистракцию - устранение торсии - устранение угловой деформации - устранение смещения фрагментов по ширине
- Г устранение торсии - устранение смещения фрагментов по ширине - устранение угловой деформации - устранение неравенства длин конечностей

60. ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ИСПРАВЛЕНИЕМ ДЕФОРМАЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ АППАРАТ

- А Илизарова
- Б Волкова-Оганесяна
- В Гудушаури
- Г Калберза

61. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЕМ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А скелетное вытяжение с последующим наложением кокситной гипсовой повязки
- Б интрамедуллярный остеосинтез с проксимальным и дистальным блокированием
- В чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова
- Г одномоментная репозиция и гипсовая иммобилизация

62. КОРТИКОТОМИЯ С ОСТЕОКЛАЗИЕЙ ПО ИЛИЗАРОВУ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А формировании тонким сверлом каналов в области остеотомии и, после этого, пересечении кости остеотомом

Б пересечении как минимум половины поперечника кости узкой маятниковой пилой из минимально возможного доступа и остеотомия оставшейся части

В поднадкостничном выделении костных фрагментов узким распатором, пересечении узким остеотомом трех кортикальных пластинок и изломе четвертой кортикальной пластинки флексией или ротацией

Г «закрытом» пересечении узким остеотомом трех кортикальных пластинок и изломе четвертой кортикальной пластинки флексией или ротацией

63. В ПРОЦЕССЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСХОНДРОПЛАЗИИ ПО ИЛИЗАРОВУ ПРОИЗВОДИТСЯ

А эндопротезирование при тяжелых формах деформации

Б восстановление опороспособности конечности

В исправление деформации конечности

Г протезирование конечности

64. ДЛЯ ДОЗИРОВАННОГО ИСПРАВЛЕНИЯ УГЛОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ КОСТИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ УДЛИНЕНИЕМ СЕГМЕНТА КОНЕЧНОСТИ ОСЬ УЗЛЫ ВРАЩЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСПОЛАГАТЬ НА

А продолжении биссектрисы угла деформации кости

Б уровне оси вращения смежного сустава

В уровне проксимальной опоры аппарата внешней фиксации

Г уровне дистальной опоры аппарат Илизарова

65. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК УДАЛЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ СПИЦ С БИОАКТИВНЫМ ПОКРЫТИЕМ СОСТАВЛЯЕТ ПОСЛЕ ДЕМОНТАЖА АППАРАТА ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)

А 3

Б 6

В 12

Г 24

66. ОПЕРАТИВНОЕ УДЛИНЕНИЕ КОНЕЧНОСТИ НА ПРИНЦИПАХ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

А контроль за изменениями уровня щелочной фосфатазы в плазме крови

Б динамическое наблюдение за лейкоцитарной формулой крови

В динамическое наблюдение за уровнем дистракционных усилий в аппарате внешней фиксации

Г контроль уровня гемоглобина крови

67. К КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРИМЕНЕНИИ АППАРАТА ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ РЕЦИДИВА ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ОТНОСЯТ (В ГРАДУСАХ)

А ранний рецидив с амплитудой движений в голеностопном суставе менее 45

Б поздний рецидив с амплитудой движений в голеностопном суставе менее 30

В поздний рецидив с возможностью тыльной дорсифлексии стопы до 5

Г ранний рецидив с амплитудой движений в голеностопном суставе более 45

68. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А накостный остеосинтез

Б гипсовая иммобилизация

В внеочаговый остеосинтез

Г скелетное вытяжение

Г одномоментная репозиция и гипсовая иммобилизация

69. КЛАССИЧЕСКОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ СПИЦ ВКЛЮЧАЕТ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЕ ЭТАПЫ

А интрамедуллярный остеосинтез спицами, фиксация аппаратом Илизарова

Б фиксация кости аппаратом Волкова-Оганесяна, введение интрамедуллярных спиц

В остеосинтез перелома накостной пластиной, интрамедуллярное введение спиц с биоактивным покрытием

Г репозиция отломков на скелетном вытяжении, введение интрамедуллярных спиц, чрескостная наружная фиксация

70. ОПЕРАТИВНОЕ УДЛИНЕНИЕ КОНЕЧНОСТИ НА ПРИНЦИПАХ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

А контроль за изменениями уровня щелочной фосфотазы в плазме крови

Б динамическое наблюдение за лейкоцитарной формулой крови

В динамическое наблюдение за уровнем дистракционных усилий в аппарате внешней фиксации

Г контроль уровня гемоглобина крови

72. ОСНОВНОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ ОПЕРАТИВНОГО УДЛИНЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ, ГАРАНТИРУЮЩЕЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ В КОРОТКИЕ СРОКИ ОСТЕОСИНТЕЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

А. чрескостный дистракционный остеосинтез в автоматическом режиме

Б. наkostный дистракционный остеосинтез

В. внутрикостный дистракционный остеосинтез

Г. антигравитационный дистракционный остеосинтез.

73. К ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ СТИМУЛЯЦИИ ПРОЦЕССА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ДИСТРАКЦИОННОГО РЕГЕНЕРАТА ОТНОСЯТ

А последовательный дистракционно-компрессионный остеосинтез

Б антигравитационные разгрузки с обработкой кожной поверхности удлиняемой конечности йодной настойкой или троксивазином

В гравитационные нагрузки после разгрузки пациента в бассейне с минеральной водой в течение 1 часа

Г гипербарическую оксигенацию с предварительной функциональной нагрузкой на удлиняемую конечность в течение 1 часа

74. Оптимальный темп дистракции при удлинении конечности больных с несовершенным остеогенезом составляет (в мм/сутки)

А 0,7-1,0

Б 2,0

В 0,3

Г 1,5

75. Классический набор для коррекции деформаций по Илизарову включает:

А .Один репозиционный узел универсальный

Б Пять репозиционных узлов для смещения фрагментов во фронтальной плоскости, для смещения фрагментов в сагиттальной плоскости, для смещения фрагментов в истинной плоскости деформации, для реализации 1 и 2 правил остеотомий

В Четыре репозиционных узлов для компрессии и дистракции, для коррекции угловых деформаций, для коррекции смещений по ширине и для коррекции торсионных деформаций

76.ВИНТЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОТКЛОНЕНИЮ СТЕРЖНЯ В ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОМ КАНАЛЕ КОСТИ, ИЗВЕСТНЫ КАК

А Винты poller

Б Блокирующие

В Блокируемые

Г Винты Schanz

77.. АБСОЛЮТНАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОСТЕОСИНТЕЗА ПОДРАЗУМЕВАЕТ:

А Сращение через костную мозоль

Б Плотный контакт между надкостницей и имплантатом

В Анатомичную репозицию с межфрагментарной компрессией +

Г Отсутствие межфрагментарно установленных винтов

78.ПРИ ДИАФИЗАРНОМ ОСКОЛЬЧАТОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ ОПТИМАЛЬНА:

А прямой пластиной LC-DCP фиксируемой 12 кортикальными винтами

- Б интрамедуллярным бедренным гвоздем с ретроградным введением и блокированием+
- В универсальным бедренным гвоздем с антеградным введением и блокированием
- Г пластиной «динамический бедренный винт» DHS

79. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А шина Кузьминского
- Б косыночно-гипсовая повязка по Кузьминскому-Карпенко
- В восьмиобразная гипсовая повязка с ватно-марлевой прокладкой
- Г повязка Дезо с ватно-марлевой прокладкой

80. КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЕРТИКАЛЬНОГО ТАРАНА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА

- А Кумера-Коуэла-рамсея
- Б гипсования Понсети
- В гипсования Дobbса
- Г Колемана

81. РЕПОЗИЦИЯ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА НЕДЕФОРМИРОВАННОЙ ДО ТРАВМЫ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ КОРРЕКНОЙ ТОЛЬКО ПРИ ДОСТИЖЕНИИ КОМПЛЕКСА, ВКЛЮЧАЮЩЕГО

А хороший контакт основных костных фрагментов и внутреннее отклонение общей механической оси не более 12мм

Б хороший контакт основных костных фрагментов при наличии варусной деформации и рекурвации, не превышающих 5 гр. для голени и 7 гр. для бедра

В восстановление принятых за норму референтных линий и углов, отсутствие торсии и неравенства длин конечностей при анатомичном или относительном (по показаниям) сопоставлении костных фрагментов

Г хороший контакт основных костных фрагментов и удовлетворенности пациента вида собственной ногу и расположения костных фрагментов на рентгенограмме

82. ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ КАК ПРАВИЛО \_\_\_\_\_ РЕНТГЕНОГРАФИЯ В ДВУХ ПРОЕКЦИЯХ С \_\_\_\_\_

- А необходима; обязательной компьютерной томографией
- Б необходима; обязательной магниторезонансной томографией
- В необходима; обязательным ультразвуковым исследованием голени
- Г достаточна; охватом каленного и голеностопного суставов

83. ДИАФИЗАРНЫЙ ПЕРЕЛОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ КРОВОПОТЕРЕЙ В МЛ

- А 300-500
- Б 100-300
- В 500-1500
- Г выше 3000

84. 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

85. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА ПАЛЬЦЫ ПРИНИМАЮТ \_\_\_\_\_ ПОЛОЖЕНИЕ

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

86. 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

87. 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

88. ПРИ ЧЕРЕСКОСТНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ БЕДРЕННОЙ И БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ СТЕРЖНИ-ШУРУПЫ ДИАМЕТРОМ

- А Не превышающим 20% диаметра кости на уровне введения стержня-шурупа
- Б 5 или 6 мм
- В Только 6 мм
- Г Только 5 мм

89. НАДМЫШЦЕЛКОВЫЙ И ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫЙ ПЕРЕЛОМЫ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В \_\_ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

- А Нижней трети
- Б Верхней трети
- В Средней трети
- Г Области внутреннего надмыщелка

90. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ПЕРЕЛОМЕ ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ.

- А Накостный остеосинтез.
- Б Закрытый малоинвазивный интрамедуллярный остеосинтез.
- В Внеочаговый остеосинтез.
- Г Комбинированный остеосинтез

91. ОСОБЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А Эффективность консервативного лечения
- Б Открытая репозиция, обнажение места перелома
- В Осуществления дополнительного доступа к поврежденному сосуду или нерву
- Г Предпочтительный накостный остеосинтез фрагментов.

92. ОТКРЫТЫЕ ДИАФИЗАРНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ В ОБЛАСТИ:

- А бедра
- Б плеча
- В ключицы
- Г голени
- Д предплечья

93. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А ПХО, интрамедуллярный остеосинтез
- Б ПХО, накостный остеосинтез пластиной
- В ПХО, наружный чрескостный остеосинтез аппаратами наружной фиксации, дренирование
- Г Накостный остеосинтез серкляжными проволочными швами

Д ПХО, чрекожный малоинвазивный остеосинтез перелома винтами, дренирование  
94. ПРИ II СТЕПЕНИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА РАЗГИБАНИЕ ПАЛЬЦА  
ОГРАНИЧЕНО ДО УГЛА (В ГРАДУСАХ)

А 45-90

Б более 135

В 90-135

Г 30-40

95. К НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ МЕДИЦИНСКИМ И СОЦИАЛЬНЫМ ПОСЛЕДСТВИЯМ  
ПРИВОДЯТ ПЕРЕЛОМЫ

А компрессионные, тел позвонков

Б проксимального отдела плечевой кости

В проксимального отдела бедренной кости

Г дистального отдела лучевой кости

96. СОГЛАСНО-АО-TRAUMA ДИНАМИЧЕСКАЯ КОМПРЕССИОННАЯ ПЛАСТИНА  
НАЗЫВАЕТСЯ

А LC-DCP

Б LISS

В DCP

Г LCP

97. 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

98. АНАТОМИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ ОТЛОМКОВ НЕОБХОДИМО:

А для переломов нижней конечности;

Б для всех переломов;

В для переломов верхней конечности;

Г для внутрисуставных переломов;

Д не требуется

99. ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ С БЛОКИРОВАНИЕМ ПО ОБЩЕМУ  
ПРАВИЛУ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОСЕВУЮ НАГРУЗКУ:

А в ранние сроки;

Б в те же сроки, что и при остеосинтезе пластинами;

В в поздние сроки;

Г не обеспечивает;

Д не проводится.

100. ВНЕОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ  
ПРИМЕНЕН:

А только для простых переломов;

Б только для переломов типа С;

В для всех типов переломов;

Г только как временная фиксация;

Д не применяется.



### 3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения

Компетенция и ее содержимое		Наименование оценочного средства
Индекс индикатора (Зн.-Знания, У.-Умения, Н.-Навыки)	Содержание	
<b>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-5)</b>		<b>Тесты 1-100 Реферат 1-10 Задача 1-10</b>
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	
<b>Готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи (ПК-6)</b>		<b>Тесты 1-100</b> <b>Реферат 1-10</b> <b>Задача 1-10</b>
Зн.6.1	Порядок выдачи листов 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, тутора, брейсы
У.6.5	Разрабатывать схему послеоперационного ведения пациента, его реабилитацию, профилактику послеоперационных осложнений
У.6.6	Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств
У.6.7	Проводить мониторинг течения заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения
У.6.8	Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.9	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функций костно-мышечной системы
У.6.10	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функции костно-мышечной системы
У.6.11	Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.12	Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях
У.6.13	Назначать немедикаментозное лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

У.6.14	Назначать немедикаментозное лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.15	Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.16	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств
У.6.17	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.18	Разрабатывать план подготовки пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к лечебным манипуляциям, лазерным и хирургическим вмешательствам
У.6.19	Разрабатывать план подготовки пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к хирургическому вмешательству или манипуляции
У.6.20	Выполнять лечебные манипуляции, лазерные и хирургические вмешательства пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.21	Выполнять хирургические вмешательства и манипуляции пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.22	Назначать, подбирать и использовать технические средства реабилитации (протезно-ортопедические изделия, корсеты, ортопедические аппараты и обувь, тьютора, брейсы)
У.6.23	Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения
У.6.24	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контроль его эффективности и безопасности
У.6.25	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Н.6.1	Выполнение лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.2	Выполнение лечебных манипуляций, хирургических вмешательств пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.3	Назначение и подбор пациентам ортопедических средств при аномалиях развития конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями

	(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.4	Назначение и подбор пациентам протезно-ортопедических изделий при аномалиях развития конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.5	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.6	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.7	Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.8	Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.9	Направление пациентов, имеющих стойкие нарушения функции костно-мышечной системы, обусловленные травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы
Н.6.10	Оформление медицинских заключений по результатам медицинского освидетельствования в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функции костно-мышечной системы
Н.6.11	Оценка результатов лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.12	Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.13	Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.14	Подготовка необходимой медицинской документации для пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы для осуществления медико-социальной экспертизы в



	федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы	
Н.6.15	Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных или хирургических вмешательств	
Н.6.16	Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
Н.6.17	Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи в предоперационном и послеоперационном периодах	

#### 4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Металлоостеосинтез и его разновидности. Современные виды металлоостеосинтеза. Показания и противопоказания.
2. Метод внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза при лечении ортопедо-травматологических пациентов. Показания и противопоказания.
3. Скелетное вытяжение. Показания и противопоказания к применению. Техника наложения. Ошибки и осложнения при лечении переломов скелетным вытяжением.
4. Гипсовая иммобилизация в лечении переломов. Показания. Правила наложения гипсовых повязок. Ошибки и осложнения.
5. Особенности лечения больных с переломами костей при использовании внешней фиксации
6. Методы лечения открытых переломов с использованием внутренней фиксации. Обоснование их применения
7. Методы репозиции отломков длинных трубчатых костей. Особенности лечения больных с переломами трубчатых костей методами скелетного вытяжения
8. Методы внеочагового остеосинтеза при лечении открытых переломов длинных трубчатых костей в ортопедии и травматологии.
9. Аппараты внешней фиксации. Общие принципы использования метода чрескостного остеосинтеза по Илизарову
10. Метод Илизарова в лечении больных хроническим остеомиелитом

#### 5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

##### Основная литература

1. Переломы проксимального отдела бедренной кости [Электронный ресурс] / Загородний Н.В., Белинов Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. Серия "Библиотека врача-специалиста" Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454350.html>
2. Базовые принципы внутренней фиксации лицевого скелета [Электронный ресурс] / П.Н. Митрошенков [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438114.html>
3. Травматология [Электронный ресурс] / под ред. Миронова С.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445389.html>

### Дополнительная литература

1. Основы чрескостного остеосинтеза : [руководство / Андрианов М. Н. ; под ред. Л. Н. Соломина]. - [2-е изд., перераб. и доп.]. - Москва : Бином, 2015-. - 328 с.Чемоданов В.В., От симптома к диагнозу. Клинические разборы в педиатрии [Электронный ресурс] / под ред. Чемоданова В.В. - М. : Литтерра, 2019. - 624 с. (Серия "Практические руководства") - ISBN 978-5-4235-0336-9 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503369.html>
2. Соломин Л.Н. Основы чрескостного остеосинтеза аппаратом Г.А. Илизарова.-СПб,2015
3. Слободский А.Б., Котельников Г.П. Компьютерная визуализация чрескостного остеосинтеза.-Самара,2014
4. Шевцов В. Чрескостный остеосинтез по Илизарову: теория и практика(клинические аспекты).-2017

### 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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>



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  
« dd » 2021 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ** **Б1.В.ДВ.01.05 ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ** **СУСТАВОВ**

краткое наименование дисциплины: нет

Специальность: 31.08. 66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в  
ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.

## Содержание

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

## 1. Место дисциплины в структуре образовательной программы:

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

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

### **Задачи дисциплины:**

1. Совершенствование теоретических знаний этиопатогенетическим механизмам развития заболеваний суставов.

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

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

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

### **Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:**

Профессиональные компетенции:

-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);

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

## 1. Объем и содержание дисциплины

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

Трудоемкость дисциплины – 216 часов, в том числе:

**Практические занятия** – 72 часа;

**Самостоятельная работа** – 144 часа.

### **Темы занятий:**

1. Ампутация и основы протезирования – 8 часов.

2. Эндопротезирование суставов – 8 часов.

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

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

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

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

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

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

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

### ***Самостоятельная работа:***

Вопросы для самостоятельного изучения:

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

### **Оценочные материалы**

#### ***Рефераты:***

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

#### ***Ситуационные задачи:***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Задача 10.**

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

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

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

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

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

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

1. Установите диагноз.



