Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина»

ПРИНЯТО
Ученым Советом

ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина»

01.09.2026
Протокол № 1

УТВЕРЖДАЮ:
Директор ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина»
доктор медицинских наук
И. Л. Шлыков
«01» 09 2026 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Программа составлена на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.05.2026 № 548н «Об утверждении типовой дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Травматология и ортопедия»»

Трудоемкость: 144 часов

Форма обучения: очная

г. Екатеринбург, 2026 год

Рабочая программа обсуждена на заседании Учебного отдела ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина» (протокол № 1 от 01.09.2026)

Авторы программы:
Шлыков И.Л. - д.м.н., врач травматолог-ортопед, директор ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина»
Бердюгин К.А. - д.м.н., профессор РАН, врач травматолог-ортопед, заместитель директора по научной работе ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина»

Рецензент:
Сергеев К.С. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом детской травматологии ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России

СОДЕРЖАНИЕ

I. Общие положения
II. Планируемые результаты обучения
III. Учебный план
IV. Рабочие программы модулей
V. Формы аттестации
VI. Организационно-педагогические условия реализации Программы
VII. Список основной литературы
VIII. Контрольно-измерительные материалы

СОКРАЩЕНИЯ

ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина» - Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина».
ДПП – дополнительная профессиональная программа
ПК – повышение квалификации
МО - медицинская организация
ПК – профессиональные компетенции
ЗУН – знания, умения, навыки
Л – лекции
ПЗ – практические занятия
СЗ – семинарские занятия
ЭО – электронное обучение
ДОТ – дистанционные образовательные технологии

I. Общие положения

1. Целью дополнительной профессиональной программы повышения квалификации специалистов <1> с высшим медицинским образованием (далее - Программа) является совершенствование компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности по специальности "Травматология и ортопедия" (область профессиональной деятельности <2> - 02 Здравоохранение, уровень квалификации <3> - 8 уровень).

<1> Пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам, утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 24 марта 2025 г. N 266 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2025 г., регистрационный N 81928), действует до 1 сентября 2031 года (далее - Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам).

<2> Таблица приложения к приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 сентября 2014 г. N 667н "О реестре профессиональных стандартов (перечне видов профессиональной деятельности)" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 ноября 2014 г., регистрационный N 34779) с изменением, внесенным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 9 марта 2017 г. N 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 марта 2017 г., регистрационный N 46168).

<3> Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12 апреля 2013 г. N 148н "Об утверждении уровней квалификации в целях разработки проектов профессиональных стандартов" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 мая 2013 г., регистрационный N 28534).

2. В результате освоения Программы ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина» (далее - организация), обеспечивает совершенствование у обучающегося (слушателя) профессиональных компетенций (далее - ПК) <4>, включающих необходимые знания, умения, в соответствии с планируемыми результатами обучения и рабочими программами модулей.

<4> Пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам.

3. Форма обучения по Программе - очная, с возможностью частичного использования электронного обучения и дистанционных образовательных технологий (далее - ЭО и ДОТ).

4. Трудоемкость обучения (срок освоения Программы): 144 академических часа.

5. Календарный учебный график обеспечивает реализацию Программы в соответствии с учебным планом и разрабатывается организацией самостоятельно.

II. Планируемые результаты обучения

6. Планируемые результаты обучения:

№ п/п	Коды и наименования совершенствуемых компетенций	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям	
		Знания (далее - з)	Умения (далее - у)
1	ПК-1. Способен при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" проводить медицинское обследование пациентов в целях выявления травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы	1.з1. Действующие нормативные правовые акты, регламентирующие оказание медицинской помощи населению, включая порядки оказания медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия". 1.з2. Современные сведения об этиологии и патогенезе, патоморфологии, клинической картине, дифференциальной диагностике, особенностях течения, осложнениях и исходах при травмах, заболеваниях опорно-двигательного аппарата и (или) состояниях костно-мышечной системы. 1.з3. Заболевания и (или) состояния иных органов и систем, сопровождающиеся изменениями со стороны костно-мышечной системы, в том числе при профессиональных заболеваниях. 1.з4. Современные методы клинической и параклинической диагностики травм, заболеваний опорно-двигательного аппарата и (или) состояний костно-мышечной системы. 1.з5. Современные методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, правила интерпретации их результатов у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 1.з6. Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 1.з7. Современные правила формулирования диагноза. 1.з8. Травмы, заболевания и (или) состояния костно-мышечной системы, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме.	1.у1. Выявление клинических симптомов и синдромов у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 1.у2. Применение современных методов осмотра и обследования пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей. 1.у3. Интерпретация и анализ результатов осмотра пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 1.у4. Формулирование предварительного диагноза. 1.у5. Планирование, обоснование объема инструментального исследования пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 1.у6. Направление пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы на инструментальное исследование. 1.у7. Интерпретация и анализ результатов инструментального исследования пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы: ультразвукового исследования мягких тканей, ультразвукового сканирования суставов, ультразвуковой допплерографии сосудов верхних и нижних конечностей, рентгенографии, магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии, ангиографии, радионуклидного исследования, денситометрии. 1.у8. Обоснование и планирование объема лабораторного исследования пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 1.у9. Направление пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы на лабораторное исследование.

		1.з9. Медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы.	1.у10. Интерпретация и анализ результатов лабораторного исследования пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 1.у11. Обоснование необходимости направления к врачам-специалистам пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 1.у12. Направление пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы на консультацию к врачам-специалистам. 1.у13. Интерпретация и анализ результатов осмотра врачами-специалистами пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 1.у14. Выявление симптомов и синдромов осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических медицинских исследований у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 1.у15. Формулирование диагноза. 1.у16. Определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы.
2	ПК-2. Способен при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" назначать лечение пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контролировать его	2.з1. Действующие нормативные правовые акты, регламентирующие оказание медицинской помощи населению, включая порядки оказания медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" в части лечения пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата. 2.з2. Актуальные клинические рекомендации при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" в части лечения пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата. 2.з3. Современные методы лечения пациентов с травмами,	2.у1. Разработка плана лечения пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины. 2.у2. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 2.у3. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-

	эффективность и безопасность	заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 2.з4. Современные сведения о механизмах действия современных лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 2.з5. Медицинские показания и противопоказания к назначению современных лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы, доказательной медицины 2.з6. Современные сведения о возможных осложнениях, побочных действиях, нежелательных реакциях, в том числе непредвиденных, у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, возникающие вследствие применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания. 2.з7. Современные методы немедикаментозного лечения травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы. 2.з8. Актуальные медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению немедикаментозного лечения травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы. 2.з9. Современные сведения о возможных осложнениях, побочных действиях, нежелательных реакциях, в том числе непредвиденных, у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы, возникающие вследствие немедикаментозного лечения. 2.з10. Современные принципы и методы хирургического лечения травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы. 2.з11. Актуальные медицинские показания и медицинские противопоказания к хирургическому лечению травм,	двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 2.у4. Назначение немедикаментозного лечения пациентам с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 2.у5. Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 2.у6. Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для лечебных манипуляций и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 2.у7. Предоперационное планирование при поступлении пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы к хирургическому вмешательству или манипуляции. 2.у8. Выполнение хирургических вмешательств и манипуляций пациентам с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 2.у9. Оценка результатов лечебных манипуляций и хирургических вмешательств у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 2.у10. Разработка схемы послеоперационного ведения пациента, его реабилитации, профилактики послеоперационных осложнений. 2.у11. Мониторинг заболевания и (или) состояния, корректировка плана лечения в зависимости от особенностей течения. 2.у12. Предотвращение или устранение 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. 2.у13. Оказание медицинской помощи в неотложной форме, в том

		заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы. 2.з12. Современные сведения о возможных осложнениях, побочных действиях, нежелательных реакциях, в том числе непредвиденных, у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, возникающие вследствие хирургического лечения. 2.з13. Современные медицинские манипуляции при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы. 2.з14. Актуальные медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению медицинских манипуляций. 2.з15. Современные сведения о возможных осложнениях, побочных действиях, нежелательных реакциях, в том числе непредвиденных, у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, возникающие вследствие медицинских манипуляций. 2.з16. Современные принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы. 2.з17. Современные методы обезболивания, применяемые у пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы. 2.з18. Современные медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при хирургических вмешательствах, манипуляциях на костно-мышечной системе. 2.з19. Современные сведения о способах 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. 2.з20. Современные принципы и методы оказания	числе в чрезвычайных ситуациях, пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы.