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

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

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

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

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

**Задача 15.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

**Тестовые задания:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

71. ОДНОМЫШЦЕЛКОВОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА НЕЛЬЗЯ ВЫПОЛНЯТЬ ПРИ

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

72. К ПОКАЗАНИЯМ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ОТНОСЯТ

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

73. ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ ОПТИМАЛЬНА

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

74. ПО ФОРМЕ ПЛЕЧЕ-ЛУЧЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ

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

75. ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ОБЫЧНО СЧИТАЮТ

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

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

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

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

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

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

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

79. АРТРОТОМИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНА В ПРОЕКЦИИ \_\_\_\_\_ БОРОЗДЫ

- А передней латеральной

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

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

- Б 60%
- В 40%
- Г 10-12%

100. УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД КЛИНИКИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ:

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

101. РОЛЬ КОСТНОГО ЦЕМЕНТА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ СВОДИТСЯ К:

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

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

- А да
- Б нет

103. АКТИВИЗАЦИЯ БОЛЬНОГО ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ:

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

104. Физиолечение при эндопротезировании:

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

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

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

106. ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШИХ С ОТКРЫТЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

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

107. СИНДРОМ ИМПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО ЦЕМЕНТА (BCIS) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

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

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

- А 5%
- Б 10%
- В 15%
- Г 20%

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

- А санация полости с сохранением протеза

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

119.ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПОМОЩЬЮ:

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

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

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

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

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

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

- А да
- Б нет

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

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

124. ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРА ПОКАЗАНО:

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

125.ПРОКОЛ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ОПАСЕН В ЗОНЕ:

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

126.ПРИЗНАКИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗОВ:

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

127.ВИДЫ РЕВИЗИОННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ:

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

- Б ревизия сосудисто-нервного пучка, ампутация

128.СПОСОБЫ ЦЕМЕНТНОЙ ФИКСАЦИИ БЕДРЕННОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:

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

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

- А лежа
- Б сидя
- В на каталке

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



Г седалищного

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

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

140. БЕСЦЕМЕНТНЫЙ МЕТОД ФИКСАЦИИ БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН

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

141. В ПРОЦЕССЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРОВОДИТСЯ:

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

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

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

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

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

143. КЛАССИЧЕСКИЙ ТОТАЛЬНЫЙ ЭНДОПРОТЕЗ СОСТОИТ ИЗ:

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

144. ПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ:

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

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

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

146. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ «БАМБУКОВОЙ ПАЛКИ» ХАРАКТЕРЕН

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

147. В ФОРМИРОВАНИИ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НЕ УЧАСТВУЕТ

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

148. СУСТАВНАЯ ЛИНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРОВОДИТСЯ

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

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

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

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

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

А. в положении стоя

Б. в колено-локтевом положении

В. В положении лежа

Г. с отягощением

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

А 15

Б 10

В 6

Г 3

### 3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения

Компетенция и ее содержимое		Наименование оценочного средства
Индекс индикатора (Зн.-Знания, У.-Умения, Н.-Навыки)	Содержание	
<b>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-5)</b>		<b>Тесты 1-150 Реферат 1-10 Задача 1-20</b>
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	<b>Тесты 1-150</b> <b>Реферат 1-10</b> <b>Задача 1-20</b>
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	
<b>Готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи (ПК-6)</b>		
Зн.6.1	Порядок выдачи листков нетрудоспособности	
Зн.6.2	Порядок оказания медицинской помощи пациентам при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы	
Зн.6.3	Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы	
Зн.6.4	Медицинские вмешательства при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные	
Зн.6.5	Медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при лечебных манипуляциях, лазерных и хирургических вмешательствах на костно-мышечной системе	
Зн.6.6	Медицинские показания и медицинские противопоказания для назначения ортопедических протезов в стационарных условиях, методы ухода за ними	
Зн.6.7	Методы лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
Зн.6.8	Методы немедикаментозного лечения травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы в стационарных условиях; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные	
Зн.6.9	Методы обезболивания, применяемые при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"	
Зн.6.10	Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные	
Зн.6.11	Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия"	
Зн.6.12	Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы	
Зн.6.13	Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы	

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

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



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

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

#### **4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации**

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

#### **5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины**

##### **Основная литература**

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

##### **Дополнительная литература**

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

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

#### **Периодические издания**

1. Хирургия позвоночника

#### **Профессиональные базы данных и информационные справочные системы**

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



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  
« dd » 2021 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ** **Б1.Б.06 ДЕТСКАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ И** **ОРТОПЕДИЯ**

краткое наименование дисциплины: Детская ТиО

Специальность: 31.08. 66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.

## Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения	18
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	27
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	28

## **1. Место дисциплины в структуре образовательной программы:**

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

**Цель дисциплины:** совершенствование теоретических знаний и практических навыков в вопросах лечения травм и заболеваний опорно-двигательной системы у детей.

### **Задачи дисциплины:**

1. Сформировать и систематизировать знания о постановке диагноза, проведении дифференциальной диагностики, определении показаний к хирургическим вмешательствам.
2. Сформировать умения и навыки диагностики, лечения, выполнения хирургических манипуляций при лечении детей с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.
3. Ознакомить ординаторов с современными методами клинических и инструментальных исследований, фармакотерапии, профилактики и реабилитации детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата.

### **Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:**

Профессиональные компетенции:

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

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

## **1. Объем и содержание дисциплины**

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

Трудоемкость дисциплины – 216 часов, в том числе:

**Практические занятия** – 72 часа;

**Самостоятельная работа** – 144 часа.

### **Темы занятий:**

1. Врожденные пороки развития нижних конечностей и верхних конечностей. Консервативные и оперативные методы лечения – 6 часов.
2. Пороки развития грудной клетки Диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения – 6 часов.
3. Повреждения позвоночника и ПСМТ у детей. Особенности диагностики и лечения – 6 часов.
4. Врожденный сколиоз. Хирургическое лечение ранних сколиозов – 6 часов.
5. Патогенез формирования паралитического сколиоза. Консервативное и оперативное лечение паралитического сколиоза - 6 часов.
6. Хирургическое лечение деформаций при нейрофиброматозе -6 часов.
7. Врожденный вывих бедра. Выявление ранних признаков врожденного вывиха бедра. Поздний врожденный вывих бедра. Методы лечения – 6 часов.
8. Патология тазобедренного сустава диспластического генеза у детей и подростков – 6 часов.
9. Оперативное лечение детей с врожденной патологией тазобедренного сустава младшего возраста – 6 часов.
10. Детский церебральный паралич. Ортопедические последствия. Профилактика, диагностика и оперативные методы лечения. Реабилитация детей с церебральными параличами – 6 часов.
11. Врожденные пороки развития опорно-двигательного аппарата: мышечная косолопасть и мышечная кривошея – 6 часов.
12. Околосуставные переломы длинных трубчатых костей у детей. Классификации. Диагностика. Принципы и методы консервативного и хирургического лечения – 6 часов.

### **Самостоятельная работа:**

Врожденные системные заболевания скелета.

Наследственно-генетические синдромы и заболевания, сопровождающиеся сколиотической деформацией позвоночника

Нормальный позвоночник в аспекте его трехмерности. Понятие сагиттального баланса

Пороки развития конечностей, позвоночника и грудной клетки. Диагностика.

Эволюция методик хирургического лечения воронкообразных деформаций грудной клетки.

## **Оценочные материалы**

### **Рефераты:**

1. Регенерация костной ткани в разные возрастные периоды.
2. Хирургия врожденных сколиозов у детей.
3. Хирургическое лечение деформаций позвоночника в детском возрасте.
4. Оперативное лечение детей с врожденной патологией тазобедренного сустава младшего возраста.
5. Доброкачественные опухоли позвоночника у детей. Лечение.
6. Врожденные пороки развития опорно-двигательного аппарата.
7. Эволюция методик хирургического лечения воронкообразных деформаций грудной клетки.
8. Метастатические поражения костей опорно-двигательного аппарата, тактика, лечение в детском возрасте.
9. Наследственные генетические синдромы и заболевания, сопровождаемые сколиотической деформацией
10. Детская сколиотическая болезнь.

### **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.

Правый сустав угол  $\alpha=65^\circ$  угол  $\beta=53^\circ$  Левый сустав угол  $\alpha=63^\circ$  угол  $\beta=51^\circ$

**Задача 2.** 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.

**Задача 3.** Вы осматриваете ребенка 1 года 3-х месяцев, который только начал ходить. При осмотре походка неустойчивая, хромота. Отмечается асимметрия кожных складок, укорочение правой ножки. Ограничение отведения правого бедра.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения, прогноз.

**Задача 4.** 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.

**Задача 5.** Мальчик 10 лет катался на велосипеде, упал и ударился животом о руль. Почувствовал боль в левом подреберье. Ребенок самостоятельно пришел домой. Через несколько часов усилились боли в животе, стали иррадиировать в левое надплечье. Была двукратная рвота. Мальчик все время занимал вынужденное положение на левом боку. Температура - 37,6, тахикардия, А/Д - 90/60 мм рт.ст. Стул и мочеиспускание в норме.



При осмотре в левом подреберье определяется болезненность, ригидность мышц и симптом Щеткина-Блюмберга.

Вы - дежурный врач неотложной помощи. Ваш диагноз и тактика лечения. План обследования на госпитальном этапе, тактика лечения.

**Задача 6.** Ребенок 4-х лет поступил в клинику с хромотой на правую ногу, наружной ротацией конечности и ее укорочением на 2 см, ограничением отведения бедра и отрицательным симптомом Дюшена - Тренделенбурга. У матери ребенка во время беременности отмечался токсикоз.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные клиничко-рентгенологические исследования следует провести для установления клинического диагноза.

**Задача 7.** При медицинском осмотре в школе у ребенка 8 лет впервые выявлено низкое положение надплечья справа, отклонение остистых отростков груднопоясничного отдела позвоночника, асимметрия треугольников талии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования.
3. Варианты лечения - консервативное или оперативное.

**Задача 8.** 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 9.** Ребенок 7 лет поступил в клинику с жалобами на уплотнение в боковой поверхности шеи слева, наклон головы и поворот ее в противоположную сторону. Со слов матери данное образование выявлено в 5-ти месячном возрасте, по поводу которого проводилось консервативное лечение, отмечалось значительное улучшение. Спустя 6 лет вновь появились вышеуказанные признаки.

Вопросы:

1. Установить клинический диагноз.
2. Определить тактику лечения.
3. Ориентировочный прогноз.

**Задача 10.** 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, анисокория. Левое бедро на уровне  $\frac{1}{3}$  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.

**Тестовые задания:**

1. ВРОЖДЕННЫЙ ТРЕТИЧНЫЙ СУСТАВНОЙ СИФИЛИС ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- А 30-50
- Б 20-30
- В старше 50
- Г 10-20

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

- А 8 клиничко-рентгенологических групп развития
- Б 5 клиничко-рентгенологических групп развития
- В 3 клиничко-рентгенологических групп развития

- Г 6 клинико-рентгенологических групп развития
3. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ (ПОДВЫВИХЕ БЕДРА) ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
- А Прерывистость дуги Шентона
  - Б Скошенность крыши вертлужной впадины (ацетабулярный угол более 29 градусов)
  - В Смещение линии оси шейки бедренной кости относительно центра впадины (по схеме Садофьевой)
  - Г Латеропозиция проксимального отдела бедра относительно линии Омбредана-Перкенса
4. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ
- А Нейрофиброматоза
  - Б Мраморной болезни
  - В Болезни Олье
  - Г Ахондропазии
5. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИ ПРИЗНАКАМ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ГОЛЕНИ ЛАТЕНТНОГО ТИПА ОТНОСЯТ
- А Варусно-антекурвационную деформацию голени и её укорочение
  - Б Эквинусную деформацию стопы
  - В Паралич мышц голени
  - Г Гипертрофию голени и атрофия бедра
6. К НЕХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ВРОЖДЕННОЙ ЛУЧЕВОЙ КОСОРУКОСТИ ОТНОСЯТ
- А Варианты недоразвития локтевой кости с укорочением и искривлением предплечья в локтевую сторону
  - Б Варианты пороков развития пальцев и кисти
  - В Варианты недоразвития лучевой кости с укорочением и искривлением предплечья в лучевую сторону
  - Г Лучевую девиацию кисти
7. ТРИАДА ПУТТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ
- А Врожденного вывиха бедра
  - Б Врожденной genu valgum
  - В Болезни Блаунта
  - Г Деформации Манделунга
8. ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА ДОЛЖЕН БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН:
- А В сроке от 1 года до 3 лет
  - Б С момента рождения до 1 месяца жизни
  - В С 1 месяца жизни до 3 месяцев
  - Г С 3 месяцев жизни до 1 года
9. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:
- А Нейрофиброматоза
  - Б Ахондроплазии
  - В Фиброзной дисплазии
  - Г Миелодисплазии
10. ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСПОЗИЦИИ СУХОЖИЛИЯ ПЕРЕДНЕЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ ПРИ РЕЦИДИВЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ НАСТУПАЕТ С:
- А 5 лет
  - Б 3 лет
  - В 24 месяцев
  - Г 18 месяцев
11. ПРОСТОГО ОТКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПТИМАЛЬНЫМ СЧИТАЕТСЯ ВОЗРАСТОМ:
- А 10-12 месяцев
  - Б 2 года
  - В 5 лет
  - Г 6 месяцев

12. ОСНОВНОЙ ТАКТИКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО УЗКОГО ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- А метод Гальвестона
- Б фиксация Магерл
- В ламинопластика
- Г корпоропластика

13. ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ВЫПОЛНЕНИИ КОРРИГИРУЮЩЕЙ МЕЖВЕРТЕЛЬНОЙ (ПОДВЕРТЕЛЬНОЙ) ОСТЕОТОМИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ, КАК ОДНОГО ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ (ПОДВЫВИХЕ) БЕДРА, НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ НАСТУПАЕТ С (В ГОДАХ):

- А 2
- Б 7
- В 5
- Г 1

14. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННОГО ПСЕВДОАРТРОЗА ЧАЩЕ ВСЕГО СЧИТАЮТ:

- А рахитоподобные заболевания
- Б нейрофиброматоз и фиброзную дисплазию
- В доминантную мутацию генов COL1A1 или COL1A2, кодирующую синтез  $\alpha$ -2 цепей коллагена первого типа
- Г сахарный диабет 2 типа

15. МЕТОДИКОЙ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА, УТРАТИВШЕЙ АКТУАЛЬНОСТЬ (ЯТРОГЕННАЯ В ОТНОШЕНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА), ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДИКА:

- А с использованием функциональной гипсовой повязки
- Б по Пачи-Лоренц
- В с использованием предрепозиционной подготовки (массаж, тенотомия) и функциональной шины
- Г вытяжения «overhead»

16. ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА – АНОМАЛИЯ КЛИППЕЛЬ-ФЕЙЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ \_\_\_ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ:

- А расщеплением тел
- Б конкрецией
- В расщеплением задних структур
- Г гипоплазией суставных отростков

17. ВРОЖДЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С НАЛИЧИЕМ ПОД КОЖЕЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ТОННЕЛЕОБРАЗНОГО ХОДА, ОТКРЫВАЮЩЕГОСЯ НА КОЖЕ ОДНИМ ИЛИ НЕСКОЛЬКИМИ ТОЧЕЧНЫМИ ОТВЕРСТИЯМИ, РАСПОЛАГАЮЩИМИСЯ МЕЖДУ ЯГОДИЦАМИ СТРОГО ПОСРЕДНЕЙ ЛИНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А синдром Фуа-Иллемана
- Б синдром Бертолотти
- В кокцигодия
- Г эпителиальный копчиковый ход

18. ВРОЖДЕННАЯ СГИБАТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А наличие вывиха головки лучевой кости в плече-лучевом сочленении
- Б сохранностью соотношений в плече-лучевом сочленении
- В недоразвитием локтевой кости с локтевой девиацией кисти
- Г искривлением предплечья в локтевую сторону

19. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОГО РАДИОУЛЬНАРНОГО СИНОСТОЗА ПО CLERY-OMER К I ТИПУ ОТНОСИТСЯ \_\_\_ СИНОСТОЗ \_\_\_

- А костный; передним вывихом головки лучевой кости
- Б костный; недоразвитием головки лучевой кости
- В костный; задним вывихом головки лучевой кости
- Г фиброзный; нормальным развитием головки лучевой кости

- Д К НЕХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ВРОЖДЕННОЙ ЛУЧЕВОЙ КОСОРУКОСТИ ОТНОСЯТ
- А лучевую девиацию кисти
  - Б варианты недоразвития лучевой кости с укорочением и искривлением предплечья в лучевую сторону
  - В варианты недоразвития локтевой кости с укорочением и искривлением предплечья в локтевую сторону
  - Г варианты пороков развития пальцев и кисти
20. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ
- А ахондроплазии
  - Б фиброзной дисплазии
  - В миелодисплазии
  - Г нейрофиброматоза
21. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПАТОЛОГИЯМ СРЕДИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
- А амниотические болезни
  - Б пороки развития генетического происхождения
  - В Гипотрофию
  - Г генерализованные аномалии
22. СИМПТОМ ОРТОЛАНИ-МАРКСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
- А Врожденной мышечной кривошее
  - Б Болезни Шпренгеля
  - В Врожденной косолапости
  - Г Врожденного вывиха бедра
23. КЛАССИФИКАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПО Д.А. ПОПКОВУ ИМЕЕТ ВСЕГО
- А 8 клинико- рентгенологических групп развития
  - Б 6 клинико- рентгенологических групп развития
  - В 5 клинико- рентгенологических групп развития
  - Г 3 клинико- рентгенологических группы развития
24. ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ СII ПОЗВОНКА- «ЗУБОВИДНАЯ КОСТЬ» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ \_\_\_\_\_ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА
- А гипоплазией
  - Б аплазией
  - В несращением
  - Г гипертрофией
25. ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ СII ПОЗВОНКА- «ЗУБОВИДНАЯ КОСТЬ» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ \_\_\_\_\_ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА
1. гипоплазией
  2. аплазией
  3. несращением
  4. гипертрофией
26. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННОГО ПСЕВДОАРТРОЗА ЧАЩЕ ВСЕГО СЧИТАЮТ
- А сахарный диабет второго типа
  - Б доминантную мутацию генов COL1A1 или COL1A2, кодирующую синтез α-2 цепей коллагена первого типа
  - В нейрофиброматоз и фиброзную дисплазию
  - Г рахитоподобные заболевания
27. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ПО ТЕХНОЛОГИИ ПОПКОВЫХ ЛЕЖИТ
- А максимальная резекция диспластической костной ткани
  - Б увеличение распространённости сосудистой сети и массы костной ткани как со стороны периоста, так и со стороны эндостальной поверхности (интрамедулярного канала)
  - В иссечение гемартроматозной фиброзной ткани периоста
  - Г трансплантация аллокости

28. ВРОЖДЕННАЯ КРЫЛОВИДНАЯ ЛОПАТКА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А болезни Шпренгеля
- Б ДЦП с гипертонусом лопаточной мышцы
- В сколиозе
- Г болезни Маделунга

29. СРЕДИ ВСЕХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПЕРВОЕ МЕСТО ЗАНИМАЕТ

- А кривошея
- Б патология тазобедренного сустава
- В ложный сустав голени
- Г косолапость

30. ДИАГНОЗ «ВРОЖДЕННАЯ СОХА VARA» МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН КЛИНИЧЕСКИ

- А при рождении
- Б в период 1 месяца жизни до 4 месяцев
- В в период с 9 месяцев до 1,5 лет
- Г в возрасте 2-3 лет

31. ДИАГНОЗ «ВРОЖДЕННАЯ СОХА VARA» МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН КЛИНИЧЕСКИ

- Д при рождении
- Е в период 1 месяца жизни до 4 месяцев
- Ж в период с 9 месяцев до 1,5 лет
- З в возрасте 2-3 лет

32. МЕТОД ПОНСЕТИ СЛУЖИТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- А врожденной косолапости
- Б врожденной кривошеи
- В врожденного вывиха бедра
- Г врожденного ложного сустава голени

33. ПОД БОЛЕЗНЬЮ ШПРЕНГЕЛЯ ПОНИМАЮТ

- А врожденную деформацию, грудного отдела позвоночника
- Б рахитоподобное заболевание
- В врожденную деформацию костей предплечья
- Г врожденное высокое стояние лопатки

34. ЛИКВИДАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПЕРЕТЯЖЕК ПРЕДПЛЕЧЬЯ И ПЛЕЧА ВЫПОЛНЯЮТСЯ

А как минимум в два этапа с выкраиванием двух пар встречных треугольных лоскутов на уровне перетяжки и поперечным рассечением глубоких фасций сгибателей и разгибателей

Б с выкраиванием трех-четырех фигур встречных треугольных лоскутов на уровне перетяжки и продольным рассечением глубоких фасций по ходу сгибателей и разгибателей

В с выкраиванием трех-четырех фигур встречных треугольных лоскутов на уровне перетяжки и поперечным рассечением глубоких фасций по ходу сгибателей и разгибателей

Г как минимум в два этапа с выкраиванием двух пар встречных треугольных лоскутов на уровне перетяжки и продольным рассечением глубоких фасций сгибателей и разгибателей

35. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ СВЯЗАН С НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ В \_\_\_% СЛУЧАЕВ

- А 10-25
- Б 70
- В 100
- Г 50-55

Д ТЕХНОЛОГИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ГОЛЕНИ В ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОСТЕСИНТЕЗЕ ПО ПОПКОВЫМ ВКЛЮЧАЕТ

- А пересадку кожно-мышечного лоскута на сосудистой ножке
- Б интрамедуллярную имплантацию с гидроксиапатитным покрытием
- В резекцию диспластически измененного участка кости
- Г иссечение гемартроматозной фиброзной ткани периоста

36. ПОД КЛИНОДАКТИЛИЕЙ ПОНИМАЮТ ВРОЖДЕННЫЙ ДЕФЕКТ РАЗВИТИЯ ПАЛЬЦЕВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ
- А их искривлением относительно оси конечности
  - Б отсутствием проксимальных фаланг пальцев
  - В наличие добавочных фаланг пальцев
  - Г наличием дополнительного пальца
37. ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ С2 ПОЗВОНКА «ЗУБОВИДНАЯ КОСТЬ» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ \_\_\_\_\_ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА
- А несращением
  - Б гипертрофией
  - В гипоплазией
  - Г аплазией
38. ДИАГНОЗ «ВРОЖДЕННАЯ СОХА VARA» МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН КЛИНИЧЕСКИ
- А в возрасте 2-3 лет
  - Б в период с 9 месяцев до 1.5 лет
  - В в период 1 месяца жизни до 4 месяцев
  - Г при рождении
39. В ПАТОГЕНЕЗЕ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ОТВОДИТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМ В \_\_\_\_\_ МЫШЦЕ
- А грудинно-ключично-сосцевидной
  - Б ременной
  - В подкожной
  - Г трапецевидной
40. ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
- А абдукции стопы
  - Б пронации стопы
  - В эквинуса стопы
  - Г вывиха в суставе Лисфранка
41. ПОД БОЛЕЗНЬЮ ШПРЕНГЕЛЯ ПОНИМАЮТ
- А врожденную деформацию грудного отдела позвоночника
  - Б рахитоподобное заболевание
  - В врожденную деформацию костей предплечья
  - Г врожденное высокое стояние лопатки
42. ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ОБЫЧНО СЧИТАЮТ
- А атеросклероз сосудов
  - Б дистрофические изменения в костной ткани
  - В дисплазию мышечной ткани
  - Г гиперсклероз кости
43. ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ТИПОВ 1-А И 1-В ПО ТЕХНОЛОГИИ ПОПКОВЫХ ИМЕЕТ
- А возрастание укорочения конечности в 100% случаев;
  - Б Отсутствие консолидации в 50% случаев
  - В Отсутствие неудовлетворительных исходов
  - Г Рецидив псевдоартроза в 100% случаев.
44. ВРОЖДЕННАЯ КРЫЛОВИДНАЯ ЛОПАТКА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
- А сколиозе
  - Б болезни Маделунга
  - В ДЦП с гипертонусом лопаточной мышцы
  - Г болезнь Шпренгеля
45. АХИЛЛОТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ МЕТОДИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ
- А Ponseti
  - Б French Physiotherapy
  - В Kite
  - Г при всех методика

46. МЕТОД ПОНСЕТИ СЛУЖИТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ  
 А врожденного ложного сустава голени  
 Б врожденной кривошеи  
 В врожденного вывих бедра  
 Г врожденной косолапости
47. СИМПТОМ ОРТОЛАНИ-МАРКСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ  
 А болезни Шпренгеля  
 Б врожденной косолапости  
 В врожденной мышечной кривошеи  
 Г врожденного вывиха бедра
48. КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЕРТИКАЛЬНОГО ТАРАНА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА  
 А Кумера-Коуэла-рамсея  
 Б гипсования Понсети  
 В гипсования Доббса  
 Г Колемана
49. ЛИКВИДАЦИЯ ПРОСТОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ СИНДАКТИЛИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА С ВОЗРАСТА  
 А старше 3 лет  
 Б 3 месяцев  
 В 6 месяцев  
 Г 1 год
50. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АХОНДРОПЛАЗИИ С ЦЕЛЬЮ УВЕЛИЧЕНИЯ РОСТА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_ ВОЗРАСТЕ  
 А В детском и подростковом  
 Б Во взрослом  
 В В юношеском  
 Г В младенческом
51. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК ФОРМИРОВАНИЯ ВЫВИХА (ПОДВЫВИХА) БЕДРА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ УРОВНЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ  
 1. GMFCS IV  
 2. GMFCS I  
 3. GMFCS II  
 4. GMFCS III
52. ЧАСТОТА ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОГО ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОГО ВИТАМИН D-РЕЗИСТЕНТНОГО РАХИТА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ  
 А 1:5000  
 Б 1:40000  
 В 1: 20000  
 Г 1: 6000
53. В НОРМЕ НА R-ГРАММЕ ДЕТСКОГО ЛОКТЕВОГО СУСТАВА В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОСЬ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ДЕЛИТ ГОЛОВЧАТОЕ ВОЗВЫШЕНИЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ  
 А пополам  
 Б на  $\frac{3}{4}$   
 В на  $\frac{2}{3}$   
 Г на  $\frac{1}{3}$
54. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ ВИТАМИН D-РЕЗИСТЕНТНЫМ РАХИТОМ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ  
 А в раннем (5-6 лет) детском возрасте  
 Б не ранее 20 лет  
 В не ранее 15-16 лет  
 Г во взрослом возрасте
55. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПРОВОДИТСЯ С  
 А 2 лет

- Б рождения  
В 8 лет  
Г 5 лет
56. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ  
А шина Кузьминского  
Б косыночно-гипсовая повязка по Кузьминскому-Карпенко  
В восьмиобразная гипсовая повязка с ватно-марлевой прокладкой  
Г повязка Дезо с ватно-марлевой прокладкой
57. У ДЕТЕЙ ПРИ ВЫВИХЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ С ОТРЫВОМ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫШЦЕЛКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ НЕРВ  
А локтевой  
Б лучевой  
В срединный  
Г кожно-мышечный
58. НАДМЫШЦЕЛКОВЫЙ И ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫЙ ПЕРЕЛОМЫ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В \_\_\_ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ  
А Нижней трети  
Б Верхней трети  
В Средней трети  
Г Области внутреннего надмыщелка
59. ВСЕМ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ УЗИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:  
А однократно  
Б дважды  
В каждый месяц  
Г один раз в три месяца
60. ДЛЯ ДЕТЕЙ С АХОНДРОПЛАЗИЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО  
А уменьшение поясничного лордоза  
Б увеличение угла наклона таза  
В уменьшение грудного кифоза  
Г увеличение тазового индекса
61. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОСТЕОГЕНЕЗЕ У ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМИ ЗОНАМИ РОСТА ЯВЛЯЕТСЯ  
А параоссальное расположение спиц и стержней  
Б трансфизарное встречное проведение эластичных стержней  
В встречно-боковое проведение стержней  
Г компрессионно-дистракционный остеосинтез
62. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ  
А МРТ  
Б КТ  
В рентгеновская денситометрия  
Г цифровая рентгенография
63. КОНСОЛИДАЦИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИ НАДМЫШЦЕЛКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ В СРОКИ «В НЕДЕЛЯХ»  
А 2-3  
Б 6-7  
В 3-4  
Г 8-9
64. ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ НАД И ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ  
А верхней третьей плечевой кости  
Б внутреннего надмыщелка  
В средней третьей плечевой кости  
Г нижней третьей плечевой кости
65. У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ



- А пронационный подвывих головки лучевой кости  
Б задне-боковой вывих предплечья  
В изолированный вывих предплечья  
Г задний вывих предплечья
66. ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ НАД- И ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ
- А средней третьей плечевой кости  
Б верхней третьей плечевой кости  
В нижней третьей плечевой кости  
Г внутреннего надмыщелка
67. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ МРТ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ НЕ ОТНОСЯТ
- А противоречивые рентгенограммы  
Б неврологические симптомы в отсутствие рентгенологических  
В поздние сроки после травмы (>3 дней)  
Г возраст старше 8 лет
68. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ ИСПОЛБУЕТСЯ
- А шина Кузьминского  
Б косыночно-гипсовая повязка по Кузьминскому-Карпенко  
В восьмиобразная гипсовая повязка с ватно-марлевой прокладкой  
Г повязка Дезо с ватно-марлевой прокладкой
69. ДЛЯ ЦЕНТРИРУЮЩИХ (РЕМОДЕЛИРУЮЩИХ) ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛЕГГ – КАЛЬВЕ – ПЕРТЕСА НЕОПРАВДАНЫМ СЧИТАЕТСЯ ВОЗРАСТ ДЕТЕЙ (В ГОДАХ)
- А 10  
Б 8  
В младше 6  
Г 14
70. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ
- А аутотрансплантаты  
Б искусственные трансплантаты  
В аллотрансплантаты  
Г ксенотрансплантаты
71. К КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МОБИЛЬНОЙ ПЛОСКОЙ СТОПЫ У ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТ
- А болевой синдром, болезненный «натоптыш»  
Б положительный тест Джека  
В тяжелое уплощение продольного свода стоп  
Г проблему с ношением обуви
72. ПРИ ДЕФОРМАЦИИ МАДЕЛУНГА ШТЫКООБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ПРЕДПЛЕЧЬЯ НА УРОВНЕ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА НАЧИНАЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В ВОЗРАСТЕ
- А 1 года  
Б 12-14 лет  
В 6 месяцев  
Г 6-7 лет
73. ЯДРО ОКОСТЕНЕНИЯ ГОЛОВОЧКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА
- А 3-4 года  
Б 6-9 месяцев  
В сразу после рождения  
Г 1-2 года
74. РЕНГЕНОГРАФИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ДИСПЛАЗИЮ
- А проводится в 1 месяц  
Б не проводится  
В проводится в 1 год

- Г проводится с 3 месячного возраста
75. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЭПИФИЗА У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А Укорочение конечности
  - Б Патологический перелом
  - В Ложный сустав
  - Г Деформация сегмента
76. НЕОБХОДИМОСТЬ РАННЕГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ХОНДРОМАТОЗЕ КОСТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА НАРУШЕНИЕМ
- А нейро-трофическими нарушениями
  - Б функции висцеральных органов ребенка
  - В психологического развития ребенка
  - Г биомеханики опорно-двигательного аппарата
77. ПОД ПЕРЕЛОМОМ ПО ТИПУ «ЗЕЛеной ВЕТКИ» У ДЕТЕЙ ПОНИМАЮТ ПЕРЕЛОМ
- А поперечный, со смещением костных фрагментов
  - Б кортикальных слоев кости с волнообразной деформацией надкостницы
  - В оскольчатый
  - Г с повреждением надкостницы и кортикального слоя только с одной стороны
78. ВЫБОР МЕТОДА ФИКСАЦИИ ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ У ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ СВЯЗАН С:
- А Учетом амплитуды движений в коленном суставе
  - Б Давностью травмы
  - В Наличием функционирующих зон роста
  - Г Учетом внутрисуставных комбинированных изменений
79. Укажите признаки врожденного предвывиха бедра:
- А запаздывание появления ядра окостенения в головке бедра;
  - Б скошенность крыши вертлужной впадины;
  - В увеличение ацетабулярного угла;
  - Г центрация головки бедра на уровне вертлужной впадины
80. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ПОКАЗАНО:
- А до 5 месяцев
  - Б до года
  - В до 2 лет
  - Г до 3 лет
  - Д в 3-4 года
81. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ФОРМАМИ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЮТСЯ:
- А костная
  - Б мышечная
  - В рефлекторная
  - Г воспалительная
82. КАКИЕ СКОЛИОЗЫ ОТНОСЯТСЯ К КАТЕГОРИИ ЮВЕНИЛЬНЫХ?
- А выявляемые в возрасте до 4 лет
  - Б выявляемые в возрасте до 14 лет
  - В выявляемые в возрасте от 14 до 20 лет
83. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОСТОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ВОЗМОЖНО СТАВИТЬ
- А при затухающей стадии процесса
  - Б при хронической форме остеомиелита
  - В при свищевой форме
  - Г в период ремиссии
  - Д не менее, чем через 2-4 года
  - Е после полного клинического и рентгенологического выздоровления

84. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КРИВОШЕЕ СО 2-7 НЕДЕЛИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА МОЖНО НАЧИНАТЬ:
- А электромагнитное поле СВЧ (460 МГц)
  - Б коротковолновое ультрафиолетовое излучение
  - В ультразвук и озокеритовые аппликации
  - Г аэроионотерапию
  - Д все перечисленное
85. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
- А с момента рождения
  - Б с 2-недельного возраста
  - В с 2-5 месяцев
  - Г с 0.5-1 года
  - Д после 1 года
86. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
- А УВЧ-терапию
  - Б ионизацию с хлористым кальцием
  - В ионизацию с йодистым калием
  - Г ионофорез с гидрокортизоном
  - Д все перечисленное
87. ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ПРИМЕНЯЮТСЯ
- А курортное лечение
  - Б физиотерапия
  - В лечебная гимнастика
  - Г массаж
  - Д водные процедуры
88. ТИПИЧНЫЙ МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЛОПАТКИ У ДЕТЕЙ ПРЯМОЙ УДАР В ОБЛАСТИ СПИНЫ
- А прямой удар в области спины
  - Б падение на отведенную руку
  - В падение на приведенную руку
  - Г сформированные вращательные движения рук в плечевом суставе
  - Д падение на спину в максимальном сгибании позвоночника
89. ОПТИМАЛЬНОЙ ФИКСИРУЮЩЕЙ ПОВЯЗКОЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А повязка Дезо
  - Б торакобрахиальная повязка
  - В гипсовая 8-образная повязка
  - Г костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому - Карпенко
  - Д фиксация не требуется
90. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- А вправление, пункция сустава, моделированная гипсовая лонгета
  - Б вправление, гипсовая лонгета
  - В открытое вправление, стабилизирующие оперативно-технические процедуры
  - Г закрытое вправление без иммобилизации
91. ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗАПОДОЗРИТЬ РОДОВОЙ ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ БЕЗ СУЩЕСТВЕННОГО СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ
- А гематома в области плечевого сустава
  - Б крепитация отломков
  - В гемипарез
  - Г беспричинный плач и реакция на болевое ощущение при пеленании
  - Д нарушение кровообращения
92. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РОДОВОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А фиксация ручки к туловищу ребенка

- Б лейкопластырное вытяжение
  - В гипсовая повязка
  - Г повязка Дезо
  - Д гипсовая лонгета по Волковичу с отведением плеча (90°) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90°)
93. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ
- в шейном отделе
  - в верхне-грудном отделе
  - в средне-грудном отделе
  - в нижне-грудном отделе
  - в поясничном отделе
94. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ
- А Функциональный метод лечения (вытяжение, ЛФК. Массаж)
  - Б лечение с помощью корсетов
  - В оперативное лечение
  - Г одномоментную реклиацию + корсет
  - Д не требуется корсет
95. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ СТАЦИОНАРНОГО ПЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- А Функциональный со стабильной реклинирующей укладкой
  - Б Оперативный с последующей реабилитацией
  - В корсетный
  - Г разгрузка на горизонтальной плоскости
  - Д лечения не требуется
96. МЫШЕЧНУЮ КРИВОШЕЮ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ
- А к миогенной деформации
  - Б к десмогенной деформации
  - В к неврогенной деформации
  - Г к дермо-десмогенной деформации
97. ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ОТРЫВА ЧАСТИ КОНЕЧНОСТИ НА УРОВНЕ СУСТАВА, ВЫПОЛНЕННАЯ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ У ДЕТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:
- А ампутацией
  - Б экзартикуляцией
  - В первичной хирургической обработкой
  - Г костнопластической операцией
  - Д фасциопластической операцией
98. ПОВРЕЖДЕНИЕ КАКИХ СУХОЖИЛИЙ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ РЕЗАННЫХ РАН НА КИСТИ ИЛИ СТОПЕ:
- А сухожилий разгибателей пальцев кисти
  - Б сухожилий разгибателей пальцев стопы
  - В сухожилий четырехглавой мышцы бедра
  - Г сухожилий сгибателей пальцев кисти и стопы
  - Д ахиллова сухожилия
99. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИХОДИТСЯ ПРИБЕГАТЬ К ЕЕ ОСТЕОСИНТЕЗУ:
- А в 3-5% случаев
  - Б в 10-12% случаев
  - В в 26-30% случаев
  - Г в 32-70% случаев
  - Д в 90-95% случаев
100. ПРИ ФИБРОЗНОЙ ОСТЕОДИСПЛАЗИИ В КОСТЯХ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:
- А хрящевая ткань
  - Б фиброзно-хрящевая ткань
  - В фиброзная ткань
  - Г воспалительная грануляционная ткань

## 3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения

Компетенция и ее содержимое		Наименование оценочного средства
Индекс индикатора (Зн.-Знания, У.-Умения, Н.-Навыки)	Содержание	
<b>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-5)</b>		<b>Тесты 1-100 Реферат 1-10 Задача 1-10</b>
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		
<b>Готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи (ПК-6)</b>			<b>Тесты 1-100</b> <b>Реферат 1-10</b> <b>Задача 1-10</b>
Зн.6.1	Порядок выдачи листов нетрудоспособности		
Зн.6.2	Порядок оказания медицинской помощи пациентам при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы		



Зн.6.3	Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Зн.6.4	Медицинские вмешательства при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные
Зн.6.5	Медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при лечебных манипуляциях, лазерных и хирургических вмешательствах на костно-мышечной системе
Зн.6.6	Медицинские показания и медицинские противопоказания для назначения ортопедических протезов в стационарных условиях, методы ухода за ними
Зн.6.7	Методы лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Зн.6.8	Методы немедикаментозного лечения травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы в стационарных условиях; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные
Зн.6.9	Методы обезболивания, применяемые при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"
Зн.6.10	Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные
Зн.6.11	Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия"
Зн.6.12	Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы
Зн.6.13	Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы
Зн.6.14	Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Зн.6.15	Принципы и методы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Зн.6.16	Принципы и методы хирургического лечения травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы в стационарных условиях; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные
Зн.6.17	Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных,

	возникших при обследовании или лечении пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Зн.6.18	Стандарты медицинской помощи при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани
Зн.6.19	Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи взрослым и детям при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы
Зн.6.20	Стандарты специализированной медицинской помощи при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы
Зн.6.21	Требования асептики и антисептики
У.6.1	Разрабатывать план лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.2	Разрабатывать план лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.3	Назначать лекарственные препараты в предоперационном периоде и в послеоперационном периоде
У.6.4	Назначать и использовать протезно-ортопедические изделия: корсеты, ортопедические аппараты и обувь, тьютора, брейсы
У.6.5	Разрабатывать схему послеоперационного ведения пациента, его реабилитацию, профилактику послеоперационных осложнений
У.6.6	Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств
У.6.7	Проводить мониторинг течения заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения
У.6.8	Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.9	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функций костно-мышечной системы
У.6.10	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функции костно-мышечной системы
У.6.11	Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.12	Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях

У.6.13	Назначать немедикаментозное лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.14	Назначать немедикаментозное лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.15	Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.16	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств
У.6.17	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.18	Разрабатывать план подготовки пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к лечебным манипуляциям, лазерным и хирургическим вмешательствам
У.6.19	Разрабатывать план подготовки пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к хирургическому вмешательству или манипуляции
У.6.20	Выполнять лечебные манипуляции, лазерные и хирургические вмешательства пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.21	Выполнять хирургические вмешательства и манипуляции пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.22	Назначать, подбирать и использовать технические средства реабилитации (протезно-ортопедические изделия, корсеты, ортопедические аппараты и обувь, тьютора, брейсы)
У.6.23	Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения
У.6.24	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контроль его эффективности и безопасности
У.6.25	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Н.6.1	Выполнение лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.2	Выполнение лечебных манипуляций, хирургических вмешательств пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями

	(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.3	Назначение и подбор пациентам ортопедических средств при аномалиях развития конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.4	Назначение и подбор пациентам протезно-ортопедических изделий при аномалиях развития конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.5	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.6	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.7	Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.8	Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.9	Направление пациентов, имеющих стойкие нарушения функции костно-мышечной системы, обусловленные травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы
Н.6.10	Оформление медицинских заключений по результатам медицинского освидетельствования в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функции костно-мышечной системы
Н.6.11	Оценка результатов лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.12	Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.13	Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с

	травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.14	Подготовка необходимой медицинской документации для пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы
Н.6.15	Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных или хирургических вмешательств
Н.6.16	Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.17	Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи в предоперационном и послеоперационном периодах

#### 4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика, принципы лечения.
2. Врожденный вывих бедра. Этиология, патогенез. Ранняя диагностика.
3. Консервативное лечение дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра.
4. Оперативное лечение врожденного вывиха бедра.
5. Отдаленные ортопедические последствия врожденного вывиха бедра, их профилактика.
6. Врожденная косолапость. Клиника и принципы лечения.
7. Патологическая осанка. Ее виды и факторы, способствующие возникновению.
8. Сколиотическая болезнь. Этиология, патогенез. Классификация сколиозов.
9. Принципы клинической и рентгенологической диагностики сколиоза. Прогнозирование.
10. Комплексное консервативное лечение сколиоза. Оперативное лечение.