		медицинской помощи в неотложной форме пациентам с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе в чрезвычайных ситуациях.	
3	ПК-3. Способен при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" проводить медицинскую реабилитацию пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, контролировать ее эффективность	3.з1. Действующий порядок организации медицинской реабилитации санаторно-курортного лечения. 3.з2. Современные принципы медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы. 3.з3. Современные методы медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, инвалидов по опорно-двигательному аппарату. 3.з4. Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению медицинской реабилитации у пациентов с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. 3.з5. Современные сведения о механизме воздействия мероприятий по медицинской реабилитации на организм пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы. 3.з6. Актуальные медицинские показания для направления пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. 3.з7. Актуальные 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 и абилитации инвалидов.	3.у1. Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентам, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. 3.у2. Составление плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы. 3.у3. Проведение мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. 3.у4. Назначение, подбор и использование технических средств реабилитации (протезно-ортопедические изделия, корсеты, ортопедические аппараты и обувь, тутора, брейсы). 3.у5. Определение медицинских показаний для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. 3.у6. Направление пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. 3.у7. Оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы.

		3.з8. Актуальные медицинские показания и медицинские противопоказания для назначения технических средств реабилитации, методы ухода за ними. 3.з9. Современные сведения о способах предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.	
4	ПК-4. Способен при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" проводить мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, осуществлять контроль их эффективности	4.з1. Современные принципы здорового образа жизни и методы его формирования. 4.з2. Современные принципы и особенности проведения оздоровительных мероприятий среди пациентов с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями и (или) последствиями травм костно-мышечной системы. 4.з3. Современные принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования заболеваний и (или) состояний и (или) последствий травм костно-мышечной системы. 4.з4. Актуальные медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики травм, заболеваний опорно-двигательного аппарата и (или) состояний костно-мышечной системы у пациентов. 4.з5. Современные формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы. 4.з6. Современные 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. 4.з7. Действующие нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения предварительных	4.у1. Разработка и реализация программы формирования здорового образа жизни. 4.у2. Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска. 4.у3. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров пациентов с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата и (или) состояниями и (или) последствиями травм костно-мышечной системы. 4.у4. Проведение диспансеризации пациентов с хроническими заболеваниями и (или) состояниями и (или) последствиями травм костно-мышечной системы. 4.у5. Контроль соблюдения профилактических мероприятий. 4.у6. Оценка эффективности профилактической работы с пациентами. 4.у7. Определение медицинских показаний для проведения диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и (или) состояниями и (или) последствиями травм костно-мышечной системы. 4.у8. Формирование списков лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году, с их поквартальным распределением. 4.у9. Информирование лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения. 4.у10. Оформление медицинских заключений по результатам медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения. 4.у11. Анализ результатов проведения диспансерного наблюдения

		и периодических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения пациентов при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы. 4.з8. Современные санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами, комплекс экстренных профилактических мероприятий при возникновении аварийных ситуаций с риском инфицирования себя и находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского персонала. 4.з9. Современные меры профилактики инфекционных заболеваний. 4.з10. Актуальный порядок проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний. 4.з11. Современные меры индивидуальной защиты медицинского персонала и пациентов при выполнении медицинских вмешательств. 4.з12. Профилактические мероприятия при возникновении аварийных ситуаций с риском инфицирования медицинских работников (экстренная профилактика). 4.з13. Особенности возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (устойчивость к физическим и химическим дезинфицирующим агентам и длительность выживания на объектах внешней среды, вид и форма существования, пути и факторы передачи).	на основании сведений, содержащихся в контрольных картах. 4.у12. Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней. 4.у13. Проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний. 4.у14. Соблюдение санитарно-эпидемиологических требований к обращению с медицинскими отходами, проведение экстренных профилактических мероприятий при возникновении аварийных ситуаций с риском инфицирования себя и находящегося в распоряжении персонала. 4.у15. Применение средств индивидуальной защиты. 4.у16. Участие в обеспечении мер асептики и антисептики, принципов индивидуальной изоляции при выполнении медицинских вмешательств. 4.у17. Безопасное обращение с острыми (колющими и режущими) инструментами, биологическими материалами.
5	ПК-5. Способен проводить отдельные виды медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов с травмами, заболеваниями и (или)	5.з1. Действующие нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, медицинских экспертиз, формирования и выдачи листков нетрудоспособности. 5.з2. Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции опорно-двигательного аппарата, обусловленное заболеваниями	5.у1. Определение признаков временной нетрудоспособности и стойкого нарушения функции костно-мышечной системы у пациентов. 5.у2. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, работа в составе врачебной комиссией медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности.

	состояниями костно-мышечной системы	костно-мышечной системы и соединительной ткани, на медико-социальную экспертизу. 5.з3. Современные требования к оформлению медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу пациентов, имеющих стойкое нарушение функции опорно-двигательного аппарата, обусловленное заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани. 5.з4. Актуальный порядок оформления медицинской документации пациентам, имеющим стойкое нарушение функции опорно-двигательного аппарата, обусловленное заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани, для осуществления медико-социальной экспертизы.	5.у3. Проведение в составе комиссии отдельных видов медицинских освидетельствований в части, касающейся наличия и (или) отсутствия нарушения функции костно-мышечной системы. 5.у4. Определение медицинских показаний для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции опорно-двигательного аппарата, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, последствиями травм или дефектами на медико-социальную экспертизу. 5.у5. Подготовка необходимой медицинской документации для пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы для осуществления медико-социальной экспертизы.
6	ПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского персонала	6.з1. Современные правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "травматология и ортопедия", в том числе в форме электронных документов. 6.з2. Действующие нормативные правовые акты в сфере защиты персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну. 6.з3. Актуальные правила подачи экстренного извещения о случаях инфекционного, паразитарного, профессионального и другого заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней, отравления, неблагоприятной реакции, связанной с иммунизацией, укуса, ослюнения, оцарапывания животными в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. 6.з4. Должностные обязанности находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского персонала. 6.з5. Современные требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. 6.з6. Современные правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения и в информационно-	6.у1. Составление плана работы и отчета о своей работе. 6.у2. Заполнение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, контроль качества ее ведения. 6.у3. Заполнение и направление экстренного извещения о случае 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. 6.у4. Использование в профессиональной деятельности медицинских информационных систем в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет". 6.у5. Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения. 6.у6. Контроль за выполнением должностных обязанностей средним и младшим медицинским персоналом, находящимся в распоряжении. 6.у7. Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда. 6.у8. Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну. 6.у9. Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