#### 5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

##### Основная литература

1. Меркулов В.Н., Детская травматология [Электронный ресурс] / Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Бухтин К.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4705-5 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447055.html>
2. Клинические рекомендации. Травматология и ортопедия детского и подросткового возраста / под ред. С. П. Миронова М.:ГЭОТАР,2018
3. Детская травматология : учебник / Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров, В. И. Зорин..- М.:ГЭОТАР,2017
4. Бениашвили Р.М., Амбулаторная травматология детского возраста. Руководство [Электронный ресурс] / Р.М. Бениашвили [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-4119-0 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441190.html>

5. Разумовский А.Ю., Детская хирургия [Электронный ресурс] / под ред. А.Ю. Разумовского; отв. ред. А.Ф. Дронов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-3803-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438039.html>
6. Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с. - ISBN 978-5-9704-3497-0 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434970.html>
7. Миронова С.П., Клинические рекомендации. Травматология и ортопедия детского и подросткового возраста [Электронный ресурс] / под ред. С.П. Миронова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-4244-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442449.html>

### **Дополнительная литература**

1. Кузнечихин Е.П., Ульрих Э.В. Хирургическое лечение детей с заболеваниями опорно-двигательной системы. – М.: Медицина, 2015.
2. Чемоданов В.В., От симптома к диагнозу. Клинические разборы в педиатрии [Электронный ресурс] / под ред. Чемоданова В.В. - М. : Литтерра, 2019. - 624 с. (Серия "Практические руководства") - ISBN 978-5-4235-0336-9 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503369.html>
3. Никитюк Д.Б., Анатомия человека : атлас для педиатров [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Никитюк Д.Б., Ключкова С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4262-3 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442623.html>
4. Жила Н.Г., Особенности диагностики и формулирования диагноза в детской травматологии [Электронный ресурс] / Жила Н.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-3920-3 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439203.html>
5. Блохин Б.М., Неотложная педиатрия [Электронный ресурс]: национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 832 с. : ил. - 832 с. - ISBN 978-5-9704-5044-4 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450444.html>
6. Шайтор В.М., Скорая и неотложная медицинская помощь детям [Электронный ресурс] : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-4818-2 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448182.html>

### **Периодические издания**

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

### **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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>



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  
« dd » 2021 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ** **Б1.В.ДВ.01.07 АРТРОСКОПИЯ**

краткое наименование дисциплины: нет

Специальность: 31.08. 66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.

## Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения	23
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	32
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	33



## **1. Место дисциплины в структуре образовательной программы:**

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

**Цель дисциплины:** формирование способности и готовности выполнять профессиональные задачи в области диагностической и лечебной артроскопии у пациентов с повреждениями и заболеваниями крупных суставов.

### **Задачи дисциплины:**

1. Сформировать и систематизировать знания по анатомии и биомеханике суставов человека, а также современных методах диагностики и лечения последствий повреждений и ортопедической патологии крупных суставов.

2. Сформировать умения и навыки диагностики и лечения пациентов с патологией суставов при помощи современных методов.

3. Ознакомить ординаторов с современными методами артроскопической диагностики и лечения заболеваний и повреждений суставов

### **Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:**

**Профессиональные компетенции:**

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

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

## **1. Объем и содержание дисциплины**

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

Трудоемкость дисциплины – 216 часов, в том числе:

**Практические занятия** – 72 часа;

**Самостоятельная работа** – 144 часа.

### **Темы занятий:**

1. Артроскопические методы лечения. Общие показания к артроскопии – 8 часов.

2. Артроскопическая аппаратура, оборудование и инструментарий – 8 часов.

3. Преимущества и недостатки артроскопии - 8 часов.

4. Лечебно-диагностическая артроскопия. Особенности хирургического лечения внутрисуставных повреждений – 8 часов.

5. Лечебно-диагностическая артроскопия плечевого сустава. Показания. Техника проведения в зависимости от патологии сустава - 8 часов.

6. Лечебно-диагностическая артроскопия тазобедренного сустава. Показания. Техника проведения в зависимости от патологии сустава - 8 часов.

7. Лечебно-диагностическая артроскопия коленного сустава. Показания. Техника проведения в зависимости от патологии сустава - 8 часов.

8. Лечебно-диагностическая артроскопия голеностопного и локтевого суставов. Показания. Техника проведения в зависимости от патологии сустава - 8 часов.

9. Ошибки и осложнения артроскопии. Профилактика и лечение осложнений при артроскопии - 8 часов.

### **Самостоятельная работа:**

1. История развития артроскопии

2. Подготовка к артроскопии.

3. Артроскопия лучезапястного и кистевого сустава

4. Реабилитация после операции артроскопии.

5. Ревизионная артроскопия

## Оценочные материалы

### Рефераты:

1. Заболевания коленного сустава. Принципы хирургического лечения.
2. Артроскопия как диагностический и лечебный метод.
3. Показания к лечебно-диагностической артроскопии в травматологии и ортопедии
4. История развития артроскопической технологии
5. Методика проведения артроскопии
6. Артроскопия коленного сустава
7. Артроскопия плечевого сустава.
8. Артроскопия тазобедренного сустава
9. Артроскопия голеностопного и локтевого суставов
10. Артроскопия локтевого суставов

### Ситуационные задачи:

**Задача 1.** В приемный покой обратился пациент 33 г. Жалобы на боли в правом плечевом суставе, ограничение движений в правом плечевом суставе.

Анамнез: травма в результате падения на правую верхнюю конечность в положении отведения.

Локально: правая верхняя конечность иммобилизована импровизированной косыночной повязкой. В области правого плечевого сустава кожный покров не поврежден. Отмечается «западение» головки плечевой кости. Движения в правом плечевом суставе резко ограничены, «пружинящие». Периферическая пульсация, чувствительность сохранены.

Вопросы:

1. Какая медицинская помощь необходима на этапах эвакуации?
2. Необходимо ли дополнительное дообследование?
3. Какой объем помощи необходим на этапе приемного покоя?
4. Тактика лечения на этапе экстренной помощи?
5. Тактика лечения на этапе госпитального периода?
6. Тактика лечения на амбулаторном этапе?
7. Прогноз.
8. Тактика лечащего врача (обследование, лечение, реабилитация).

**Задача 2.** В приемный покой обратился пациент 33 г.

Жалобы на боли в правом коленном суставе, резкое ограничение движений.

Анамнез: травма спортивная, подвернул во время пробежки.

Локально: правая нижняя конечность без иммобилизации. В области правого коленного сустава кожный покров не поврежден. Отмечается отек. Надколенник баллотирует. Движения в правом коленном суставе резко ограничены, сопровождаются болью. Периферическая пульсация, чувствительность сохранены.

Какова тактика лечащего врача (обследование, лечение, реабилитация)?

**Задача 3.** В приемный покой обратился пациент 38 Л. Ведет активный образ жизни, тренирует молодежную команду по борьбе. Жалобы на боли в правом плечевом суставе, ограничение движений в правом плечевом суставе.

Анамнез: на тренировке по борьбе ощутил резкую боль в правом плечевом суставе. Отмечает что ранее были вывихи правого плечевого сустава, за мед помощью не обращался, вправлял самостоятельно.

Локально: правая верхняя конечность иммобилизована импровизированной косыночной повязкой. В области правого плечевого сустава кожный покров не поврежден. Отмечается «западение» головки плечевой кости. Движения в правом плечевом суставе резко ограничены, «пружинящие». Периферическая пульсация, чувствительность сохранены.

Во время проведения осмотра произошло самовправление вывиха плечевой кости.

На выполненных рентгенограммах правого плечевого сустава – без патологии.

На МРТ, МСКТ исследовании – суставные поверхности конгруэнтны. Имеется импрессионный перелом задней поверхности головки плечевой кости. Имеется повреждение суставной губы лопатки. Имеется дефект костной ткани переднего края суставного отростка лопатки 25%.

Вопросы:

1. Какая медицинская помощь необходима на этапах эвакуации?
2. Необходимо ли дополнительное дообследование?
3. Какой объем помощи необходим на этапе приемного покоя?
4. Тактика лечения на этапе экстренной помощи?
5. Тактика лечения на этапе госпитального периода?
6. Тактика лечения на амбулаторном этапе?
7. Прогноз.

**Задача 4.** В приемный покой обратился пациент 23 г.

Жалобы на боли в правом коленном суставе, резкое ограничение движений.

Анамнез: травма спортивная, во время игры в футбол получил подсечку.

Локально: правая нижняя конечность без иммобилизации. В области правого коленного сустава кожный покров не поврежден. Отмечается отек. Надколенник баллотирует. Движения в правом коленном суставе ограничены (80/0/0), сопровождаются болью. Периферическая пульсация, чувствительность сохранены. Симптом Лахмана +

1. Правильно ли оказана помощь на этапах эвакуации?
2. Необходимо ли дополнительное дообследование?
3. Какой объем помощи необходим на этапе приемного покоя?
4. Тактика лечения на этапе экстренной помощи?
5. Тактика лечения на этапе госпитального периода?
6. Тактика лечения на амбулаторном этапе
7. Прогноз.
8. Тактика лечащего врача (обследование, лечение, реабилитация).

**Задача 5.** На амбулаторный прием обратилась пациентка 63 г. пенсионерка. Жалобы на боли в правом плечевом суставе, ограничение движений в правом плечевом суставе.

Анамнез: 2 месяца назад на даче упала на правое плечо, ощутила резкую боль в правом плечевом суставе. За мед помощью не обращалась. Лечилась самостоятельно: НПВС перорально, местно.

Локально: правая верхняя конечность без иммобилизации.

В области правого плечевого сустава кожный покров не поврежден. Отмечается «западение» головки плечевой кости. Движения в правом плечевом суставе ограничены, «пружинящие». Периферическая пульсация, чувствительность сохранены.

На выполненных рентгенограммах правого плечевого сустава – подклювовидный вывих плечевой кости.

Вопросы:

1. Правильно ли оказана первая медицинская помощь?
2. Необходимо ли дополнительное дообследование? Какой объем помощи необходим на этапе приемного покоя?
3. Тактика лечения на этапе экстренной помощи?
4. Тактика лечения на этапе госпитального периода?
5. Тактика лечения на амбулаторном этапе?
6. Прогноз.

**Задача 6.** В приемный покой бригадой скорой медицинской помощи доставлен носилочный пациент 41 г. Жалобы на боли в левом коленном суставе, резкое ограничение движений.

Анамнез: травма 1 час назад, в результате ДТП. Ехал пассажиром на переднем сидении легкового автомобиля. Произошло лобовое столкновение с другим автомобилем.

Локально: левая нижняя конечность иммобилизована транспортной шиной.

В области левого коленного сустава по передней поверхности – ссадина 1x2 см, не кровоточит. Движения в левом коленном суставе ограничены (80/0/0), надколенник баллотирует.

Периферическая пульсация, чувствительность сохранены. Имеется положительный симптом «заднего выдвигного ящика».

Вопросы:

1. Правильно ли оказана помощь на этапах эвакуации?
2. Необходимо ли дополнительное обследование?
3. Какой объем помощи необходим на этапе приемного покоя?
4. Тактика лечения на этапе экстренной помощи?
5. Тактика лечения на этапе госпитального периода?
6. Тактика лечения на амбулаторном этапе?

7. Прогноз. Алгоритм обследования, лечения.

**Задача 7.** В приемный покой бригадой скорой медицинской помощи доставлен носилочный пациент 41 г. Жалобы на боли в левом тазобедренном суставе, резкое ограничение движений.

Анамнез: травма 1 час назад, в результате ДТП. Ехал пассажиром на переднем сидении легкового автомобиля. Произошло лобовое столкновение с другим автомобилем.

Локально: левая нижняя конечность без иммобилизации (бригада СМП не смогла выполнить иммобилизацию).

В области левого тазобедренного сустава кожный покров не поврежден. Левая нижняя конечность в положении отведения, наружной ротации. Движения в левом тазобедренном суставе резко, «пружинящие». Периферическая пульсация, чувствительность сохранены.

Вопросы:

8. Правильно ли оказана помощь на этапах эвакуации?
9. Необходимо ли дополнительное обследование?
10. Какой объем помощи необходим на этапе приемного покоя?
11. Тактика лечения на этапе экстренной помощи?
12. Тактика лечения на этапе госпитального периода?
13. Тактика лечения на амбулаторном этапе?
14. Прогноз. Алгоритм обследования, лечения.

**Задача 8.** В приемный покой обратилась пациентка 57 л. Жалобы на боли в правом коленном суставе, резкое ограничение движений.

Анамнез: травма бытовая, на гололеде упала на правую нижнюю конечность.

Локально: правая нижняя конечность без иммобилизации. В области правого коленного сустава кожный покров не поврежден. Отмечается отек. Надколенник баллотирует. Движения в правом коленном суставе резко ограничены, сопровождаются болью. Периферическая пульсация, чувствительность сохранены. Выполнена пункция правого коленного сустава, эвакуировано 120 мл крови с примесью жира.

Вопросы:

1. Тактика лечащего врача (обследование, лечение, реабилитация), возможный диагноз.
2. Правильно ли оказана помощь на этапах эвакуации?
3. Необходимо ли дополнительное обследование?
4. Какой объем помощи необходим на этапе приемного покоя?
5. Тактика лечения на этапе экстренной помощи?
6. Тактика лечения на этапе госпитального периода?
7. Тактика лечения на амбулаторном этапе?
8. Прогноз.

**Задача 9.** В приемный покой бригадой скорой медицинской помощи доставлен носилочный пациент 32 г. Жалобы на боли в левом тазобедренном суставе, резкое ограничение движений.

Анамнез: травма 1 час назад, в результате ДТП. Ехал пассажиром на переднем сидении легкового автомобиля. Произошло лобовое столкновение с другим автомобилем.

Локально: левая нижняя конечность без иммобилизации (бригада СМП не смогла выполнить иммобилизацию).

В области левого тазобедренного сустава кожный покров не поврежден. Левая нижняя конечность в положении отведения, наружной ротации. Движения в левом тазобедренном суставе резко, «пружинящие». Периферическая пульсация, чувствительность сохранены.

На рентгенограммах таза, левого тазобедренного сустава выявлен подвздошный вывих левой бедренной кости, в проекции левой вертлужной впадины определяется костный фрагмент.

На МСКТ левого тазобедренного сустава выявлен перелом головки левой бедренной кости, локализующийся в вертлужной впадине, вывих левой бедренной кости.

Вопросы:

1. Правильно ли оказана помощь на этапах эвакуации?
2. Необходимо ли дополнительное обследование?
3. Какой объем помощи необходим на этапе приемного покоя?
4. Тактика лечения на этапе экстренной помощи?
5. Тактика лечения на этапе госпитального периода?
6. Тактика лечения на амбулаторном этапе?
7. Прогноз.

**Задача 10.** На прием обратилась пациентка 57 л. Жалобы на боли в правом плечевом суставе,

ограничение движений.

Анамнез: травму отрицает, работает штукатуром-маляром, боли начались около полугода назад, болевой синдром прогрессирует.

Локально: правая верхняя конечность без иммобилизации. В области правого плечевого сустава кожный покров не поврежден. Отмечается гипотрофия мышц плечевого пояса справа. Движения в правом плечевом суставе в полном объеме, сопровождаются болью (при активном отведении на 60-80 градусов болевой синдром усиливается).

Периферическая пульсация, чувствительность сохранены.

Вопросы:

1. Тактика лечащего врача (обследование, лечение, реабилитация), возможный диагноз.
2. Необходимо ли дополнительное обследование?
3. Какой объем помощи необходим на этапе приемного покоя?
4. Тактика лечения на этапе экстренной помощи?
5. Тактика лечения на этапе госпитального периода?
6. Тактика лечения на амбулаторном этапе?
7. Прогноз.

**Тестовые задания:**

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

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

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

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

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

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

4. 3-4 ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ

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

5. СРЕДНЕЗАПЯСТНЫЙ ЛУЧЕВОЙ ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ

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

6. 6R ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ

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

7. СТАНДАРТНЫЕ ПОРТЫ ДЛЯ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА:

- А. передне-латеральный
- Б. передне-медиальный

- В. передний  
Г. Задний
8. ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПАРАКАПСУЛЯРНОГО РАЗРЫВА МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА В «КРАСНОЙ ЗОНЕ»
- А шов мениска  
Б резекция мениска  
В аллопластика мениска
9. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО МРТ ДИАГНОСТИКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЕНИСКА:
- А Stoller 1  
Б Stoller 2  
В Stoller 3
10. СТАНДАРТ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПАТОЛОГИЕЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА:
- А МРТ  
Б УЗИ  
В Рентгенография  
Г ЯМР
11. КАКОЙ УГОЛ ОБЗОРА ОПТИКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ СТАНДАРТНОЙ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА:
- А 0 градусов  
Б 30 градусов  
В 70 градусов  
Г 90 градусов
12. КАКОЙ СУХОЖИЛЬНЫЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ СЧИТАЕТСЯ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ПЛАСТИКЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ:
- А сухожилие четырехглавой мышцы бедра  
Б сухожилие собственной связки надколенника  
В сухожилие полусухожильной мышцы  
Г Сухожилие длинной малоберцовой мышцы
13. ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА:
- А ходьба без ограничений.  
Б ходьба с ограничением нагрузки на оперированную конечность 3-4 нед., затем курс лечебной физкультуры, физиотерапии  
В иммобилизация оперированной конечности тутором 4 нед., далее курс лечебной физкультуры, физиотерапии.
14. ОСНОВНАЯ ОПАСНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ТИБИАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПЛАСТИКЕ ЗАДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ:
- А. повреждение передней крестообразной связки  
Б. повреждение малоберцового нерва  
В. повреждение подколенной артерии
15. ОСНОВНОЙ ТЕСТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ:
- А Лахмана  
Б Ниера  
В Дауборна
16. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С КЛИНИКОЙ «БЛОКАДЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА»
- А 7-10 дней  
Б 30 и более дней  
В первые трое суток
17. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО «СВЕЖИМ» ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ:
- А первые трое суток  
Б 7-10 дней  
В 30 дней и более

18. СТАНДАРТНЫЕ ПОРТЫ ПРИ АРТРОСКОПИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА:  
А передне-латеральный, задне-латеральный  
Б передне- медиальный, задне-медиальный  
В передний, задний
19. СТАНДАРТ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПАТОЛОГИЕЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА:  
А МРТ  
Б УЗИ  
В Рентгенография  
Г ЯМР
20. КАКОЙ УГОЛ ОБЗОРА ОПТИКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ СТАНДАРТНОЙ АРТРОСКОПИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА:  
А 0 градусов  
Б 30 градусов  
В 70 градусов  
Г 90 градусов
21. ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ СУХОЖИЛИЙ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ:  
А ЛФК с первых суток, курс физиотерапии.  
Б ограничение движений косыночной повязкой 7 дней, затем курс лечебной физкультуры, физиотерапии  
В иммобилизация оперированной конечности фиксатором 4 нед., далее курс лечебной физкультуры, физиотерапии.
22. ОСНОВНАЯ ОШИБКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЕДРЕННОГО КАНАЛА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПЛАСТИКЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ:  
А вертикально проведенный канал  
Б горизонтально проведенный канал  
В дорзально проведенный канал
23. ОСНОВНОЙ ТЕСТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЯ НАДКОСТНОЙ МЫШЦЫ:  
А Лахмана  
Б Ниера  
В Дауборна
24. КАКОЙ УГОЛ ОБЗОРА ОПТИКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ СТАНДАРТНОЙ АРТРОСКОПИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:  
А 0 градусов  
Б 30 градусов  
В 70 градусов  
Г 90 градусов
25. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (СРЕДНИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ) ПАЦИЕНТА ПРИ АРТРОСКОПИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА:  
А 120 и выше  
Б 70 и ниже  
В 90
26. ВАРИАНТЫ УКЛАДКИ ПАЦИЕНТА ПРИ АРТРОСКОПИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА:  
А на спине  
Б на животе  
В на боку  
Г положение «пляжное кресло»
27. 6R ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ  
А EDq-ECU  
Б EPL-ECRL  
В EDC – Edq  
Г EPL, ECRV – EDC
28. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ БУДЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ ПРИ ЧС В РАННЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕБНО-

ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ АРТРОСКОПИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА:

- А лежа
- Б сидя
- В на каталке
- Г самостоятельно

29. ВЫВИХ ЭТО:

- А полное разобщение суставных поверхностей
- Б частичное разобщение суставных поверхностей

30. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ВЫВИХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ:

- А подклювовидный
- Б подлопаточный
- В внутриклювовидный
- Г задний

31. ХАРАКТЕРНЫЙ ОБЪЕМ ДВИЖЕНИЙ В СУСТАВЕ ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ:

- А отсутствие движений
- Б пружинящие движения
- В отсутствие движений
- Г умеренное ограничение движений

32. ТАКТИКА ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА БЕДРЕННОЙ КОСТИ:

- А хирургическое лечение
- Б гипсовая иммобилизация 6 нед
- В разгрузочное вытяжение поврежденной конечности 4 нед, с последующей ходьбой на костылях 12 нед
- Г курс физиотерапии.

33. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ:

- А во всех случаях
- Б вывих давностью более 4 нед
- В Подклювовидный вывих

34. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ВЫВИХА БЕДРЕННОЙ КОСТИ:

- А контрактура сустава
- Б повторные вывихи
- В асептический некроз головки бедренной кости

35. КАКОЕ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПО АВТОРУ НЕ СУЩЕСТВУЕТ:

- А по Кохеру
- Б по Джанелидзе
- В по Смитгу

36. ОПЕРАЦИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ВЫВИХАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ:

- А артроскопическая реконструкция суставной губы лопатки
- Б остеосинтез по Веберу
- В пластика по Чернавскому

37. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ, ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ:

- А повреждение хилл-сакса
- Б субакромиальный импиджмент-синдром
- В остеоартроз акромиально-ключичного сочленения

38. ОПЕРАЦИЯ ПРИ ИМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ( ПОВРЕЖДЕНИЕ ХИЛЛ-САКСА):

- А костная пластика
- Б реимплиссаж
- В тенodes длинной головки бицепса

39. ПОДВЫВИХ ЭТО:

- А частичное разобщение суставных поверхностей
- Б полное разобщение суставных поверхностей

40. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ВЫВИХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ:

- А подвздошный



- Б запирающий  
В седловидный  
Г надлобковый
41. ХАРАКТЕРНЫЙ ОБЪЕМ ДВИЖЕНИЙ В СУСТАВЕ ПРИ ВЫВИХЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ:
- А отсутствие движений  
Б пружинящие движения  
В отсутствие движений  
Г умеренное ограничение движений
42. ТАКТИКА ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ:
- А хирургическое лечение  
Б гипсовая иммобилизация 4 нед  
В разгрузочное скелетное вытяжение 6 нед  
Г курс физиотерапии
43. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ:
- А во всех случаях  
Б наличие перелома с интрпонирующим фрагментом головки бедренной кости  
В запирающий вывих
44. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ВЫВИХА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ:
- А контрактура сустава  
Б повторные вывихи  
В асептический некроз головки плечевой кости
45. КАКОЕ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПО АВТОРУ НЕ СУЩЕСТВУЕТ:
- А по Кохеру  
Б по Джанелидзе  
В по Уотсон-Джонсону
46. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ, ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ:
- А повреждение банкарта  
Б повреждение PASTA  
В теносиновит длинной головки бицепса
47. ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА С ДЕФЕКТОМ КОСТНОЙ ТКАНИ СУСТАВНОГО ОТРОСТКА ЛОПАТКИ 25% И БОЛЕЕ:
- А артроскопическое восстановление суставной губы лопатки  
Б операция по Бойчеву  
В операция Вайнштейна  
Г операция Латерже
48. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНОГО ДЕФЕКТА ИМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ (ПОВРЕЖДЕНИЕ ХИЛЛ-САКСА):
- А дефект 10-15 %  
Б дефект 20-30%  
В дефект 50%
49. ПРИ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ВОЗМОЖНО ВЫЯВИТЬ ИЛИ ПРОИЗВЕСТИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- А повреждения суставного хряща  
Б повреждения менисков  
В наличия дополнительной связки - медиопателлярной связки, связки надколенника (третьего мениска коленного сустава)  
Г частичного или полного рассечения связки, взятия биопсии, удаления части разорванного мениска  
Д сшивания собственной связки надколенника
50. В НОРМАЛЬНОМ (ЗДОРОВОМ) ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ НЕ БЫВАЕТ ДВИЖЕНИЙ
- А сгибания - 130°  
Б ротации внутренней - 90°

В ротации наружной - 90°

Г разгибания - 45°

Д отведения - 70°

51. В НОРМАЛЬНОМ (ЗДОРОВОМ) ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ НЕ ВОЗМОЖНО ДВИЖЕНИЕ

А тыльное сгибание - 20°

Б подошвенное сгибание - 45°

В супинация - 30°

Г пронация - 20°

Д ротация - 45°

52. ЛИНИЯ РОЗЕР-НЕЛАТОНА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ НОРМАЛЬНОГО ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА. ЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ, КРОМЕ

А точки верхней подвздошной кости

Б точки седалищного бугра

В точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135°С, которая располагается выше этой линии

Г точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135°С, которая располагается на этой линии

53. ПРИ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ВОЗМОЖНО ВЫЯВИТЬ ИЛИ ПРОИЗВЕСТИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

А повреждения суставного хряща

Б повреждения менисков

В наличия дополнительной связки - медиопателлярной связки, связки надколенника (третьего мениска коленного сустава)

Г частичного или полного рассечения связки, взятия биопсии, удаления части разорванного мениска

Д сшивания собственной связки надколенника

54. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А концентрация креатинина

Б количество лейкоцитов крови

В цитоз в аспирате из полости сустава

Г СОЭ

55. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА С ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ УРОВЕНЬ

А Креатинина

Б Глюкозы

В Альбумина

Г Общего белка

56. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

А Имплантации антимикробного спейсера

Б Сохранение эндопротеза

В Проточно-промывном дренировании

Г Длительной антибактериальной терапии

57. ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ:

А Ортезное сопровождение, лекарственную поддержку бисфосфонатами, превентивное интрамедуллярное телескопическое армирование

Б Антигравитационное экзоскелетирование

В Ампутацию с адекватным протезированием

Г Эндопротезирование суставов

58. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА В ЗАПЯСТНО-ПЯСТНЫХ СУСТАВАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В \_\_ СРОКОМ НА 4-5 НЕДЕЛЬ:

- А среднефизиологическом положении кисти
- Б положении ладонного сгибания и лучевой девиации кисти
- В положении тыльного сгибания кисти под углом 50°
- Г положении ладонного сгибания кисти под углом 50°

59. ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ \_\_\_ НЕРВА:

- А локтевого
- Б лучевого
- В срединного
- Г подмышечного

60. ВСЕМ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ УЗИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА:

- А однократно
- Б дважды
- В каждый месяц
- Г один раз в три месяца

61. БОКОВАЯ ПУНКЦИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

- А между внутренним надмышцелком и локтевым отростком
- Б между наружным надмышцелком и головкой лучевой кости при согнутом под прямым углом верхней конечности
- В книзу от наружного надмышцелка и кнаружи от локтевого отростка
- Г над верхушкой венечного отростка при разогнутой верхней конечности

62. РИСК РАЗВИТИЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ВЫШЕ У ПАЦИЕНТОВ С

- А гнойным гонитом в анамнезе
- Б варусной деформацией коленного сустава
- В повреждением менисков в анамнезе
- наличием кисты Бейкера

63. РАСШИРЕНИЕ СУСТАВА КРЮВЕЛЬЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А транслигаментозного вывиха атланта
- Б трансдентального вывиха атланта
- В «перелома палача»
- Г «перелома землекопа»

64. АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНЫЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А блоковидным
- Б эллиптическим
- В плоским
- Г седловидным

65. МНОЖЕСТВЕННЫЕ КОНТРАКТУРЫ КРУПНЫХ И МЕЛКИХ СУСТАВОВ И ВЫРАЖЕННАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А детского церебрального паралича
- Б фиброзной дисплазии
- В нейрофиброматоза
- Г артрогрипоза

66. ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНЫЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А плоским
- Б эллиптическим
- В седловидным
- Г блоковидным

67. СГИБАНИЕ В ЛОКТЕОМ СУСТАВЕ В НОРМЕ ВОЗМОЖНО ДО УГЛА

- А 45-50
- Б 25-30
- В 40-45
- Г 10-15

68. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА НАДАЦЕТАБУЛЯРНОГО МАССИВА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

69. ПЕРЕДНЯЯ ПУНКЦИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- А книзу от заднего края верхушки акромиального отростка лопатки между задним краем дельтовидной мышцы и нижним краем надостной мышцы
- Б между клювовидным отростком лопатки и акромиальным концом ключицы
- В между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плечевой кости
- Г между большим бугорком плечевой кости и клювовидным отростком лопатки

70. ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_ НЕРВА

- А срединного
- Б локтевого
- В подмышечного
- Г лучевого

71. АРТРОТОМИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНА В ПРОЕКЦИИ \_\_\_\_\_ БОРОЗДЫ

- А задней медиальной
- Б задней латеральной
- В передней латеральной
- Г передней медиальной

72. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- А ахондроплазии
- Б фиброзной дисплазии
- В миелодисплазии
- Г нейрофиброматоза

73. АМПЛИТУДА ПРИВЕДЕНИЯ В ЛУЧЕЗАПЯСТНОМ СУСТАВЕ МАКСИМАЛЬНА ПРИ

- А супинации
- Б тыльной флексии
- В пронации
- Г ладонной флексии

74. ПОД OFFSET ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОНИМАЮТ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ

- А большим вертелом и верхней передней остью
- Б центром ротации головки бедра и осью бедренной кости
- В Малым вертелом и седалищным бугром
- Г вертелами бедра

75. ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТ ПРИ

- А вмешательствах по поводу деформаций стопы
- Б эндопротезирование тазобедренного, коленного и голеностопного суставов
- В операциях на мягких тканях нижних конечностей с последующей иммобилизации
- Г эндоскопических операциях на суставах нижних конечностей

76. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ TSUKAYAMA (1996) К III ТИПУ ОТНОСЯТ \_\_\_\_\_ ИНФЕКЦИЮ

- А положительную интраоперационную
- Б острую послеоперационную
- В острую гематогенную
- Г позднюю хроническую

77. ПЕРИПРОТЕЗНЫЙ ПЕРЕЛОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ТИПА «С» ПО ВАНКУВЕРСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЛЕЧИТСЯ

- А с использованием бедренных компонентов дистальной фиксации

- Б при помощи серкляжного шва
  - В при помощи остеосинтеза пластиной с винтами
  - Г с использованием импакционной костной пластики
78. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА 3 СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 65 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ
- А артролиз
  - Б эндопротезирование
  - В хондроластика
  - Г артродез
79. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ПО ТЕХНОЛОГИИ ПОПКОВЫХ ЛЕЖИТ
- А максимальная резекция диспластической костной ткани
  - Б увеличение распространённости сосудистой сети и массы костной ткани как со стороны периоста, так и со стороны эндостальной поверхности (интрамедулярного канала)
  - В иссечение гемартроматозной фиброзной ткани периоста
  - Г трансплантация аллокости
80. КОЛЕННЫЙ СУСТАВ ПО ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- А блоковым
  - Б плоским
  - В мышцелковым
  - Г сложным
81. ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ
- А шаровидным
  - Б эллипсоидным
  - В блоковидным
  - Г чашеобразным
82. ЗАДНЯЯ ПУНКЦИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ
- А между латеральным надмыщелком и локтевым отростком при согнутой под прямым углом верхней конечности
  - Б над вершущкой локтевого отростка при согнутой под прямым углом верхней конечности
  - В над вершущкой венечного отростка при разогнутой верхней конечности
  - Г над вершущкой локтевого отростка при разогнутой верхней конечности
83. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ СВЯЗАН С НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ В \_\_\_% СЛУЧАЕВ
- А 10-25
  - Б 70
  - В 100
  - Г 50-55
84. ВНУТРИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАХОДЯТСЯ
- А Подвздошно-бедренная и лобково бедренная связки
  - Б Подвздошно-бедренная и седалищно-бедренная связки
  - В Связка головки бедренной кости и поперечная связка вертлужной впадины
  - Г Головки бедренной кости и лобково-бедренная связки
85. ПО ФОРМЕ ПРОКСИМАЛЬНЫЙ ЛУЧЕ-ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ
- А седловидным
  - Б цилиндрическим
  - В плоским
  - Г эллиптическим
86. ВЫВИХИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ СУСТАВНЫХ ОТРОСТКОВ ЛУЧШЕ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ В
- А прямой проекции
  - Б проекции  $\frac{3}{4}$
  - В боковой проекции
  - Г аксиальной проекции
87. РЕНГЕНОГРАФИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ДИСПЛАЗИЮ

- А проводится в 1 месяц
- Б не проводится
- В проводится в 1 год
- Г проводится с 3 месячного возраста

88. ЧРЕЗДЕЛЬТОВИДНЫЙ ДОСТУП К ПЛЕЧЕВОМУ СУСТАВУ ОПАСЕН ПОВРЕЖДЕНИЕМ

- А подмышечного нерва
- Б латерального кожного нерва плеча
- В мышечно-кожного нерва
- Г лучевого нерва

89. СУСТАВНАЯ ЛИНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРОВОДИТСЯ

- А по наиболее выступающим точкам головчатого возвышения и блока плечевой кости
- Б перпендикулярно анатомической оси плечевой кости на уровне наиболее выступающих точек ее блока
- В перпендикулярно механической оси верхней конечности на уровне центра головчатого возвышения плечевой кости
- Г перпендикулярно анатомической оси плечевой кости на уровне её надмыщелков.

90. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА 3 СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А резекция
- Б эндопротезирование
- В артродез
- Г артроскопический дебридмент

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

- А 15
- Б 10
- В 6
- Г 3

92. БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ЛАТЕРАЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ПЛЕЧА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С КОМПРЕССИЕЙ СПИННОМОЗГОВОГО НЕРВА НА УРОВНЕ \_\_\_\_\_ СЕГМЕНТА

- А С6
- Б С7
- В С8
- Г С5

93. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ВЫВИХИ ПЛЕЧА

- А книзу
- Б кпереди
- В кнутри
- Г кзади

94. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПУНКЦИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ ПУНКЦИЯ \_\_\_\_\_

- А передняя
- Б задняя
- В боковая
- Г передне-боковая

95. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛОГО ЗАДНЕГО ВЫВИХА ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ

- А Латарже
- Б Банкарта
- В Вайнштейн 2
- Г МакЛафлина

96. ПОД БОЛЕЗНЬЮ ГАССА ПОНИМАЮТ

- А остеохондропатия головки плечевой кости
- Б остеохондропатию головки мыщелка плечевой кости

- В остеохондропатию бугристости большеберцовой кости  
 Г остеохондропатию ладьевидной кости стопы
97. НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЁМ ДВИЖЕНИЙ В ЛУЧЕЗАПЯСТНОМ СУСТАВЕ  
 НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОЛОЖЕНИИ КИСТИ
- А лучевой девиации
  - Б полной ладонной флексии
  - В локтевой девиации
  - Г нейтральном
98. 6R ПОРТ ПРИ АРТРОСКОПИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ  
 МЕЖДУ СУХОЖИЛИЯМИ
- А EDq-ECU
  - Б EPL-ECRL
  - В EDC – Edq
  - Г EPL,ECRB – EDC
99. КЛИНИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА (ТРЕУГОЛЬНИКОМ  
 ГЮНТЕРА) НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- А верхушка локтевого отростка
  - Б Наружный надмыщелок
  - В внутренний надмыщелок
  - Г локтевая вырезка
- 100.КАПСУЛА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ К  
 \_\_\_\_\_ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
- А анатомической шейке
  - Б хирургической шейке
  - В большому бугорку
  - Г малому бугорку
- 101.КОЛЕННЫЙ СУСТАВ ПО ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- А мышечковым
  - Б сложным
  - В блоковым
  - Г плоским
- 102.НЕ ОБРАЗУЕТ СУСТАВНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА  
 КОСТЬ
- А лучевая
  - Б полулунная
  - В ладьевидная
  - Г локтевая
- 103.ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО  
 ПОВРЕЖДЕНИЕ \_\_\_\_\_ НЕРВА
- А латерального кожного нерва икры
  - Б глубокого малоберцового
  - В большеберцового
  - Г общего малоберцового
- 104.К КАПСУЛЕ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА СЗАДИ ПРИЛЕЖИТ \_\_\_\_\_ НЕРВ
- А срединный
  - Б локтевой
  - В мышечно-кожный
  - Г. лучевой
- 105.ПО ФОРМЕ ПЛЕЧЕ-ЛУЧЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ
- А шаровидным
  - Б цилиндрическим
  - В блоковидным
  - Г седловидным
- 106.ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО  
 СУСТАВА ОБЫЧНО СЧИТАЮТ
- А атеросклероз сосудов

- Б дистрофические изменения в костной ткани  
В дисплазию мышечной ткани  
Г гиперсклероз кости
- 107.ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ТИПОВ 1-А И 1-В ПО ТЕХНОЛОГИИ ПОПКОВЫХ ИМЕЕТ
- А возрастание укорочения конечности в 100% случаев;  
Б Отсутствие консолидации в 50% случаев  
В Отсутствие неудовлетворительных исходов  
Г Рецидив псевдоартроза в 100% случаев.
- 108.ПРИ ЗАДНЕЙ ПУНКЦИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ ПОВРЕЖДЕ \_\_\_\_\_НЕРВ
- А подмышечный  
Б срединный  
В лучевой  
Г локтевой
- 109.СГИБАНИЕ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ В НОРМЕ ВОЗМОЖНО ДО УГЛА (В ГРАДУСАХ)
- А 60-65  
Б 40-45  
В 70-75  
Г 50-55
- 110.АРТРОТОМИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНА В ПРОЕКЦИИ \_\_\_\_\_БОРОЗДЫ
- А передней латеральной  
Б задней латеральной  
В задней медиальной
- 111.ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ
- А шаровидным  
Б блоковидным  
В чашеобразным  
Г эллипсоидным
- 112.ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ОБРАЗОВАН
- А кловидным отростком лопатки и головкой плечевой кости  
Б суставной поверхностью лопатки и головкой плечевой кости  
В акромиальным отростком лопатки и головкой плечевой кости  
Г суставной поверхностью ключицы и акромиальным отростком лопатки
- 113.ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ ОБУСЛОВЛЕН ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ КОСТИ В \_\_\_\_\_% СЛУЧАЕВ
- А 40  
Б 50  
В 15  
Г 30
- 114.НОРМАЛЬНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОСИ ОТ ЦЕНТРА КОЛЕННОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ
- А 0 мм  
Б  $11,7 \pm 6,8$  мм кнаружи  
В  $4,1 \pm 4$  мм кнаружи  
Г  $4,1 \pm 4$  мм кнутри
- 115.В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖНЫ ДВИЖЕНИЯ ПО \_\_\_\_\_ОСИ/ОСЯМ
- А 1  
Б 2  
В 4  
Г 3
- 116.КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДОСТОВЕРНО ПОДТВЕРДИТ НАЛИЧИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА:
- А Рентгенография



- Б КТ
- В МРТ
- Г УЗИ

117. НАЛИЧИЕ КАКОГО СИМПТОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПРИ РАЗРЫВЕ ВНУТРЕННЕЙ БОКОВОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА:

- А избыточная подвижность
- Б боковое отклонение голени кнутри
- В боковое отклонение голени кнаружи, не превышающее 10 градусов
- Г наружное отклонение голени более 10 градусов

118. ДЛЯ КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМА «БЛОКАДЫ» КОЛЕННОГО СУСТАВА:

- А перелом надколенника
- Б разрыв мениска
- В хондроматоз
- Г рассекающий остеохондрит мыщелка бедра
- Д разрыв передней крестообразной связки

119. ДЛЯ КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМА «БЛОКАДЫ» КОЛЕННОГО СУСТАВА:

- А перелом надколенника
- Б разрыв мениска
- В хондроматоз
- Г рассекающий остеохондрит мыщелка бедра
- Д разрыв передней крестообразной связки

120. ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А затруднение больных при спуске с лестницы
- Б затруднение больных при подъеме на лестницу
- В затруднение при спуске и подъеме на лестницу

121. ПРИ КОНТРАСТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНЫМ ОПРЕДЕЛИТЬ

- А разрыв наружного мениска
- Б разрыв внутреннего мениска
- В наличие суставной "мышцы"
- Г разрыв крестообразных связок

122. КАКОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ?