		телекоммуникационной сети "Интернет". 6.з7. Современные требования пожарной безопасности, охраны труда, личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка. 6.з8. Современные методы медицинской статистики.	
7	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме	7.з1. Принципы и методы оказания медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с нормативными правовыми актами и клиническими рекомендациями. 7.з2. Клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. 7.з3. Факторы риска, представляющие непосредственную угрозу для собственной жизни и здоровья, жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших) и окружающих лиц, методы устранения указанных факторов риска. 7.з4. Правила и порядок проведения первичного осмотра пациента (пострадавшего) при оказании медицинской помощи в экстренной форме при отсутствии сознания; остановке дыхания и (или) остановке кровообращения; нарушении проходимости дыхательных путей инородным телом и иных угрожающие жизни и здоровью нарушения дыхания; наружных кровотечениях; травмах, ранениях и поражениях, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения; отравлениях; укусах или ужаливаниях ядовитых животных; судорожном приступе, сопровождающемся потерей сознания; острых психологических реакциях на стресс. 7.з5. Правила эффективной коммуникации с пациентами, их законными представителями, окружающими лицами и медицинскими работниками при оказании медицинской помощи в экстренной форме. 7.з6. Алгоритм обращения в службы спасения, в том числе вызова выездной бригады скорой медицинской помощи. 7.з7. Принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции). 7.з8. Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) с использованием	7.у1. Диагностика состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. 7.у2. Определение факторов, представляющих непосредственную угрозу для собственной жизни и здоровья, жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших) и окружающих лиц. 7.у3. Устранение факторов, представляющих непосредственную угрозу для жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших), а также участников оказания медицинской помощи в экстренной форме и окружающих лиц, в том числе предотвращение дополнительного травмирования пострадавшего (пострадавших). 7.у4. Обеспечение собственной безопасности, в том числе с использованием средств индивидуальной защиты. 7.у5. Вызов выездной бригады скорой медицинской помощи, перемещение, транспортировка пострадавшего, передача пострадавшего выездной бригаде скорой медицинской помощи. 7.у6. Оценка количества пострадавших. 7.у7. Устное информирование пострадавшего и окружающих лиц о готовности оказывать медицинскую помощь в экстренной форме, а также о начале проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи в экстренной форме. 7.у8. Осуществление эффективной коммуникации с пациентом, его законным представителем, окружающими лицами и медицинскими работниками, в том числе выездной бригадой скорой помощи при оказании медицинской помощи в экстренной форме. 7.у9. Устранение воздействия повреждающих факторов на пострадавшего. 7.у10. Извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест. 7.у11. Перемещение пострадавшего в безопасное место. 7.у12. Обеспечение проходимости дыхательных путей при их закупорке инородным телом. 7.у13. Проведение первичного осмотра пациента при состояниях, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

		автоматического наружного дефибриллятора. 7.з9. Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реанимационных мероприятий. 7.з10. Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации. 7.з11. Методы обеспечения проходимости дыхательных путей. 7.з12. Правила остановки наружных кровотечений. 7.з13. Правила наложения повязок при оказании медицинской помощи в экстренной форме. 7.з14. Способы охлаждения при травмах, воздействиях излучения, высоких температур, химических веществ, укусах или ужаливаниях ядовитых животных; проведения термоизоляции и согревания при воздействии низких температур. 7.з15. Методы иммобилизации с использованием медицинских изделий и подручных средств. 7.з16. Правила использования средств индивидуальной защиты при оказании медицинской помощи в экстренной форме. 7.з17. Правила и порядок проведения мониторинга состояния пациента при оказании медицинской помощи в экстренной форме, порядок передачи пациента выездной бригаде скорой медицинской помощи. 7.з18. Порядок применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	7.у14. Осуществление мероприятий по временной остановке наружного кровотечения, в том числе прямым давлением на рану, наложением давящей повязки (в том числе с фиксацией инородного тела), наложением кровоостанавливающего жгута. 7.у15. Определение наличия признаков жизни у пострадавшего (наличие сознания, наличие дыхания с помощью слуха, зрения и осязания). 7.у16. Проведение сердечно-легочной реанимации и поддержание проходимости дыхательных путей. 7.у17. Использование автоматического наружного дефибриллятора. 7.у18. Наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки при ранении грудной клетки. 7.у19. Промывание желудка. 7.у20. Охлаждение при травмах, воздействиях излучения, высоких температур, химических веществ, укусах или ужаливаниях ядовитых животных. 7.у21. Проведение термоизоляции и согревания при воздействии низких температур. 7.у22. Проведение иммобилизации (обездвиживания) с использованием медицинских изделий или подручных средств; аутоиммобилизация или обездвиживание руками травмированных частей тела. 7.у23. Предотвращение дополнительного травмирования головы при судорожном приступе, сопровождающемся потерей сознания. 7.у24. Придание и поддержание оптимального положения тела пострадавшего в зависимости от его состояния. 7.у25. Осуществление контроля состояния пострадавшего (наличия сознания, дыхания, кровообращения и отсутствия наружного кровотечения), оказание пострадавшему психологической поддержки. 7.у26. Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

III. Учебный план <5>

<5> Пункт 22 статьи 2 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон № 273-ФЗ); пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам.

7. Учебный план:

№ п/п	Наименования модулей, тем, разделов практики	Количество часов (трудоемкость)						
		всего	в том числе по видам учебной деятельности					
			лекции	занятия семинарского типа (семинары, практические занятия, практикумы, лабораторные работы, коллоквиумы и иные аналогичные занятия)			практика	аттестация
				всего	в том числе			
					практическая подготовка	возможно использование ЭО и ДОТ		
1	Модуль 1. Актуальные вопросы оказания медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"	4	4	0	0	0	0	0
1.1	Современное нормативное правовое регулирование и организация оказания медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"	1	1	0	0	0	0	0
1.2	Современные требования к организации и проведению медицинских экспертиз при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"	1	1	0	0	0	0	0
1.3	Оказание медицинской помощи в Российской Федерации по профилю "травматология и ортопедия" на современном этапе	2	2	0	0	0	0	0
2	Модуль 2. Актуальные вопросы травматологии и ортопедии	60	54	5	5	0	0	1
2.1	Классификация, диагностика и особенности лечения	2	2	0	0	0	0	0

	переломов надплечья, проксимального отдела плечевой кости и диафиза плеча							
2.2	Классификация, диагностика и особенности лечения повреждений локтевого сустава	2	2	0	0	0	0	0
2.3	Особенности лечения переломов костей предплечья на разных уровнях	2	1	1	1	0	0	0
2.4	Повреждения лучезапястного сустава и костей кисти	2	1	1	1	0	0	0
2.5	Особенности повреждений сухожилий и нервов в области верхней конечности: диагностика и методы лечения	2	2	0	0	0	0	0
2.6	Современные принципы диагностики и лечения переломов костей таза и вертлужной впадины	2	1	1	1	0	0	0
2.7	Повреждения проксимального отдела бедренной кости	2	2	0	0	0	0	0
2.8	Травмы дистального конца бедренной кости и коленного сустава, проксимального отдела голени	2	2	0	0	0	0	0
2.9	Современные особенности диагностики и лечения диафизарных переломов нижних конечностей	2	2	0	0	0	0	0
2.10	Диагностика и лечение переломов лодыжек и голеностопного сустава	2	2	0	0	0	0	0
2.11	Особенности переломов костей и их ремоделирование у детей. Повреждение зон роста	1	1	0	0	0	0	0
2.12	Остеоартрит крупных суставов у взрослых, выбор методов лечения	2	2	0	0	0	0	0
2.13	Врожденный вывих бедра у детей	2	2	0	0	0	0	0