- А острая инфекция
- Б хроническая инфекция
- В травма
- Г охлаждение
- Д аутоиммунная агрессия

123. ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШИХ С ОТКРЫТЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

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

124. В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСПОРТИРОВКУ ПАЦИЕНТА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

- А Лежа на каталке
- Б Сидя
- В Самостоятельно

125. ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ БУРСИТЕ ПРАВОГО КОЛЕННОГО СУСТАВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НА 3-Й ДЕНЬ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- А электрического поля ультравысокой частоты

- Б сульфидных ванн
- В грязевых аппликаций
- Г подводного душ-массажа
- Д гальванизации

126. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ АРТРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- А уменьшение статических нагрузок на суставы с возрастом;
- Б периодических инъекция в сустав препаратов гиалуроновой кислоты
- В избегать фиксированных поз во время работы и отдыха;
- Г умеренные спортивные нагрузки.

127. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ АРТРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- А использование ортезов
- Б умеренные динамические нагрузки;
- В избегать фиксированных поз во время работы и отдыха;
- Г умеренные спортивные нагрузки.

128. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ АРТРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- А уменьшение статических нагрузок на суставы с возрастом;
- Б умеренные динамические нагрузки;
- В использование препаратов кальция и витамина Д
- Г умеренные спортивные нагрузки.

129. У ПОСТРАДАВШЕГО С ТРАВМОЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А возможно
- Б невозможно
- В возможно лишь частично
- Г возможно, но через много лет
- Д потребует смены специальности

130. ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРА ПОКАЗАНО:

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

131. ПРОКОЛ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ОПАСЕН В ЗОНЕ:

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

132. ПРИЗНАКИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗОВ:

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

133. ВИДЫ РЕВИЗИОННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ:

- А санационная ревизия эндопротеза, замена модульной головки эндопротеза (тазобедренного сустава), замена эндопротеза, удаление эндопротеза
- Б ревизия сосудисто-нервного пучка, ампутация

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

- А лежа
- Б сидя
- В на каталке
- Г самостоятельно

135. ПЕРЕДНЯЯ ПУНКЦИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- А между большим бугорком плечевой кости и клювовидным отростком лопатки
- Б между клювовидным отростком лопатки и акромиальным концом ключицы
- В между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плечевой кости
- Г книзу от заднего края вершушки акромиального отростка лопатки между задним краем дельтовидной мышцы и нижним краем надостной мышцы

136. В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖНЫ ДВИЖЕНИЯ ПО \_\_\_ ОСИ/ОСЯМ
- А 1
  - Б 2
  - В 4
  - Г 3
137. РЕФЕРЕНТНЫЕ ЛИНИИ И УГЛЫ (ЛИНИИ СУСТАВОВ, АНАТОМИЧЕСКИЕ И МЕХАНИЧЕСКИЕ ОСИ, И УГЛЫ) ИСПОЛЬЗУЮТ
- А только для планирования коррекции деформаций
  - Б для определения наличия деформации и планирования ее коррекции, для оценки точности репозиции перелома
  - В только для планирования коррекции врожденных деформаций
  - Г только для определения наличия деформации и планирования ее коррекции
138. НОРМАЛЬНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОСИ ОТ ЦЕНТРА КОЛЕННОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ
- А 0 мм
  - Б  $11,7 \pm 6,8$  мм кнаружи
  - В  $4,1 \pm 4$  мм кнаружи
  - Г  $4,1 \pm 4$  мм кнутри
139. ВРОЖДЕННЫЙ ЛОЖНЫЙ СУСТАВ ОБУСЛОВЛЕН ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ КОСТИ В \_\_\_ % СЛУЧАЕВ
- А. 40
  - Б. 50
  - В. 15
  - Г. 30
140. К НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПРИЧИНАМ ОТРЫВА СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ БИЦЕПСА ПЛЕЧА ОТНОСЯТ
- А дегенеративно-дистрофические изменения
  - Б разрыв ротаторной манжеты плеча
  - В воздействие низких температур
  - Г врожденную патологию.
141. БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ФАЗЫ ОПОРЫ (ОТ ОПОРЫ НА ПЯТКУ И ДО ОТРЫВА НОСКА) ДОЛЖЕН:
- А держать ногу разогнутой в коленном суставе
  - Б держать ногу чуть согнутой в коленном суставе
  - В ходить более уверенно и быстро
  - Г давать полную нагрузку на коленные суставы
142. В ПРОЦЕССЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРОВОДИТСЯ:
- А комплексная оценка больных, которым предстоит эндопротезирование
  - Б комплексная оценка больных, находящихся на реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава
  - В субъективная оценка состояния больных, которым предстоит операция по тотальному эндопротезированию тазобедренных суставов
  - Г комплексная оценка состояния больных, которым предстоит выписка из стационара после операции по поводу тотального эндопротезирования
143. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГОНОРЕЙНОГО АРТРИТА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С \_\_\_ АРТРИТОМ И С \_\_\_
- А ревматоидным; болезнью бехтерева
  - Б бруцеллезным; псориатическим артритом
  - В бруцеллезным; болезнью бехтерева
  - Г ревматоидным; бруцеллезным артритом
144. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ «БАМБУКОВОЙ ПАЛКИ» ХАРАКТЕРЕН
- А симптом бельца
  - Б синдрома Ашара – Фуа - Крузона
  - В болезни Бехтерева (анкилозирующий спондилит)
  - Г нейромышечного сколиоза

145. В ФОРМИРОВАНИИ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА НЕ УЧАСТВУЕТ

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

146. СУСТАВНАЯ ЛИНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРОВОДИТСЯ

- А. по наиболее выступающим точкам головчатого возвышения и блока плечевой кости
- Б перпендикулярно анатомической оси плечевой кости на уровне наиболее выступающих точек ее блока
- В. Перпендикулярно механической оси верхней конечности на уровне центра головчатого возвышения плечевой кости
- Г. перпендикулярно анатомической оси плечевой кости на уровне её надмыщелков.

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

- А. в положении стоя
- Б. в колено-локтевом положении
- В. В положении лежа
- Г. с отягощением

148. В ПОЛОЖЕНИИ СГИБАНИЯ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПОД УГЛОМ 90 ГРАДУСОВ ЛИНИЯ СОЕДИНЯЮЩАЯ ВНУТРЕННИЙ И НАРУЖНЫЙ НАДМЫЩЕЛКИ С ВЕРХУШКОЙ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА ОБРАЗУЕТ ТРЕУГОЛНИК

- А Маркса
- Б Турнера
- В Белера
- Г Гютера

149. ПРЕИМУЩЕСТВА МРТ СОСТОЯТ В ВОЗМОЖНОСТИ

- А раннего выявления очагов аваскулярного некроза, воспалительной реакции, разрыва мениска, связок
- Б производить оценку состояния регенерации костной ткани в процессе лечения повреждений опорно-двигательного аппарата
- В обеспечить дифференциальную диагностику стадий опухолевого процесса как в мягких тканях, так и костных структурах
- Г обеспечить навигацию для оперативного вмешательства на позвоночнике и структурах спинного мозга

150. АМПЛИТУДА ПРИВЕДЕНИЯ В ЛУЧЕЗАПЯСТНОМ СУСТАВЕ МАКСИМАЛЬНА ПРИ

- А супинации
- Б тыльной флексии
- В пронации
- Г ладонной флексии

### 3. Соотнесение оценочных средств с планируемыми результатами обучения

Компетенция и ее содержимое		Наименование оценочного средства
Индекс индикатора (Зн.-Знания, У.-Умения, Н.-Навыки)	Содержание	
<b>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-5)</b>		<b>Тесты 1-150 Реферат 1-10 Задача 1-10</b>
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	
<b>Готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи (ПК-6)</b>		<b>Тесты 1-150</b> <b>Реферат 1-10</b> <b>Задача 1-10</b>
Зн.6.1	Порядок выдачи листов 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, тутора, брейсы
У.6.5	Разрабатывать схему послеоперационного ведения пациента, его реабилитацию, профилактику послеоперационных осложнений
У.6.6	Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств
У.6.7	Проводить мониторинг течения заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения
У.6.8	Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.9	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функций костно-мышечной системы
У.6.10	Оформлять медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функции костно-мышечной системы
У.6.11	Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.12	Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях
У.6.13	Назначать немедикаментозное лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

У.6.14	Назначать немедикаментозное лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
У.6.15	Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.16	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств
У.6.17	Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.18	Разрабатывать план подготовки пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к лечебным манипуляциям, лазерным и хирургическим вмешательствам
У.6.19	Разрабатывать план подготовки пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к хирургическому вмешательству или манипуляции
У.6.20	Выполнять лечебные манипуляции, лазерные и хирургические вмешательства пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.21	Выполнять хирургические вмешательства и манипуляции пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
У.6.22	Назначать, подбирать и использовать технические средства реабилитации (протезно-ортопедические изделия, корсеты, ортопедические аппараты и обувь, тьютора, брейсы)
У.6.23	Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения
У.6.24	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контроль его эффективности и безопасности
У.6.25	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Н.6.1	Выполнение лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.2	Выполнение лечебных манипуляций, хирургических вмешательств пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.3	Назначение и подбор пациентам ортопедических средств при аномалиях развития конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями

	(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.4	Назначение и подбор пациентам протезно-ортопедических изделий при аномалиях развития конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.5	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.6	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.7	Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.8	Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы в стационарных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Н.6.9	Направление пациентов, имеющих стойкие нарушения функции костно-мышечной системы, обусловленные травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы
Н.6.10	Оформление медицинских заключений по результатам медицинского освидетельствования в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функции костно-мышечной системы
Н.6.11	Оценка результатов лечебных манипуляций, лазерных и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.12	Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.13	Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы
Н.6.14	Подготовка необходимой медицинской документации для пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы для осуществления медико-социальной экспертизы в

	федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы	
Н.6.15	Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных или хирургических вмешательств	
Н.6.16	Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
Н.6.17	Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи в предоперационном и послеоперационном периодах	

#### 4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Артроскопические методы лечения. Общие показания к артроскопии.
2. Артроскопическая аппаратура, оборудование и инструментарий.
3. Преимущества и недостатки артроскопии - 6 часов.
4. Лечебная-диагностическая артроскопия. Особенности хирургического лечения внутрисуставных повреждений.
5. Лечебно-диагностическая артроскопия плечевого сустава. Показания. Техника проведения в зависимости от патологии сустава.
6. Лечебно-диагностическая артроскопия тазобедренного сустава. Показания. Техника проведения в зависимости от патологии сустава.
7. Лечебно-диагностическая артроскопия коленного сустава. Показания. Техника проведения в зависимости от патологии сустава.
8. Лечебно-диагностическая артроскопия голеностопного и локтевого суставов. Показания. Техника проведения в зависимости от патологии сустава.
9. Ошибки и осложнения артроскопии. Профилактика и лечение осложнений при артроскопии
10. Реабилитация после операции артроскопии.

## 5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

### Основная литература

1. Травматология [Электронный ресурс] / под ред. Котельникова Г.П., Миронова С.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. Серия "Национальные руководства" Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970445501.html>
2. Позвоночник. Хирургическая анатомия и оперативная техника : перевод 2-го издания / Дэниэл Х. Ким, Александер Р. Ваккаро, Кертис А. Дикман [и др.] ; пер. с англ. под ред. Ю. А. Щербука. - [2-е изд.]. - Москва : Издательство Панфилова, 2016
3. 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>

### Дополнительная литература

1. Разумовский А. Ю., Эндоскопическая хирургия в педиатрии [Электронный ресурс] / А. Ю. Разумовский, А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-3622-6 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436226.html>
2. 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>
3. Кушнер, Ф. Д. Хирургия коленного сустава : руководство / Ф. Д. Кушнер, В. Н. Скотт, Ж. Р. Скудери ; пер. П. В. Красенков ; пер. с англ. - М. : Медицинская литература, 2014.
4. Орлянский, В. Руководство по артроскопии коленного сустава / В. Орлянский, М. Л. Головаха. - Д. : Пороги, 2007

### 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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>



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  
« dd » 2021 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ** **ФТД.В.01 НЕВРОЛОГИЯ**

краткое наименование дисциплины: нет

Специальность: 31.08. 66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.



## Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Планируемые результаты обучения	10
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	16
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	17

## 1. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Неврология» относится к вариативной части Блока ФТД. «Факультативы» учебного плана подготовки ординатора специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия.

**Цель:** получение ординаторами комплекса теоретических знаний и практических навыков в области неврологии, которые позволят им своевременно диагностировать и оказывать медицинскую помощь больным с распространенными заболеваниями нервной системы.

### **Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:**

Универсальные компетенции:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1).

Профессиональные компетенции:

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

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

## 2. Объем и содержание дисциплины

Для освоения программы по данной дисциплине предполагается 1 з.е. Дисциплина изучается на 1 курсе. Форма контроля – зачет.

Трудоемкость дисциплины – 36 часов, в том числе:

**лекции** – 2 аудиторных часа,

**семинарские занятия** – 4 аудиторных часа,

**самостоятельная работа**– 30 часов.

### **Темы лекций:**

1. Методика клинического исследования нервной системы и общая симптоматология нервной системы – 1 час.

### **Семинарские занятия:**

1. Детский церебральный паралич. Неврологические аспекты – 2 часа.

2. Эпилептический синдром – 2 часа.

### **Самостоятельная работа:**

Вопросы для самостоятельного изучения:

- Детский церебральный паралич. Неврологические аспекты
- Расстройства, возникающие при поражении периферических нервов верхней конечности
- Расстройства, возникающие при поражении периферических нервов нижней конечности
- Реабилитация пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы
- Речевые нарушения
- Эпилептический синдром

## Оценочные средства

### **Тестовые задания**

01. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы:

1 верхней прямой

2 наружной прямой

3 нижней прямой

4 нижней косой

5 верхней косой

02. Мидриаз возникает при поражении:
- 1 верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
  - 2 нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
  - 3 мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
  - 4 среднего непарного ядра
  - 5 ядра медиального продольного пучка
03. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента:
- 1 T6 или T7
  - 2 T8 или T9
  - 3 T9 или T10
  - 4 T10 или T11
  - 5 T11 или T12
04. При центральном параличе наблюдается:
- 1 атрофия мышц
  - 2 повышение сухожильных рефлексов
  - 3 нарушение чувствительности по полиневритическому типу
  - 4 нарушение электровозбудимости нервов и мышц
05. фибриллярные подергивания
05. Хореический гиперкинез возникает при поражении:
- 1 палеостриатума
  - 2 неостриатума
  - 3 медиального бледного шара
  - 4 латерального бледного шара
  - 5 мозжечка
06. Волокна глубокой чувствительности для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии:
- 1 латерально
  - 2 медиально
  - 3 вентрально
  - 4 дорсально
  - 5 вентролатерально
07. Волокна глубокой чувствительности для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии:
- 1 латерально
  - 2 медиально
  - 3 вентрально
  - 4 дорсально
  - 5 вентромедиально
08. Волокна болевой и температурной чувствительности(латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности(медиальная петля):
- 1 в продолговатом мозге
  - 2 в мосту мозга
  - 3 в ножках мозга
  - 4 в зрительном бугре
  - 5 в мозжечке
09. Основным медиатором тормозного действия является:
- 1 ацетилхолин
  - 2 ГАМК
  - 3 норадреналин
  - 4 адреналин
  - 5 дофамин
010. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются:
- 1 в латеральном ядре бледного шара
  - 2 в поласатом теле
  - 3 в медиальном ядре бледного шара

- 4 в субталамическом ядре
  - 5 в мозжечке
011. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:
- 1 мозжечковая
  - 2 сеситивная
  - 3 вестибулярная
  - 4 лобная
  - 5 смешанная
012. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через:
- 1 красное ядро
  - 2 люисово тело
  - 3 черное вещество
  - 4 поласатое тело
  - 5 голубое пятно
013. Биназальная гемианопсия наступает при поражении:
- 1 центральных отделов перекреста зрительных нервов
  - 2 наружных отделов перекреста зрительных нервов
  - 3 зрительной лучистости
  - 4 зрительных трактов
  - 5 черного вещества
014. К концентрическому сужению полей зрения приводит сдавление:
- 1 зрительного тракта
  - 2 зрительного перекреста
  - 3 наружного каленчатого тела
  - 4 зрительной лучистости
  - 5 черного вещества
015. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия:
- 1 биназальная
  - 2 гомонимная
  - 3 битемпоральная
  - 4 нижнеквадратная
  - 5 верхнеквадратная
016. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении:
- 1 зрительного тракта
  - 2 зрительного перекреста
  - 3 зрительной лучистости
  - 4 внутренней капсулы
  - 5 зрительного нерва
- 01.7 Через верхние ножки мозжечка проходит путь:
- 1 задний спинно-мозжечковый
  - 2 передний спинно-мозжечковый
  - 3 лобно-мосто-мозжечковый
  - 4 затылочно-височно-мосто-мозжечковый
  - 5 спинно-мозжечковый
018. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:
- 1 обонятельного бугорка
  - 2 обонятельной луковицы
  - 3 височной доли
  - 4 теменной доли
  - 5 лобной доли
019. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении:
- 1 центральных отделов перекреста зрительных нервов
  - 2 наружных отделов перекреста зрительных нервов
  - 3 зрительных трактов перекреста зрительных нервов
  - 4 зрительной лучистости с двух сторон

- 5 лобной доли
020. Истинное недержание мочи возникает при поражении:
- 1 парацентральных долек передней центральной извилины
  - 2 шейного отдела спинного мозга
  - 3 поясничного утолщения спинного мозга
  - 4 конского хвоста
  - 5 моста мозга
021. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется:
- 1 в верхних отделах моста мозга
  - 2 в нижних отделах моста мозга
  - 3 в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
  - 4 в ножках мозга
  - 5 в продолговатом мозге
022. Половинное поражение поперечника спинного мозга(синдром Броун-Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании:
- 1 с нарушением всех видов чувствительности- на противоположной
  - 2 с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
  - 3 с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
  - 4 с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
  - 5 с полиневритическими расстройствами чувствительности
023. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:
- 1 динамическая
  - 2 вестибулярная
  - 3 статическая
  - 4 сенситивная
  - 5 лобная
024. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперстезии в средней зоне Зильдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется:
- 1 в левом мосто-мозжечковом углу
  - 2 в правом полушарии мозжечка
  - 3 в мосту мозга слева
  - 4 в области верхушки пирамиды левой височной кости
  - 5 в ножке мозга
025. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага:
- 1 в переднем адверсивном поле справа
  - 2 в верхнем отделе задней центральной извилины справа
  - 3 в нижнем отделе передней центральной извилины справа
  - 4 в верхнем отделе передней центральной извилины справа
  - 5 в нижнем отделе задней центральной извилины справа
026. Сочетанные боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла:
- 1 вестибулярного
  - 2 крылонебного
  - 3 коленчатого
  - 4 Гассерога
  - 5 звездчатого
027. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага:
- 1 в верхних отделах передней центральной извилины слева
  - 2 в нижних отделах передней центральной извилины слева
  - 3 в заднем бедре внутренней капсулы
  - 4 в колене внутренней капсулы
  - 5 в среднем отделе передней центральной извилины справа
028. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов:
- 1 C1-C4

- 2 C2-C5
  - 3 C3-C6
  - 4 C4-C7
  - 5 C5-C8
029. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов:
- 1 C5-C8
  - 2 C5-T1
  - 3 C6- C8
  - 4 C8-T2
  - 5 T1-T3
030. Нервные импульсы генерируются:
- 1 клеточным ядром
  - 2 наружной мембраной
  - 3 аксоном
  - 4 нейрофиламентами
  - 5 дендритами
031. Наиболее предпочтительным методом для визуализации нервных структур позвоночника является
- 1 магнитно-резонансная томография
  - 2 ультразвуковое исследование
  - 3 миелография
  - 4 компьютерная томография
032. У детей при вывихе костей предплечья с отрывом внутреннего надмыщелка наиболее часто повреждается нерв
- 1 локтевой
  - 2 лучевой
  - 3 срединный
  - 4 кожно-мышечный
033. Иннервация длинной мышцы отводящей 1 палец кисти, осуществляется нервом
- 1 срединным
  - 2 лучевым
  - 3 кожно - мышечным
  - 4 локтевым
034. При повреждении срединного нерва формируется нейрогенная деформация кисти в виде кисти
- 1 Обезьяньей
  - 2 Свисающей
  - 3 Когтеобразной
  - 4 Зудека
035. Трехглавую мышцу плеча иннервирует \_\_\_\_ нерв
- 1 Лучевой
  - 2 Срединный
  - 3 Локтевой
  - 4 Мышечно-кожный
036. Нарушением двигательной функции кисти при повреждении лучевого нерва является отсутствие:
- 1 противопоставления 1 пальца всем остальным
  - 2 активного разгибания кисти и пальцев
  - 3 разведения пальцев кисти относительно 3 пальца
  - 4 приведение пальцев 2, 4, 5 к 3 пальцу
037. Основным эффектом в лечебном действии диадинамического тока является
- 1 стимуляция нервномышечного аппарата
  - 2 миорелаксация

- 3 тепловой эффект  
 4 микромассаж тканей
038. В подапоневротическом (надсухожильном) пространстве среднего костно-фасциального ложа кисти проходят
- 1 червеобразные и межкостные мышцы
  - 2 лучевой и локтевой нервы
  - 3 поверхностная ладонная артериальная дуга и срединный нерв
  - 4 глубокая ладонная артериальная дуга и глубокая ветвь локтевого нерва
039. При повреждении локтевого нерва формируется нейрогенная деформация в виде кисти
- 1 Зудека
  - 2 когтеобразной
  - 3 свисающей
  - 4 обезьяньей
040. Наибольшей вероятностью при переломе хирургической шейки плечевой кости может быть поврежден \_\_\_ нерв
- 1 срединный
  - 2 лучевой
  - 3 локтевой
  - 4 подмышечный
041. Из заднего пучка плечевого сплетения образуются \_\_\_ нервы
- 1 помышечный и лучевой
  - 2 срединный и локтевой
  - 3 мышечно-кожный и срединный
  - 4 локтевой и медиальный кожный предплечья
042. С наибольшей вероятностью при переломе головки лучевой кости может повредиться
- 1 глубокая ветвь лучевого нерва
  - 2 локтевой нерв
  - 3 срединный нерв
  - 4 поверхностная ветвь лучевого нерва
043. Выделение нерва в обе стороны от повреждения при первичном шве должно быть (в см)
- 1 5
  - 2 3
  - 3 не более чем на 1
  - 4 1-2
044. Наиболее предпочтительным методом для визуализации нервных структур позвоночника является
- 1 ультразвуковое исследование
  - 2 КТ
  - 3 миелография
  - 4 МРТ
045. Иннервация мышцы, противопоставляющей 1 палец кисти, осуществляется нервом
- 1 срединным
  - 2 кожно-мышечным
  - 3 лучевым
  - 4 локтевым
046. Боль в области коленного сустава необходимо дифференцировать с компрессией спинномозгового нерва на уровне \_\_\_\_\_ сегмента
- 1 L3

2 L5

3 S1

4 L4

047. Диагностической процедурой, позволяющей показать нарушение проводимости нерва, является

1 УЗИ

2 ЭНМГ

3 МРТ

4 рентгенография

048. При переломе медиальной лодыжки наиболее вероятно повреждение \_\_\_\_\_ нерва

1 медиального кожного икры

2 поверхностного малоберцового

3 глубокого малоберцового

4 большеберцового

049. Повреждение верхнего ягодичного нерва при доступе хардинга приводит

1 к хромоте

2 ограничению сгибания

3 нарушению внутренней ротации

4 нарушению чувствительности передней поверхности бедра

050. В шейном отделе позвоночника насчитывается \_\_\_\_\_ спинномозговых нервов

1 7

2 6

3 5

4 8



### 3. Планируемые результаты обучения

<b>Компетенция и ее содержимое</b>	
Индекс индикатора (Зн.-Знания, У.-Умения, Н.-Навыки)	Содержание
<b>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)</b>	
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
<b>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-5)</b>	
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
<b>Готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи (ПК-6)</b>	
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.6.7	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.6.15	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.6.18	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.6.3	Назначать лекарственные препараты в предоперационном периоде и в послеоперационном периоде
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.6.24	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контроль его эффективности и безопасности
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.6.7	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.6.9	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.6.12	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

#### **4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации**

1. Методика клинического исследования нервной системы и общая симптоматология нервной системы
2. Детский церебральный паралич. Неврологические аспекты
3. Эпилептический синдром
4. Детский церебральный паралич. Неврологические аспекты
5. Расстройства, возникающие при поражении периферических нервов верхней конечности
6. Расстройства, возникающие при поражении периферических нервов нижней конечности
7. Реабилитация пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы
8. Речевые нарушения

## 5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

### Основная литература

1. 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>
2. Древаль А.В., Остеопороз, гиперпаратиреоз и дефицит витамина D [Электронный ресурс] / А.В. Древаль - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-4317-0 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443170.htm>
3. Букуп К Клиническое исследование костей суставов и мышц.-М.:Медицинская литература,2019
4. Ермак Е. М. Ультразвуковая диагностика патологии опорно-двигательного аппарата. - М.,2018 г
5. Лесняк О.М., Остеопороз [Электронный ресурс] / под ред. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3986-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439869.html>

### Дополнительная литература

1. Зайдман А.М. Нейрофиброматоз и сколиоз. – Новосибирск, 2014
2. Хирургические технологии лечения патологии позвоночника и суставов: Мат. Всерос. н.-п. конф. (Цивьяновские чтения), г. Новосибирск, 25-26 нояб. 2011 г.: сб. тез. – Новосибирск, 2011
3. Ю.К. Батороев, Н.А. Шапиро, В.В. Дворниченко Цитологическая диагностика опухолей костей.-М.,2016
4. Оперативная ортопедия по Кемпбеллу / С. Терри Кэнел, Джеймс Х. Бити, Фредерик М. Азар ; пер. с англ. под ред. Н. В. Загороднего.

### 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.sciemcedirect.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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>





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  
« dd » 2021 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ** **ФТД.В.02 ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**

краткое наименование дисциплины: нет

Специальность: 31.08.66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.

## Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Планируемые результаты обучения	9
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	10
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	11

## 1. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Лабораторная диагностика» относится к вариативной части Блока ФТД «Факультативы» учебного плана подготовки ординатора специальности 31.08.56 Нейрохирургия.

**Целью изучения дисциплины:** изучение основ лабораторной диагностики.

**Задачами** является изучение:

- ключевых понятий лабораторной диагностики и организации лабораторной службы;
- лабораторных методов обследования больного.

**Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:**

Универсальные компетенции:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1).

Профессиональные компетенции:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нейрохирургической медицинской помощи (ПК-6).

## 2. Объем и содержание дисциплины

Для освоения программы по данной дисциплине предполагается **1 з.е.** Дисциплина изучается на 1 курсе. Форма контроля – зачет.

Трудоемкость дисциплины – 36 часов, в том числе:

- лекции** – 2 аудиторных часа,
- семинарские занятия** – 4 аудиторных часа,
- самостоятельная работа** – 30 часов.

**Темы лекций:**

1. Основные вопросы клинической лабораторной диагностики – 2 часа.

**Семинарские занятия:**

1. Получение и подготовка биоматериала для исследования – 1 час.
2. Организация лабораторной службы и контроль качества лабораторных исследований - 1 час.
3. Общеклинические исследования - 1 час.
4. Биохимические исследования – 1 час.

**Самостоятельная работа:**

- Гематологические исследования.
- Цитологические исследования
- Лабораторные исследования системы гемостаза.
- Иммунологические исследования
- Медико-генетические исследования
- Лабораторная диагностика кожных и венерических заболеваний
- Лабораторная диагностика паразитарных болезней

## Оценочные средства

**Тестовые задания**

1. На результаты анализа могут повлиять факторы, кроме:

- 1) физического и эмоционального состояния
  - 2) циркадных ритмов
  - 3) положения тела
  - 4) социального статуса пациента
2. В сопроводительном бланке к пробе, поступающей в лабораторию, должно быть все указано, кроме:
- 1) ФИО пациента
  - 2) перечня показателей
  - 3) фамилии лечащего врача
  - 4) метода исследования
3. Венозную кровь у пациента необходимо брать:
- 1) после приёма пищи
  - 2) натощак
  - 3) после физиопроцедур
  - 4) после приема лекарственных препаратов
4. Исследование, не требующее 12-часового воздержания от приёма пищи:
- 1) определение холестерина
  - 2) исследование общего белка
  - 3) общий анализ крови
  - 4) определение глюкозы
5. Дыхательный алкалоз развивается:
- 1) при гипервентиляции легких
  - 2) при обильной рвоте
  - 3) при опухоли пищевода
  - 4) при вливании щелочных растворов
  - 5) при гиповентиляции легких
6. Пациента с дыхательной недостаточностью следует переводить на искусственную вентиляцию легких при  $P_{aO_2}$ , менее:
- 1) 90 мм рт. ст.
  - 2) 60 мм рт. ст.
  - 3) 70 мм рт. ст.
  - 4) 80 мм рт. ст.
  - 5) 100 мм рт. ст.
7. Опасным для жизни является увеличение концентрации ионов бикарбоната в плазме:
- 1) > 35 ммоль/л
  - 2) >38 ммоль/л
  - 3) >27 ммоль/л
  - 4) >40 ммоль/л
  - 5) >29 ммоль/л
8. Опасной для жизни является концентрация бикарбоната плазмы ниже:
- 1) 20 ммоль/л
  - 2) 15 ммоль/л
  - 3) 10 ммоль/л
  - 4) 25 ммоль/л
  - 5) 30 ммоль/л
9. Опасными для жизни значениями лактата в крови являются:
- 1) выше 6 ммоль/л
  - 2) выше 5 ммоль/л
  - 3) выше 4 ммоль/л

- 4) выше 3 ммоль/л
- 5) выше 2,5 ммоль/л

10. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные:  $pH=7,2$  ед.;  $pCO_2=61$  мм рт.ст.; бикарбонат= 23 ммоль/л;  $BE=-1,2$  ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический ацидоз декомпенсированный
- 2) дыхательный ацидоз декомпенсированный
- 3) дыхательный алкалоз и метаболический ацидоз
- 4) метаболический алкалоз и дыхательный ацидоз

11. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные:  $pH=7,1$  ед.;  $pCO_2=66$  мм рт.ст.; бикарбонат=13 ммоль/л;  $BE=-13$  ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический ацидоз декомпенсированный
- 2) дыхательный ацидоз декомпенсированный
- 3) дыхательный ацидоз и метаболический ацидоз
- 4) метаболический алкалоз и дыхательный ацидоз

12. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные:  $pH=7,55$  ед.;  $pCO_2=55$  мм рт.ст.; бикарбонат=38 ммоль/л;  $BE=+15$  ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический алкалоз субкомпенсированный
- 2) дыхательный алкалоз декомпенсированный
- 3) дыхательный алкалоз и метаболический ацидоз
- 4) метаболический алкалоз и дыхательный ацидоз

13. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные:  $pH=7,41$  ед.;  $pCO_2=50$  мм рт.ст.; бикарбонат=30 ммоль/л;  $BE=+7$  ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический алкалоз компенсированный
- 2) дыхательный ацидоз компенсированный
- 3) метаболический ацидоз декомпенсированный
- 4) дыхательный ацидоз декомпенсированный

14. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные:  $pH=7,36$  ед.;  $pCO_2=29$  мм рт.ст.; бикарбонат = 16 ммоль/л;  $BE=-8$  ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический ацидоз компенсированный
- 2) дыхательный ацидоз компенсированный
- 3) метаболический ацидоз декомпенсированный
- 4) дыхательный ацидоз декомпенсированный

15. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные:  $pH=7,49$  ед.;  $pCO_2=42$  мм рт.ст.; бикарбонат=30 ммоль/л;  $BE=+7$  ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический алкалоз компенсированный
- 2) дыхательный алкалоз компенсированный
- 3) дыхательный алкалоз декомпенсированный
- 4) метаболический алкалоз декомпенсированный

16. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные:  $pH=7,30$  ед.;  $pCO_2=53$  мм рт.ст.; бикарбонат=35 ммоль/л;  $BE=+6$  ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический ацидоз субкомпенсированный
- 2) дыхательный ацидоз субкомпенсированный
- 3) метаболический ацидоз декомпенсированный

4) дыхательный ацидоз декомпенсированный

17. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные:  $pH=7,54$  ед.;  $pCO_2=36$  мм рт.ст.; бикарбонат=35 ммоль/л;  $BE=+10$  ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) метаболический алкалоз компенсированный
- 2) метаболический алкалоз декомпенсированный
- 3) дыхательный алкалоз компенсированный
- 4) дыхательный ацидоз декомпенсированный

18. В результате исследования параметров КОС получены следующие данные:  $pH=7,16$  ед.;  $pCO_2=60$  мм рт.ст.; бикарбонат=23 ммоль/л;  $BE=-3$  ммоль/л. Определите тип нарушения кислотно-основного равновесия:

- 1) дыхательный ацидоз декомпенсированный
- 2) компенсированный дыхательный ацидоз
- 3) компенсированный метаболический алкалоз
- 4) субкомпенсированный метаболический ацидоз

19. При подозрении на сахарный диабет необходимо определить:

- 1) уровень гликемии
- 2) глюкозу в моче
- 3) гликированный гемоглобин
- 4) холестерол
- 5) триглицериды

20. Какова диагностическая ценность определения в крови  $HbA_{1c}$ ?

- 1) диагностика диабетической нефропатии
- 2) оценка степени компенсации сахарного диабета
- 3) диагностика диабетического кетоацидоза
- 4) диагностика макроангиопатий
- 5) диагностика диабетической ретинопатии

21. С какой частотой необходимо определять концентрацию  $HbA_{1c}$  у

22. пациентов с I типом сахарного диабета?

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 1 раз в год
- 3) 1 раз в полгода
- 4) 1 раз в 3 месяца

23. С какой частотой необходимо определять концентрацию  $HbA_{1c}$  у пациентов со II типом сахарного диабета?

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 1 раз в год
- 3) 1 раз в полгода
- 4) 1 раз в 3 месяца

24. Опасная для жизни гипоальбуминемия – это:

- 1) снижение уровня альбумина ниже 50 г/л
- 2) снижение уровня альбумина ниже 45 г/л
- 3) снижение уровня альбумина ниже 20 г/л
- 4) снижение уровня альбумина ниже 30 г/л

25. Уровень фибриногена в плазме увеличивается:

- 1) при острых стафилококковых инфекциях
- 2) при сахарном диабете
- 3) при хроническом гепатите
- 4) при остром панкреатите

26. Какое патологическое состояние сопровождается снижением уровня фибриногена в крови?

- 1) инфаркт миокарда
- 2) хронические заболевания печени
- 3) ревматоидный артрит
- 4) уремия

27. У больного с острым приступом болей в животе определяется повышение в сыворотке активности амилазы. Наиболее вероятен диагноз:

- 1) острый вирусный гепатит
- 2) почечная колика
- 3) инфаркт миокарда

28. У больного с острым приступом болей за грудиной регистрируется увеличение в сыворотке крови активности креатинкиназы. Наиболее вероятен диагноз:

- 1) острый панкреатит
- 2) острый вирусный гепатит
- 3) почечная колика
- 4) инфаркт миокарда

29. К ранним маркерам инфаркта миокарда относится следующий фермент:

- 1) ЛДГ-5
- 2) холинэстераза
- 3)  $\alpha$ -амилаза
- 4) креатинкиназа
- 5) щелочная фосфатаза

30. Подозревая токсическое поражение печени, целесообразно определить в сыворотке активность:

- 1) холинэстеразы
- 2) ЛДГ
- 3) креатинфосфокиназы
- 4)  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы

31. Для гемофилии характерно:

- 1) удлинение протромбированного времени
- 2) удлинение АЧТВ
- 3) снижение концентрации фибриногена
- 4) снижение количества тромбоцитов
- 5) нарушение агрегации тромбоцитов

32. Для ДВС-синдрома не характерно:

- 1) тромбоцитопения
- 2) гипофибриногенемия
- 3) повышение ПДФ, РКМФ
- 4) тромбоцитоз
- 5) повышение Д-димеров

33. Железодефицитная анемия характеризуется:

- 1)  $MCV - \downarrow$ ,  $MCH - \downarrow$ ,  $MCHC - N$
- 2)  $MCV - \uparrow$ ,  $MCH - \uparrow$ ,  $MCHC - N$
- 3)  $MCV - N$ ,  $MCH - N$ ,  $MCHC - N$
- 4)  $MCV - \downarrow$ ,  $MCH - \downarrow$ ,  $MCHC - \downarrow$

34. Мегалобластная анемия характеризуется:

- 1)  $MCV - \downarrow$ ,  $MCH - \downarrow$ ,  $MCHC - N$

- 2) MCV – ↑, MCH – ↑, MCHC – ↑
- 3) MCV – N, MCH – N, MCHC – N
- 4) MCV – ↓, MCH – ↓, MCHC – ↓

35. Для анемии при хронической почечной недостаточности характерно:

- 1) MCV – ↓, MCH – ↓, MCHC – N
- 2) MCV – ↑, MCH – ↑, MCHC – N
- 3) MCV – N, MCH – N, MCHC – N
- 4) MCV – ↓, MCH – ↓, MCHC – ↓

36. Больной 49 лет, поступил в клинику с жалобами на частые приступы стенокардии. Приступы купировались нитроглицерином. Лабораторное исследование должно включать измерение в сыворотке крови:

- 1) холестерина, триглицеридов, α- холестерина
- 2) холестерина, общих липидов
- 3) холестерина, общих липидов, фосфолипидов
- 4) холестерина, кетоновых тел, неэстерифицированных жирных кислот

37. У больного с острым приступом болей в животе определяется повышение в сыворотке активности амилазы. Наиболее вероятен диагнострый панкреатит

- 1) острый вирусный гепатит
- 2) почечная колика
- 3) инфаркт миокарда

38. У больного с острым приступом болей за грудиной регистрируется увеличение в сыворотке крови активности креатинкиназы. Наиболее вероятен диагноз:

- 1) острый панкреатит
- 2) острый вирусный гепатит
- 3) почечная колика
- 4) инфаркт миокарда

39. Основные субпопуляции Т-лимфоцитов:

- 1) Т-помощники (хелперы), Т-цитотоксические (киллеры) (+)
- 2) Антиген-активированные Т-лимфоциты
- 3) Естественные киллеры
- 4) Тимоциты

40. Плазматические клетки происходят из:

- 1) В-лимфоцитов (+)
- 2) Т-лимфоцитов
- 3) макрофагов
- 4) фибробластов
- 5) всех перечисленных клеток



### 3. Планируемые результаты обучения

<b>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)</b>	
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
Н.У.1.3	Интерпретация результатов осмотра пациентов
<b>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5)</b>	
Зн.5.1	Методы лабораторных исследований пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями и травмами отделов нервной системы для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации результатов исследований пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы
У.5.4	Интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы
Н.5.11	Интерпретация результатов осмотров, лабораторных исследований пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы
Н.5.15	Направление пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы на лабораторные исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
<b>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нейрохирургической медицинской помощи (МК-6)</b>	
Зн.6.40	Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы
У.6.38	Оказывать медицинскую помощь пациентам с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы в чрезвычайных ситуациях: травматические, огнестрельные, минно-взрывные, термические повреждения центральной и периферической нервной системы, кожи и мягких тканей головы, туловища и конечностей, сопровождаемые повреждениями периферических нервов
Н.6.32	Оказание медицинской помощи пациентам с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы в чрезвычайных ситуациях: травматические, огнестрельные, минно-взрывные, термические повреждения центральной и периферической нервной системы, кожи и мягких тканей головы, туловища и конечностей, сопровождаемые повреждениями периферических нервов
Н.6.57	Проведение работ по обеспечению безопасности диагностических манипуляций

#### 4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. История развития клинической лабораторной диагностики.
2. Автоматизированная система управления (АСУ) в КДЛ.
3. Использование гематологических исследований в клинической лабораторной диагностике.
4. Использование общеклинических исследований в клинической лабораторной диагностике.
5. Использование цитологических исследований в клинической лабораторной диагностике.
6. Использование биохимических исследований в клинической лабораторной диагностике.
7. Использование иммунологических и иммунохимических исследований в клинической лабораторной диагностике.
8. Использование медико-генетических исследований в клинической лабораторной диагностике.
9. Использование методов лабораторной диагностики аллергических заболеваний.
10. Использование методов лабораторной диагностики кожно-венерических заболеваний.
11. Использование методов лабораторной диагностики паразитарных болезней.