2.14	Посттравматические и врожденные неравенства длинны конечностей	2	2	0	0	0	0	0
2.15	Лечение врожденных и приобретенных деформаций стопы	2	2	0	0	0	0	0
2.16	Посттравматические несращения и дефекты костей	2	1	1	1	0	0	0
2.17	Доброкачественные опухоли костей и мягких тканей	2	2	0	0	0	0	0
2.18	Злокачественные опухоли костей и мягких тканей	2	2	0	0	0	0	0
2.19	Остеохондропатии костей и суставов	2	2	0	0	0	0	0
2.20	Орфанные и наследственные заболевания опорно-двигательного аппарата	2	2	0	0	0	0	0
2.21	Остеопороз	2	2	0	0	0	0	0
2.22	Костные кисты	2	2	0	0	0	0	0
2.23	Сколиоз	2	2	0	0	0	0	0
2.24	Травматические повреждения и врожденные аномалии шейного и верхне-грудного отдела позвоночника	2	2	0	0	0	0	0
2.25	Остеохондроз позвоночника	2	2	0	0	0	0	0
2.26	Спондилолистез	2	2	0	0	0	0	0
2.27	Аддитивные технологии в лечении повреждений и заболеваний позвоночника	2	2	0	0	0	0	0
2.28	Травматические повреждения грудного, поясничного и пояснично-тазового комплекса	2	2	0	0	0	0	0
2.29	Лечение гнойных осложнений после травматологических и ортопедических оперативных вмешательств	2	1	1	1	0	0	0
2.30	Вопросы медицинской реабилитации при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата	2	2	0	0	0	0	0

2.31	Промежуточная аттестация по модулю 2	1	0	0	0	0	0	1
3	Модуль 3. Современные технологии оказания медицинской помощи в экстренной форме	4	2	2	0	0	0	0
3.1	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	4	2	2	0	0	0	0
4	Модуль 4. Практика	72	0	0	0	0	72	0
4.1	Оказание медицинской помощи детям по профилю "травматология и ортопедия" в амбулаторных условиях	12	0	0	0	0	12	0
4.2	Оказание медицинской помощи взрослым по профилю "травматология и ортопедия" в амбулаторных условиях	12	0	0	0	0	12	0
4.3	Оказание медицинской помощи детям по профилю "травматология и ортопедия" в стационарных условиях	24	0	0	0	0	24	0
4.4	Оказание медицинской помощи взрослым по профилю "травматология и ортопедия" в стационарных условиях	24	0	0	0	0	24	0
5	Итоговая аттестация	4	0	0	0	0	0	4
Итого часов (трудоемкость)		144	60	7	5	0	72	5

IV. Рабочие программы модулей <6>

<6> Пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам.

8. Рабочие программы модулей:

№ п/п	Наименование модулей, тем, разделов практики	Содержание	Коды формируемых компетенций
1	Модуль 1. Актуальные вопросы оказания медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"		
1.1	Современное нормативное	Современные нормативные правовые акты,	ПК-1, ПК-2,

	правовое регулирование и организация оказания медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"	регламентирующие оказание медицинской помощи населению, включая порядки оказания медицинской помощи, по профилю "травматология и ортопедия". Национальные проекты. Современные принципы организации оказания медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях. Маршрутизация пациентов в травматологии и ортопедии.	ПК-6
1.2	Современные требования к организации и проведению медицинских экспертиз при оказании медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия"	Медицинские экспертизы в травматологии и ортопедии. Формирование и выдача листка нетрудоспособности. Оформление медицинской документации. Современные медицинские информационные системы.	ПК-5, ПК-6
1.3	Оказание медицинской помощи в Российской Федерации по профилю "травматология и ортопедия" на современном этапе	Современная организация медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" в Российской Федерации. Медицинская сортировка, последовательные этапы лечения. Государственная система социальной защиты, гарантирующая бесплатную медицинскую помощь. Условия и порядок финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи. Система травматологических центров. Клинические рекомендации. Телемедицина в травматологии и ортопедии. Современные принципы медицинской реабилитации.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6
2	Модуль 2. Актуальные вопросы травматологии и ортопедии		
2.1	Классификация, диагностика и особенности лечения переломов надплечья, проксимального отдела плечевой кости и диафиза плеча	Классификация, диагностика и лечение переломов и вывихов области надплечья (лопатка, ключица) и плеча. Отличия у взрослых и детей: потенциал к ремоделированию, преобладание консервативной терапии у детей и хирургического лечения у взрослых. Современная диагностика: рентгенография, компьютерная томография. Современные методы лечения: иммобилизация, закрытая репозиция, остеосинтез (спицами, тенами, пластинами, интрамедуллярными стержнями). Медицинская реабилитация.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.2	Классификация, диагностика и особенности лечения повреждений локтевого сустава	Классификация, диагностика и лечение повреждений локтевого сустава у детей и взрослых. Особенности у детей: зоны роста, появление ядер окостенения в хрящевой модели сустава, надмыщелковые переломы, риск ишемической контрактуры. Особенности у взрослых: внутрисуставные и оскольчатые переломы, посттравматический артроз. Современные методы диагностики: клинический осмотр, рентгенография, компьютерная томография. Современные методы лечения: консервативная терапия у детей, хирургический остеосинтез у взрослых. Внутрисуставная локализация, хирургическое лечение не зависимо от возраста. Необходимость поэтапной медицинской реабилитации.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.3	Особенности лечения переломов костей	Особенности лечения переломов костей предплечья на разных уровнях (проксимальный, диафизарный,	ПК-1, ПК-2, ПК-4

	предплечья на разных уровнях	дистальный). Обоснование методов лечения у детей - консервативная терапия (закрытая репозиция, иммобилизация), тены и спицевая фиксация; у взрослых - оперативное вмешательство (остеосинтез пластиной, винтами, интрамедуллярными штифтами). Особенности внутрисуставных переломов дистального отдела лучевой кости, риск повреждения нервов, компартмент-синдром.	
2.4	Повреждения лучезапястного сустава и костей кисти	Повреждения лучезапястного сустава и костей кисти: диагностика и лечение. Типы повреждений: переломы дистального отдела лучевой кости, ладьевидной кости, пястных костей, повреждения связок. Современные методы диагностики: рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Выбор метода лечения: консервативная терапия, оперативный остеосинтез. Роль микрохирургии при травматических ампутациях, повреждениях нервов и сосудов у детей и взрослых. Важность точной репозиции для профилактики посттравматического артроза и восстановления функции кисти.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
2.5	Особенности повреждений сухожилий и нервов в области верхней конечности: диагностика и методы лечения	Особенности повреждений сухожилий и нервов верхней конечности: диагностика и методы лечения. Современные методы диагностики: клинический осмотр, ультразвуковое исследование, электронейромиография, магнитно-резонансная томография. Хирургическое лечение: первичный шов сухожилия и нерва, аутотрансплантация нерва. Реиннервация за счет другого нерва или его ветки или сухожильно-мышечная пластика. Медицинская реабилитация в послеоперационном периоде. Застарелые повреждения, медицинские показания и медицинские противопоказания для сложных реконструктивных оперативных вмешательств.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.6	Современные принципы диагностики и лечения переломов костей таза и вертлужной впадины	Современные принципы диагностики и лечения переломов костей таза и вертлужной впадины у детей и взрослых. Оценка тяжести состояния и стабильности тазового кольца. Современные методы диагностики, компьютерная томография с 3D-реконструкцией. Современные методы лечения у взрослых - хирургическая стабилизация (внешняя или внутренняя фиксация). Современные методы лечения у детей: консервативная терапия, хирургическое вмешательство при нестабильных переломах. Мультидисциплинарный подход для профилактики осложнений и проведения мероприятий по медицинской реабилитации.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.7	Повреждения проксимального отдела бедренной кости	Повреждения проксимального отдела бедренной кости: современные методы диагностики и особенности лечения у детей и взрослых. Виды переломов: шейки, межвертельные, подвертельные. Современные методы диагностики: рентгенография, компьютерная томография. Современные методы лечения у взрослых - остеосинтез или эндопротезирование. Современные методы лечения у детей: консервативное при внесуставных переломах, оперативное при внутрисуставных. Расширение медицинских показаний к оперативным вмешательствам.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

		Хирургическое вмешательство при смещенных переломах и эпифизеолизах. Остеосинтез и эндопротезирование у пациентов в зависимости от возраста. Профилактика осложнений: аваскулярного некроза, тромбоэмболии, нарушений роста.	
2.8	Травмы дистального конца бедренной кости и коленного сустава, проксимального отдела голени.	Классификация и лечение травм дистального отдела бедра, коленного сустава и проксимального отдела голени у детей и взрослых. Современные методы диагностики с помощью рентгенографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии; учет вовлечения зон роста у детей. Современные методы лечения у взрослых - оперативный остеосинтез при внутрисуставных переломах. Современные методы лечения у детей: приоритет консервативного лечения, оперативное вмешательство при неудовлетворительной репозиции. Роль артроскопии в лечении повреждений менисков и связок: точное восстановление суставной поверхности, профилактика артроза и медицинская реабилитация.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.9	Современные особенности диагностики и лечения диафизарных переломов нижних конечностей	Современные принципы диагностики и лечения диафизарных переломов нижних конечностей у детей и взрослых. Современные методы диагностики: рентгенография в двух проекциях, компьютерная томография при сложных переломах. Преимущество консервативного лечения и гибкого интрамедуллярного остеосинтеза у детей; приоритет раннего хирургического стабильного остеосинтеза (интрамедуллярного, накостного) у взрослых. Абсолютная и относительная стабильность. Восстановление функции, профилактика осложнений (жировой эмболии, компартмент-синдрома, инфекции), ранняя мобилизация пациента и медицинская реабилитация.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
2.10	Диагностика и лечение переломов лодыжек и голеностопного сустава	Диагностика, классификация и лечение переломов лодыжек и голеностопного сустава у детей и взрослых. Современные методы диагностики: рентгенография, компьютерная томография. Оценка переломов голеностопного сустава. Особенности у детей: переломы с вовлечением зон роста, преимущественно консервативное лечение, расширение медицинских показаний для детей старшего возраста. Остеосинтез спицами и вне зон роста у детей старшего возраста. Современная тактика у взрослых: оперативный остеосинтез (пластины, винты) при нестабильных переломах и повреждениях синдесмоза, консервативное лечение при стабильных повреждениях. Анатомичная репозиция, стабильная фиксация, профилактика посттравматического артроза и медицинская реабилитация.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.11	Особенности переломов костей и их ремоделирование у детей. Повреждение зон роста	Особенности переломов и ремоделирования костей у детей. Анатомо-физиологические особенности детского скелета. Ключевое осложнение: повреждение зон роста (эпифизарных пластинок) с классификацией по Сальтеру-Харрису. Риск преждевременного закрытия зоны роста, укорочения и деформации конечности. Учет потенциала ремоделирования, анатомичная репозиция повреждений	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

		зоны роста, профилактика отдаленных осложнений.	
2.12	Остеоартрит крупных суставов у взрослых, выбор методов лечения	Остеоартрит крупных суставов у взрослых: современный выбор методов лечения (консервативное, корригирующие остеотомии, артроскопия, эндопротезирование). Ступенчатый подход: консервативная терапия на ранних стадиях; хирургические методы (корригирующие остеотомии, артроскопия, тотальное эндопротезирование) при прогрессировании заболевания и неэффективности консервативного лечения.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.13	Врожденный вывих бедра у детей	Врожденный вывих бедра у детей. Современные методы диагностики: клинический осмотр, ультразвуковое исследование суставов, рентгенография. Современные принципы лечения: иерархичность в зависимости от возраста. Консервативное лечение (широкое пеленание, стремена Павлика) в первые месяцы жизни. Хирургическое лечение (закрытое или открытое вправление, корригирующие остеотомии) при поздней диагностике или неэффективности консервативной терапии. Своевременное центрирование головки бедра для нормального развития сустава и профилактики инвалидизирующего артроза.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.14	Посттравматические и врожденные неравенства длинны конечностей	Посттравматические и врожденные неравенства длины конечностей, методы компенсации. Величина укорочения, возраст пациента, этиология. Современные методы компенсации: у детей - эпифизиодез для коррекции при росте; у детей и взрослых - дистракционный остеосинтез по Илизарову для значительных укорочений; у взрослых - корригирующая остеотомия (укорочение), эндопротезирование. Ортопедическая обувь как современный способ лечения. Восстановление биомеханики, устранение функциональных нарушений, профилактика вторичных деформаций.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.15	Лечение врожденных и приобретенных деформаций стопы	Современные методы лечения врожденных и приобретенных деформаций стопы у детей и взрослых. Дифференцированный подход в зависимости от типа деформации, возраста и эластичности тканей. Консервативное лечение у детей: этапные гипсовые повязки (метод Понсети), ортопедическая обувь, стельки, лечебная физкультура. Хирургическое вмешательство: достижение правильной анатомической формы, безболезненной опороспособности и сохранение функции стопы.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.16	Постгравматические несращения и дефекты костей	Посттравматические несращения и дефекты костей: причины возникновения, профилактика и особенности лечения. Биологические (нарушение кровоснабжения, инфекция) и механические (нестабильность фиксации, дефект мягких тканей) причины. Современные принципы профилактики: стабильный остеосинтез, сохранение кровоснабжения, восстановление мягких тканей. Современные методы лечения: комплексный подход с учетом типа несращения, включающий санацию очага, костную пластику (аутотрансплантат, костные	ПК-1, ПК-2, ПК-3

		морфогенетические белки), стабильную фиксацию (аппарат Илизарова, пластины) и методы устранения дефектов (костная транспортная пластика, метод Маскуле).	
2.17	Доброкачественные опухоли костей и мягких тканей	Доброкачественные опухоли костей и мягких тканей: современные методы и принципы диагностики, лечения. Современные методы диагностики: рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Дифференциальная диагностика: исключение злокачественных новообразований с обязательным применением биопсии. Современные методы лечения: преимущественно хирургическое (резекция опухоли в пределах здоровых тканей). Альтернатива при бессимптомном течении, динамическое наблюдение.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.18	Злокачественные опухоли костей и мягких тканей	Злокачественные опухоли костей и мягких тканей: современные методы и принципы диагностики, лечения. Современная комплексная диагностика: оценка клинических симптомов, лучевые методы (рентгенография, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография) и обязательная морфологическая верификация (биопсия). Современный мультидисциплинарный комбинированный подход к лечению, включающий неоадъювантную и адъювантную полихимиотерапию, хирургическое лечение (широкая резекция, ампутация) и лучевую терапию. Полная аблация опухоли, сохранение функции, повышение выживаемости.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.19	Остеохондропатии костей и суставов	Остеохондропатии костей и суставов: современные методы и принципы диагностики, лечения. Группа заболеваний с асептическим некрозом у детей; клиническая картина, рентгенография по стадиям, магнитно-резонансная томография для раннего выявления. Консервативное лечение (разгрузка конечности, физиотерапия, лечебная физкультура). Хирургическое вмешательство при неэффективности консервативного лечения и развитии деформации. Сохранение функции сустава, профилактика деформации и раннего остеоартроза.	ПК-1, ПК-1, ПК-3
2.20	Орфанные и наследственные заболевания опорно-двигательного аппарата	Орфанные и наследственные заболевания опорно-двигательного аппарата. Современные методы диагностики на основе клинической картины, семейного анамнеза, рентгенологических данных и молекулярно-генетического анализа. Комплексный мультидисциплинарный подход к лечению, включающий ортопедическую коррекцию деформаций (ортезы, хирургические вмешательства), медицинскую реабилитацию, лечение осложнений и медико-генетическое консультирование. Симптоматическая терапия, улучшение качества жизни, профилактика инвалидизации.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.21	Остеопороз	Остеопороз у детей и взрослых: современные методы и принципы диагностики, профилактики, лечения. Заболевание со снижением костной массы и высоким	ПК-1, ПК-2, ПК-3