## 5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

### Основная литература

1. Труфанов Г.Е., Лучевая диагностика [Электронный ресурс] : учебник / Г. Е. Труфанов и др.; под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-3960-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439609.html>
2. Морозов А.К., Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов [Электронный ресурс] / гл. ред. тома А.К. Морозов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 832 с. (Серия "Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии" / гл. ред. серии С. К. Терновой) - ISBN 978-5-9704-3559-5 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435595.html>
3. МРТ. Суставы верхней конечности : руководство для врачей / под ред. Г. Е. Труфанова, В. А. Фокина. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>
5. Росс Дж. Лучевая диагностика. Позвоночник.-М.,2018
6. Труфанов Г.К Лучевая диагностика дегенеративных заболеваний позвоночника 3-е издание.-ЭЛБИ-СПб,2018
7. Мак Нелли Ультразвуковые исследования костно-мышечной системы.-М.,2016
8. Сенча И. Ультразвуковая диагностика. Тазобедренный сустав.-М.:ВИДАР-М,2016

### Дополнительная литература

1. Меллер Т.Б. Атлас рентгенологических укладок.-М.:Медицинская литература,2010
2. Райзер М., Баур-Мельник А., Гласер Лучевая диагностика. Костно-мышечная система.М.,2015
3. Косова В.Г. Клинико-рентгенологические изменения крупных суставов при дисплазиях скелета.-М.,2016
4. Куликов В.И. Основы ультразвукового исследования сосудов.-М.:Видар-М,2015
5. Лин Дифференциальный диагноз при КТ и МРТ.-М.,Медицинская литература,2016
6. Андерсон М.В. МРТ и КТ. Секционная анатомия.-М.:Медицинская литература,2018
7. Ермак Е. М. Ультразвуковая диагностика патологии опорно-двигательного аппарата. 2015

### 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.Nlr.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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>



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  
« dd » 2021 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ** **ФТД.В.03 ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ** **ТРАВМАТОЛОГИИ**

краткое наименование дисциплины: нет

Специальность: 31.08. 66 Травматология и ортопедия

Уровень высшего образования: Подготовка кадров высшей квалификации в  
ординатуре

Форма обучения: очная

Год набора 2022

г. Новосибирск, 2021 г.

## Содержание

	Стр.
1. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
2. Объем и содержание дисциплины	3
3. Планируемые результаты обучения	11
4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации	19
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	20

## 1. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Частные вопросы травматологии» относится к вариативной части Блока ФТД «Факультативы» учебного плана подготовки ординатора специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия.

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

### **Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:**

Универсальные компетенции:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1).

Профессиональные компетенции:

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

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

## 2. Объем и содержание дисциплины

Для освоения программы по данной дисциплине предполагается 1 з.е. Дисциплина изучается на 1 курсе. Форма контроля – зачет.

Трудоемкость дисциплины – 36 часов, в том числе:

**лекции** – 2 аудиторных часа,

**семинарские занятия** – 4 аудиторных часа,

**самостоятельная работа**- 30 часов.

### **Темы лекций:**

1. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника. Политравма. Классификация. Оценка тяжести повреждений. Подходы к лечению на разных клинических этапах – 2 часа.

### **Семинарские занятия:**

1. Повреждения сухожилий и мышц- 1 час.

2. Повреждение плечевого пояса и верхних конечностей: вывихи. Классификация. Принципы лечения. Повреждение плечевого пояса и верхних конечностей: переломы. Классификация. Принципы лечения- 1 час.

3. Внутрисуставные повреждения коленного сустава: реконструктивная пластика передней крестообразной связки коленного сустава- 1 час..

4. Травма нижнего шейного отдела позвоночника: диагностика, классификация, лечение- 1 час.

### **Самостоятельная работа:**

Вопросы для самостоятельного изучения:

- Повреждения позвоночника

- Повреждения тазового кольца

- Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при повреждениях опорно-двигательного аппарата

- Травмы грудной клетки

- Травматическая болезнь

- Переломы костей верхней конечности

- Повреждений мягких тканей опорно-двигательной системы

- Сочетанная травма. Политравма. Комбинированная травма.

## Оценочные средства

001. Наиболее отчетливо повреждения головного мозга, согласно теории кавитации, возникают при ударе

- а) в висок
- б) в область лба
- в) в область затылка
- г) в область темени
- д) в область нижней челюсти

002. Согласно теории ударного эффекта деформирующихся костей основания черепа объяснимы все приведенные изменения, исключая

- а) ушибы полюсов и оснований лобных долей
- б) ушибы полюсов и оснований височных долей
- в) ушибы конвексимальной поверхности лобных долей
- г) ушибы основания затылочной доли
- д) перелом крыльев основной кости

003. Основными клиническими формами повреждения головного мозга являются:

- 1) сотрясение головного мозга,
- 2) сдавление головного мозга,
- 3) субарахноидальное кровоизлияние,
- 4) внутричерепная гематома,
- 5) ушиб головного мозга,
- 6) отек головного мозга,
- 7) проляпс головного мозга,
- 8) дислокация головного мозга

- а) правильно 1, 3, 8
- б) правильно 1, 3, 6 и 7
- в) правильно 1, 2, 5
- г) правильно 1, 4, 5 и 6
- д) правильно 1, 2, 3 и 6

004. Сдавление головного мозга происходит вследствие всех возникших нарушений, за исключением

- а) гидропса
- б) внутричерепной гематомы
- в) субарахноидального кровоизлияния
- г) вдавленного перелома костей черепа
- д) субдуральной гидромы

005. Синдром гипертензии при ушибах головного мозга средней тяжести можно констатировать по показателям давления спинно-мозговой жидкости, равного

- а) 100-120 мм вод. ст.
- б) 130-140 мм вод. ст.
- в) 180-210 мм вод. ст.
- г) 220-240 мм вод. ст.
- д) 260-320 мм вод. ст.

006. Для синдрома мозговой гипотензии при легких ушибах головного мозга характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) бледности кожных покровов с небольшой синюшностью слизистых
- б) головных болей распирающего характера
- в) уменьшения головной боли при опускании головы
- г) понижения артериального давления в пределах АД 100/70-90/60 мм рт. ст.
- д) давления спинно-мозговой жидкости от 40 до 100 мм вод. ст.

007. Синдром субарахноидального кровоизлияния проявляется всеми перечисленными симптомами, исключая

- а) головная боль как "обручем стягивает" голову
- б) головная боль, заметно усиливающаяся при движении глазных яблок
- в) положительный симптом Брудзинского
- г) возможно проявление делириозного состояния

- д) гемипарез
008. Согласно классификации переломов костей свода черепа выделяют следующие основные формы, исключая
- а) импрессионный перелом
  - б) компрессионный перелом
  - в) депрессионный перелом
  - г) перелом сагитального и фронтального швов
  - д) оскольчатый перелом
009. При неполном переломе костей свода черепа имеет место
- а) перелом только наружной пластинки
  - б) перелом только внутренней пластинки
  - в) расхождение по сагитальному шву или коронарному шву
  - г) перелом основания черепа, но без разрыва твердой мозговой оболочки
  - д) правильно а) и б)
010. Среди линейных переломов костей свода черепа выделяют все перечисленные, кроме
- а) полного перелома
  - б) неполного перелома
  - в) вдавленного перелома
  - г) перелома с переходом на основание черепа
  - д) перелома без перехода на основание черепа
011. Вдавленные переломы костей свода черепа включают все перечисленные переломы, исключая
- а) импрессионный перелом
  - б) депрессионный перелом
  - в) черепитчатый перелом
  - г) компрессионный перелом
  - д) штыкообразный перелом
012. Для оскольчатых переломов костей свода черепа характерно
- а) вдавление в полость черепа с повреждением твердой мозговой оболочки
  - б) разделение костных фрагментов пересекающимися трещинами
  - в) радиарное расхождение трещин от центра перелома
  - г) наложение одного костного фрагмента на другой
013. При переломах лицевого черепа на фоне большого отека мягких тканей довольно часто остается не выявленным
- а) кровотечение из решетчатой кости
  - б) ликворея
  - в) перелом скуловой кости
  - г) перелом верхней челюсти
  - д) повреждение глазного яблока
014. По топографии и клинической картине разделяют следующие переломы пирамиды височной кости, за исключением
- а) диагонального
  - б) продольного
  - в) косоугольного
  - г) перелома основания
  - д) отрыва верхушки
015. Рентгенологическая классификация огнестрельных переломов черепа выделяет все перечисленные, кроме
- а) неполного перелома
  - б) линейного перелома
  - в) вдавленного перелома
  - г) парабазального перелома
016. В основу классификации повреждений черепа и головного мозга положены все перечисленные виды и формы повреждений головного мозга, костей свода и основания черепа, исключая
- а) сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга, сдавление головного мозга
  - б) переломы свода и основания черепа



- в) открытые и закрытые повреждения головного мозга и черепа
  - г) повреждение желудочков головного мозга
  - д) повреждение твердой мозговой оболочки
017. Черепно-лицевая травма выделена в особую форму черепно-мозговой травмы в связи с присущей ей комплексом симптомов и патологических состояний, исключая
- а) травматический шок
  - б) ликворею
  - в) перелом верхней челюсти
  - г) выраженную мозговую гипертензию на фоне субарахноидального кровотечения
  - д) кровотечение
018. По виду раневого канала различают все перечисленные огнестрельные повреждения черепа головного мозга, кроме
- а) слепого ранения
  - б) сквозного ранения
  - в) тангенциального ранения
  - г) проникающего ранения больших полушарий
  - д) диагонального ранения
019. Эпидуральная гематома возникает в основном в результате кровотечения
- а) из поврежденных сосудов коры головного мозга
  - б) из поврежденных костей свода черепа
  - в) из вены Галена
  - г) из ветвей средней оболочечной артерии
  - д) ветвей передней мозговой артерии
020. При внутримозговой гематоме, если отсутствует выраженный ушиб головного мозга, в клинической картине патологического процесса имеют место все перечисленные симптомы, кроме
- а) светлого промежутка
  - б) контрлатерального пареза или пареза
  - в) отчетливой анизокории с паралитическим мидриазом
  - г) нарастающей мозговой гипертензии
  - д) пирамидной симптоматики на гомолатеральной стороне
021. При множественной форме внутричерепной гематомы в одном полушарии наиболее часто сочетаются
- а) эпидуральная гематома с субдуральной
  - б) эпидуральная гематома с внутримозговой
  - в) субдуральная гематома с внутримозговой
  - г) субдуральная гематома с внутрижелудочковой
  - д) эпидуральная гематома с внутрижелудочковой
022. Основные трудности диагностики повреждений черепа и головного мозга происходят вследствие всех перечисленных причин, исключая
- а) тяжелое коматозное состояние пострадавшего
  - б) отсутствие данных люмбальной пункции
  - в) состояние алкогольного опьянения
  - г) отсутствие патогномичных симптомов для большинства тяжелых повреждений головного мозга
  - д) сочетание повреждений головного мозга с повреждениями внутренних органов и опорно-двигательного аппарата
023. Основными признаками перелома костей черепа на рентгенограмме являются все перечисленные, кроме
- а) прозрачности
  - б) симптома раздвоения
  - в) прямолинейности
  - г) уплотнения тени
  - д) узости просвета
024. При эхо-энцефалоскопическом исследовании больного с черепно-мозговой травмой можно подтвердить диагноз следующих видов повреждения головного мозга и их последствий, исключая
- а) сотрясение головного мозга

- б) ушиб головного мозга
- в) гидроцефалию
- г) субарахноидальное кровоизлияние
- д) наличие внутричерепной гематомы

025. Больному с тяжелой черепно-мозговой травмой произведена каротидная ангиография с выявлением перемещения и деформацией "сифона", значительного увеличения расстояния между средней мозговой и перекалезной артериями.

Это позволяет поставить диагноз

- а) эпидуральной гематомы височно-теменной области
- б) внутримозговой гематомы лобной доли
- в) внутримозговой гематомы височной доли
- г) субдуральной гематомы лобно-височной области
- д) эпидуральной гематомы височно-теменной области

026. Люмбальная пункция дает возможность точно подтвердить диагноз только

- а) сотрясения головного мозга
- б) эпидуральной гематомы
- в) субдуральной гематомы
- г) внутримозговой гематомы
- д) субарахноидального кровоизлияния

027. Для выявления скрытой ликвореи наиболее ценное значение в практике определения сочетанной травмы имеет а) контактная рентгенография основания черепа

- а) компьютерная томография
- в) исследование с радиоактивным  $^{32}\text{P}$  и  $^{99\text{Tc}}$
- г) пневмография
- д) введение красящих веществ в спинно-мозговой канал

028. Показаниями к наложению поисковых фрезевых отверстий у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой являются все перечисленные, кроме

а) невозможности инструментальными и рентгенографическими методами определить сторону травматического очага

- б) смещения Ме-Эхо при ЭхоЭГ-исследованиями более, чем на 5 мм
- в) резкого снижения артериального давления (до АД 80/40 мм рт. ст.) при отсутствии четких указаний на сторону локализации очага
- г) выраженного синдрома мозговой гипертензии без очаговой симптоматики

029. Лечение больных с черепно-мозговой травмой вне зависимости от вида и характера повреждения головного мозга и черепа в обязательном порядке должно включать

- а) дегидратацию осмотическими диуретиками
- б) дегидратацию салуретиками
- в) люмбальную пункцию
- г) нейротропные препараты

030. При оказании первой помощи больным с тяжелой черепно-мозговой травмой, на месте происшествия и во время транспортировки в стационар, врач должен сделать все перечисленные манипуляции, за исключением

а) восстановить дыхание, проходимость верхних дыхательных путей, сделать интубацию трахеи

- б) при необходимости произвести трахеостомию
- в) сделать венепункцию и осуществить инфузию кровозаменителей
- г) осуществить непрямой массаж сердца
- д) сделать новокаиновую блокаду перелома костей конечности

031. Наиболее предпочтительным методом для визуализации нервных структур позвоночника является

- а) магнитно-резонансная томография
- б) ультразвуковое исследование
- в) миелография
- г) компьютерная томография

032. 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
033. 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
034. 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
035. 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
036. Максимальный объем информации о повреждениях мягкотканых структур позвоночника и спинного мозга дает
- а) МСКТ
  - б) МРТ
  - в) УЗИ
  - г) сцинтиграфия
036. У детей при вывихе костей предплечья с отрывом внутреннего надмыщелка наиболее часто повреждается нерв
- а) локтевой
  - б) лучевой
  - в) срединный
  - г) кожно-мышечный
037. В коленном суставе невозможны движения
- а) скольжения и качения
  - б) в сагиттальной плоскости
  - в) во фронтальной плоскости
  - г) осевого вращения
038. 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
039. 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
040. 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
041. 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
042. При переломах грудно-поясничного отдела позвоночника со смещением (aospine 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 груднопоясничный отдел
  - г) оперативное вмешательство из заднего доступа с восстановлением оси позвоночника
043. Неоднократно повторяющиеся вывихи в одном и том же суставе под влиянием незначительных внешних причин называют
- а) привычными
  - б) подвывихами
  - в) застарелыми
  - г) полными
044. 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
045. Наиболее эффективной блокадой при стенозе позвоночного канала является
- а) паравертебральная
  - б) фораминальная
  - в) эпидуральная
  - г) миофасциальная
046. В промежутке между медиальной лодыжкой и пяточной костью проходит \_\_\_\_\_ сухожилий мышц
- а) три
  - б) пять
  - в) четыре
  - г) два
046. 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
047. 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 внутреннего надмыщелка и его интерпозицией в полость сустава
048. Разгибание в плечевом суставе без участия лопатки возможно до угла ( в градусах)
- а) 55
  - б) 45
  - в) 65
  - г) 35
049. 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

050.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

### 3. Планируемые результаты обучения

<b>Компетенция и ее содержимое</b>	
Индекс индикатора (Зн.-Знания, У.-Умения, Н.-Навыки)	Содержание
<b>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)</b>	
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
<b>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-5)</b>	
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
<b>Готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи (ПК-6)</b>	
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.6.14	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

Н.6.17	Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи в предоперационном и послеоперационном периодах
--------	--

#### 4. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника.
2. Политравма. Классификация. Оценка тяжести повреждений. Подходы к лечению на разных клинических этапах.
3. Повреждения сухожилий и мышц
4. Повреждение плечевого пояса и верхних конечностей: вывихи. Классификация. Принципы лечения. Повреждение плечевого пояса и верхних конечностей: переломы. Классификация. Принципы лечения
5. Внутрисуставные повреждения коленного сустава: реконструктивная пластика передней крестообразной связки коленного сустава
6. Травма нижнего шейного отдела позвоночника: диагностика, классификация, лечение
7. Повреждения позвоночника
8. Повреждения тазового кольца
9. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при повреждениях опорно-двигательного аппарата
10. Травмы грудной клетки
11. Травматическая болезнь
12. Переломы костей верхней конечности
13. Повреждений мягких тканей опорно-двигательной системы
14. Сочетанная травма. Политравма. Комбинированная травма.

## 5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

### Основная литература

1. Котельников Г.П., Травматология [Электронный ресурс] / под ред. Котельникова Г.П., Миронова С.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 776 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4550-1 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445501.html>
2. 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>
3. Феличано Д.В. Травма. В 3-х т. -М.:БИНОМ,2016
4. Оперативная ортопедия по Кемпбеллу / С. Терри Кэнел, Джеймс Х. Бити, Фредерик М. Азар ; пер. с англ. под ред. Н. В. Загороднего.
5. Харклесс Л.Б. Секреты голеностопного сустава и стопы М.:ГЭОТАР,2019
6. Егиазарян К.А. Локтевой сустав : учебное пособие / Под ред. К.А. Егиазаряна, А.П. Ратьева.-М.:МИА,2019
7. Черкашина З.А. Травматология и ортопедия. / З.А. Черкашина. комплект в 3-х т.- М.:МИА, 2017.
8. Травматология и ортопедия по Эпли: в 3-х частях/пер. с англ. под ред. Р.М. Тихилова.- М.:Издательство Панфилова,2016
9. Ветрилэ П. Переломы тел позвонков при остеопорозе. Клиника, диагностика, лечение.- М.:БИНОМ,2016
10. Котенко К. В., Заболевания и повреждения плечевого сустава [Электронный ресурс] / К. В. Котенко [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-4278-4 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442784.html>

### Дополнительная литература

1. Тулупов В.А.. Торакоабдоминальная травма.-М.Фолиант,2016
2. Мицкевич В. А. Плечевой сустав: вывихи и болевые синдромы : монография / В. А. Мицкевич. - Москва : Медицинское информационное агентство, 2016.
3. 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.Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book>
4. Лихтерман Л.Б., Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение [Электронный ресурс] / Лихтерман Л. Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014 Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>
5. Клюквин И.Ю., Травмы кисти [Электронный ресурс] / И. Ю. Клюквин, И. Ю. Мигулева, В. П. Охотский - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/boo>
6. Хубутый М.Ш., Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс] : руководство / под ред. М. Ш. Хубутя, П. А. Ярцева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book>
7. Беневоленская Л.И., Остеопороз [Электронный ресурс] / П/ред. Беневоленской Л.И.. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book>
8. Демичев С.В., Первая помощь при травмах и заболеваниях [Электронный ресурс] / Демичев С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>
9. 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>

### Периодические издания

1. Хирургия позвоночника
2. Вестник травматологии и ортопедии
3. Травматология и ортопедия России
4. Гений ортопедии

## **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.studmedlib.ru/ru/catalogue/switch_kit/mb3.html); <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4x>