		риском патологических переломов; оценка факторов риска, денситометрия, лабораторные исследования. Профилактика: адекватное потребление кальция и витамина D, физическая активность. Применение современные лекарственных препаратов. Коррекция причины и обеспечение нормального роста костной ткани у детей.	
2.22	Костные кисты	Костные кисты: доброкачественные опухолеподобные поражения; солитарные и аневризмальные костные кисты. Рентгенография, магнитно-резонансная томография для дифференциальной диагностики со злокачественными опухолями. Современные методы лечения: при солитарных кистах - пункция с инъекцией лекарственных препаратов, краевая резекция; при аневризмальных кистах - тщательный кюретаж и костная пластика. Профилактика патологических переломов, ликвидация очага, восстановление прочности кости.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
2.23	Сколиоз	Сколиоз: трехплоскостная деформация позвоночника. Современные методы диагностики (клинический осмотр, рентгенография с измерением угла Кобба, магнитно-резонансная томография), классификация по этиологии и типу кривой. Современные методы лечения: консервативная терапия (лечебная гимнастика по Шрот, корсетирование) при умеренных деформациях; хирургическое лечение (инструментарий и спондилодез) при выраженных и прогрессирующих искривлениях; остановка прогрессирования, коррекция деформации, предотвращение осложнений.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
2.24	Травматические повреждения и врожденные аномалии шейного и верхне-грудного отдела позвоночника	Травматические повреждения и врожденные аномалии шейного и верхне-грудного отделов позвоночника: современные методы диагностики и лечения. Оценка неврологического статуса, рентгенография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Консервативное лечение (иммобилизация) при стабильных повреждениях; хирургическая стабилизация (спондилодез) при нестабильности или неврологическом дефиците. Лечение врожденных аномалий: хирургическая декомпрессия и стабилизация при симптомах сдавления спинного мозга или нестабильности; защита спинного мозга, восстановление стабильности позвоночника, коррекция деформации.	ПК-1, ПК-2
2.25	Остеохондроз позвоночника	Остеохондроз позвоночника: дегенеративно-дистрофическое заболевание межпозвонковых дисков и окружающих структур. Современные методы диагностики и лечения: клиническая картина, неврологический осмотр, магнитно-резонансная томография как основной метод визуализации; консервативная терапия на первых этапах; хирургическое вмешательство (микродискэктомия, ламинэктомия) при неэффективности консервативного лечения или наличии выраженной неврологической симптоматики. Купирование болевого синдрома, восстановление функции, предотвращение рецидивов.	ПК-1, ПК-2, ПК-3

2.26	Спондилолистез	Спондилолистез: смещение позвонка. Современные методы диагностики: клиническая картина, рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Современные методы лечения: консервативная терапия (лечебная физкультура, физиотерапия, корсет) при бессимптомном течении и низких степенях смещения; хирургическая декомпрессия и стабилизация (спондилодез) при прогрессировании, стойком болевом синдроме или неврологическом дефиците. Актуальная классификация по этиологии и степени смещения.	ПК-1, ПК-2
2.27	Аддитивные технологии в лечении повреждений и заболеваний позвоночника	Аддитивные технологии в лечении повреждений и заболеваний позвоночника: персонализированный подход: предоперационное планирование с помощью анатомических 3D-моделей, хирургические шаблоны для точной установки имплантатов, создание индивидуальных пористых имплантатов (кейджей, искусственных позвонков) для спондилодеза; повышение точности и безопасности оперативных вмешательств, улучшение интеграции имплантата с костью, сокращение времени оперативного вмешательства.	ПК-2
2.28	Травматические повреждения грудного, поясничного и пояснично-тазового комплекса	Травматические повреждения грудного, поясничного отделов и пояснично-тазового комплекса: современные методы диагностики и лечения. Первичная оценка для быстрого выявления и устранения жизнеугрожающих травм. Неврологический осмотр по шкале оценки травм спинного мозга, определяющий уровень и степень повреждения. Использование компьютерной томографии и магнитно-резонансной терапии. Актуальная классификация повреждений по стабильности. Консервативное лечение (ортопедический режим, ортезирование) при стабильных повреждениях; хирургическая декомпрессия и стабилизация (транспедикулярная фиксация) при нестабильных переломах и неврологическом дефиците.	ПК-1, ПК-2
2.29	Лечение гнойных осложнений после травматологических и ортопедических оперативных вмешательств	Современные методы лечения гнойных осложнений после травматологических и ортопедических оперативных вмешательств: ранняя диагностика на основе клинической картины, лабораторных исследований, лучевых исследований. Радикальная хирургическая санация очага, целенаправленная длительная антибактериальная лекарственная терапия, решение вопроса о сохранении или удалении имплантата в зависимости от стабильности остеосинтеза; антибиотико-содержащие носители, терапия ран отрицательным давлением, реконструктивная хирургия.	ПК-2
2.30	Вопросы медицинской реабилитации при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата	Медицинская реабилитация пациентов с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Современные методы медицинской реабилитации. Особенности медицинской реабилитации пациентов с врожденной патологией, наследственными заболеваниями скелета, приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Особенности	ПК-3

		медицинской реабилитации детей.	
2.31	Промежуточная аттестация по модулю 2	Контроль результатов обучения в рамках освоения тем 2.1 - 2.30.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
3	Модуль 3. Современные технологии оказания медицинской помощи в экстренной форме		
3.1	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Современное нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи в экстренной форме. Диагностика состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. Коммуникация со службами спасения, выездными бригадами скорой медицинской помощи, пациентом, его законным представителем и окружающими лицами. Транспортировка и иммобилизация пациента. Сердечно-легочная реанимация. Остановка наружных кровотечений. Обеспечение проходимости дыхательных путей. Промывание желудка. Применение согревания и охлаждения. Проведение термоизоляции и согревания при воздействии низких температур. Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий.	ПК-6
4	Модуль 4. Практика		
4.1	Оказание медицинской помощи детям по профилю "травматология и ортопедия" в амбулаторных условиях	Участие в оказании медицинской помощи детям по профилю "травматология и ортопедия" в амбулаторных условиях: проведении медицинского обследования; назначении, проведении и контроле эффективности и безопасности лечения; планировании, проведении, медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, и контроле ее эффективности; проведении и контроле эффективности санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы; проведении медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и (или) состояниями и (или) последствиями травм костно-мышечной системы; выполнении мероприятий по обеспечению профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; проведении медицинских экспертиз и их документальное оформление; проведении медицинских освидетельствований и их документальное оформление; направлении пациентов, имеющих стойкое нарушение трудоспособности, обусловленное травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы для прохождения медико-социальной экспертизы; проведении анализа медико-статистической информации; ведении медицинской документации; организации деятельности находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского персонала.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5
4.2	Оказание медицинской помощи взрослым по профилю "травматология и ортопедия" в	Участие в оказании медицинской помощи взрослым по профилю "травматология и ортопедия" в амбулаторных условиях: проведении медицинского обследования; назначении, проведении и контроле эффективности и	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5

	амбулаторных условиях	безопасности лечения; планировании, проведении, медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, и контроле ее эффективности; проведении и контроле эффективности санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы; проведении медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и (или) состояниями и (или) последствиями травм костно-мышечной системы; выполнении мероприятий по обеспечению профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; проведении медицинских экспертиз и их документальное оформление; проведении медицинских освидетельствований и их документальное оформление; направлении пациентов, имеющих стойкое нарушение трудоспособности, обусловленное травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы для прохождения медико-социальной экспертизы; проведении анализа медико-статистической информации; ведении медицинской документации; организации деятельности находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского персонала.	
4.3	Оказание медицинской помощи детям по профилю "травматология и ортопедия" в стационарных условиях	Участие в оказании медицинской помощи детям по профилю "травматология и ортопедия" в стационарных условиях: проведении медицинского обследования; назначении, проведении и контроле эффективности и безопасности лечения; планировании, проведении, медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, и контроле ее эффективности; проведении и контроле эффективности санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы; выполнении мероприятий по обеспечению профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; проведении медицинских экспертиз и их документальное оформление; направлении пациентов, имеющих стойкое нарушение трудоспособности, обусловленное травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы для прохождения медико-социальной экспертизы; проведении анализа медико-статистической информации; ведении медицинской документации; организации деятельности находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского персонала.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5
4.4	Оказание медицинской помощи взрослым по профилю "травматология и ортопедия" в стационарных условиях	Участие в оказании медицинской помощи взрослым по профилю "травматология и ортопедия" в стационарных условиях: проведении медицинского обследования; назначении, проведении и контроле эффективности и безопасности лечения; планировании, проведении, медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, и контроле ее эффективности; проведении и контроле эффективности санитарно-просветительной	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5

		работы по вопросам профилактики травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы; выполнении мероприятий по обеспечению профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; проведении медицинских экспертиз и их документальное оформление; направлении пациентов, имеющих стойкое нарушение трудоспособности, обусловленное травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы для прохождения медико-социальной экспертизы; проведении анализа медико-статистической информации; ведении медицинской документации; организации деятельности находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского персонала.	

V. Формы аттестации <7>

<7> Пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам.

9. Промежуточная аттестация включает в себя решение тестовых заданий, ситуационных задач, демонстрацию умений в соответствии с содержанием модуля и планируемыми результатами обучения. Форма и критерии успешного прохождения промежуточной аттестации определяются организацией.

Итоговая аттестация проводится в форме, определяемой организацией, и включает в себя решение тестовых заданий, ситуационных задач, демонстрацию умений. Итоговая аттестация проводится для оценки степени достижения обучающимися запланированных результатов обучения по Программе и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку обучающегося. Обучающийся допускается к итоговой аттестации при успешном прохождении промежуточной аттестации, предусмотренной учебным планом.

Обучающийся, освоивший Программу и успешно прошедший итоговую аттестацию, получает документ о квалификации – удостоверение о повышении квалификации <8>.

<8> Пункт 1 части 10 статьи 60 Федерального закона № 273-ФЗ.

10. Оценочные материалы Программы формируются организацией для проведения текущего контроля, промежуточной аттестации, итоговой аттестации в соответствии с содержанием модулей и планируемыми результатами обучения. Каждое задание оценочных материалов должно быть соотнесено с результатами обучения, для оценки которых оно предназначено.

Система оценки качества освоения программы.

ДПО ПК предусматривает несколько видов оценки качества освоения программы: по квалификационным тестам в начале цикла, устный опрос во время проведения практических занятий и семинаров, обсуждение ситуаций во время клинических обходов.

Аттестация знаний в конце цикла осуществляется тестированием по программе «Травматология и ортопедия», содержащей 100 вопросов на бумажных носителях (шесть вариантов), проверкой практических навыков специалиста путем индивидуального заключительного собеседования. Сочетание теоретических знаний по современным аспектам диагностики и лечения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата, наряду с освоением новейших технологий позволяет обеспечить подготовку врачей травматологов-ортопедов, соответствующих по своему профессионализму требованиям сегодняшнего дня.

Примеры тестового контроля и вопросов для самопроверки

Тесты (полная версия представлена в приложении)

001. Клювовидный отросток лопатки можно прощупать:
а) в подмышечной ямке
б) не прощупывается при пальпации
в) в подключичной ямке
г) в надключичной области
д) через, большую грудную мышцу

013. При какой закрытой черепно-мозговой травме может возникнуть инфицирование субарахноидального пространства?
а) такой травмы нет
б) ушибе головного мозга с трещинами теменных костей
в) переломе лобных костей
г) переломах чешуевисочных костей
д) переломе костей основания черепа

082. Оптимальные методы лечения закрытых винтообразных переломов большеберцовой кости в средней трети:
а) скелетное вытяжение и гипс
б) открытая репозиция, фиксация винтами и гипсовая повязка
в) чрескостный остеосинтез
г) интрамедуллярный остеосинтез

104. У больного 20 лет посттравматический канальный подострый остеомиелит большеберцовой кости при несросшемся косом открытом ее переломе в нижней трети с металлическим штифтом в канале.
В зоне перелома обширная гранулирующая рана. Какой вариант лечения наиболее целесообразен?
а) длительная иммобилизация гипсом без удаления штифта, антибиотикотерапия, укрепляющее лечение
б) удаление штифта, чрескостный остеосинтез, кожная аутопластика раны, антибиотикотерапия, общеукрепляющее лечение
в) удаление штифта, некрэктомия, кожная пластика, чрескостный остеосинтез
г) удаление штифта, проточная санация костномозгового канала, скелетное вытяжение за пяточную кость, кожная пластика раны, чрескостный остеосинтез после заживления раны.

Примеры ситуационных задач

1. Пострадавший поступает в тяжелом состоянии с АД 70\40, пульс нитевидный, кожные покровы бледные, имеется рана до 2 см в 4 межреберье справа по парастернальной линии. Объем диагностических мероприятий? Тактика?
2. Пострадавший поступил с АД 80\50, с раной в 3 межреберье слева по среднеключичной линии, имеется вздутие шейных вен, глухие тоны сердца. Ваш диагноз, тактика?
3. У больного поставлен дренаж во 2 межреберье слева, но воздух не выделяется. На контрольной рентгенограмме сохраняется пневмоторакс. Почему дренаж не функционирует?
4. Женщина упала на правый бок. Появились сильные боли в груди, кашель с примесью крови, одышка. На рентгенограмме в проекции средней доли определяется участок затемнения. Диагноз, лечение?

Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Задания

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какое исследование необходимо назначить для уточнения диагноза и оценки структурных повреждений?

3. Каковы будут первоочередные лечебные мероприятия?

4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

Эталоны ответов

1. Предварительный диагноз: повреждение связочного аппарата левого коленного сустава, разрыв передней крестообразной связки и медиальной коллатеральной связки, гемартроз. Обоснование: механизм травмы (ротация бедра при фиксированной голени – классический для повреждения передней крестообразной связки), ощущение хруста, быстрое развитие гемартроза, выявление патологической подвижности (симптомы переднего и заднего «выдвижного ящика», а также боковой нестабильности). Рентгенограмма исключила перелом, но показала расширение суставной щели, что косвенно указывает на разрыв коллатеральной связки.

2. Необходимое исследование для уточнения диагноза: магнитно-резонансная томография левого коленного сустава, для визуализации мягкотканных структур (связок, менисков, суставного хряща) и подтверждения диагноза, а также оценки сопутствующих повреждений (менисков, задней крестообразной связки).

3. Первоочередные лечебные мероприятия: пункция коленного сустава с эвакуацией гемартроза под местной анестезией, что уменьшит боль, отек и риск спаечного процесса; иммобилизация путем наложения гипсовой лонгеты или, предпочтительнее, ортеза (тутора) на коленный сустав в положении полного разгибания или легкого сгибания (5 – 10°); холод местно на область сустава; возвышенное положение конечности; обезболивающая терапия (нестероидные противовоспалительные препараты; при необходимости – неопиоидные или опиоидные анальгетики).

4. Дальнейшая тактика ведения: после подтверждения диагноза и стихания острых явлений (через 2 – 4 недели) определяется план лечения. Для данного пациента (сочетанное повреждение двух основных стабилизаторов) методом выбора является хирургическое лечение (пластика передней крестообразной связки). Этапы: предоперационная подготовка (уменьшение отека, восстановление полного объема движений, укрепление мышц бедра); артроскопическая реконструкция передней крестообразной связки (чаще аутотрансплантатом из сухожилий полусухожильной и нежной мышц или из связки надколенника); восстановление медиальной коллатеральной связки часто происходит консервативно на фоне иммобилизации, но при полном разрыве в месте прикрепления может потребоваться ее шов или фиксация. Комплексная послеоперационная реабилитация (от иммобилизации и частичной нагрузки до полного восстановления функции и возврата к спорту через 8 – 12 месяцев).

Коды результатов обучения: 1.з2, 1.з3, 1.з5, 1.з6, 1.з8, 1.з11, 1.з14, 1.у1, 1.у2, 1.у3, 1.у8, 1.у11, 1.у19, 2.з3, 2.з10, 2.з11, 2.з13, 3.з3.

Темы семинаров и мастер-классов для слушателей.
Мастер-класс по ЧКО аппаратом Илизарова
Мастер-класс по системам фиксации позвоночника.

Мастер класс по интрамедуллярному остеосинтезу с блокированием
Семинар по диагностике и лечению больных повреждениям кисти, разбор клинических случаев.
Мастер-класс по эндопротезированию коленного сустава
Мастер класс по эндопротезированию тазобедренного сустава
Семинар по современным хондропротекторам.
Мастер класс по накостным фиксаторам и силовому оборудованию в травматологии и ортопедии.

VI. Организационно-педагогические условия реализации Программы <9>

<9> Пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам.

11. Реализация Программы обеспечивается работниками организации и (или) лицами, привлекаемыми на иных условиях (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 января 2011 г. N 1н <10>, и профессиональным стандартам (при наличии).

<10> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 марта 2011 г., регистрационный N 20237, с изменениями, внесенными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 25 января 2023 г. N 39н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 февраля 2023 г., регистрационный N 72453).

Лекции проводятся лицами, имеющими ученую степень кандидата или доктора медицинских наук, при этом:

1) лекции модуля 1 проводятся лицами, имеющими аккредитацию по специальности «Травматология и ортопедия», осуществляющими медицинскую деятельность по специальности «Травматология и ортопедия» и имеющими стаж такой деятельности не менее 5 лет;

2) лекции модуля 2 проводятся лицами, имеющими аккредитацию по одной из специальностей: «Травматология и ортопедия», «Анестезиология-реаниматология», «Скорая медицинская помощь», осуществляющими медицинскую деятельность по одной из специальностей: «Травматология и ортопедия», «Анестезиология-реаниматология», «Скорая медицинская помощь», и имеющими стаж такой деятельности не менее 5 лет;

3) лекции модуля 3 проводятся лицами, имеющими аккредитацию по одной из специальностей: «Анестезиология-реаниматология», «Скорая медицинская помощь», осуществляющими медицинскую деятельность по одной из специальностей: «Анестезиология-реаниматология», «Скорая медицинская помощь» и имеющими стаж такой деятельности не менее 3 лет.

Не менее 40% объема занятий семинарского типа проводятся лицами, имеющими ученую степень кандидата или доктора медицинских наук.

Занятия семинарского типа модуля 3 проводятся в группе обучающихся численностью не более 10 человек лицами, имеющими аккредитацию по одной из специальностей: «Анестезиология-реаниматология», «Скорая медицинская помощь», осуществляющими медицинскую деятельность по одной из специальностей: «Анестезиология-реаниматология», «Скорая медицинская помощь», и имеющими стаж такой деятельности не менее 3 лет.

12. Требования к кадровому обеспечению реализации Программы в части практической подготовки:

Занятия семинарского типа модуля 2, предусматривающие практическую подготовку в соответствии с учебным планом, проводятся в группе обучающихся численностью не более 10 человек лицами, имеющими аккредитацию по одной из специальностей: «Травматология и ортопедия», «Анестезиология-реаниматология», «Скорая медицинская помощь», осуществляющими медицинскую деятельность по одной из специальностей: «Травматология и ортопедия», «Анестезиология-реаниматология», «Скорая медицинская помощь» и имеющими стаж такой деятельности не менее 5 лет;

Модуль 4 проводится в группе обучающихся численностью не более 5 человек лицами, имеющими аккредитацию по специальности «Травматология и ортопедия», осуществляющими медицинскую деятельность по специальности «Травматология и ортопедия» и имеющими стаж такой деятельности не менее 5 лет.

Характеристика кадрового потенциала

ФИО педагогического работника	Должность	Ученая степень	Звание	Стаж медицинской деятельности по специальности «Травматология и ортопедия»	Стаж педагогической работы	Основные должностные, функциональные обязанности на базе УИТО
Шлыков Игорь Леонидович	Директор Врач травматолог-ортопед	Д.м.н	-	«Травматология и ортопедия» - 35 лет	25 лет	Руководство учебным и научным процессом на базе УИТО
Бердюгин Кирилл Александрович	Заместитель директора по научной работе, врач травматолог-ортопед	Д.м.н	Профессор	«Травматология и ортопедия» - 30 лет	25 лет	Руководство учебным и научным процессом на базе УИТО; Участие в процессе обучения курсантов
Рыбин Андрей Викторович	Заместитель директора по лечебно-научной работе, врач-методист	к.м.н.	-	«Организация здравоохранения» 30 лет	10 лет	Участие в процессе обучения курсантов
Бекреев Дмитрий Александрович	Заведующий, врач травматолог-ортопед, ТЦМК	к.м.н.	-	«Травматология и ортопедия» - 28 лет «Скорая медицинская помощь» - 20 лет	8 лет	Участие в процессе обучения курсантов
Рунков Алексей Владимирович	врач травматолог-ортопед	к.м.н.	-	«Травматология и ортопедия» - 35 лет	15 лет	Участие в процессе обучения курсантов
Мамаев Виктор Иванович	врач травматолог-ортопед	д.м.н.	-	«Травматология и ортопедия» - 45 лет	20 лет	Участие в процессе обучения курсантов
Виноградская Мария Вячеславовна	врач травматолог-ортопед	к.м.н.	-	«Травматология и ортопедия» - 33 года	8 лет	Участие в процессе обучения курсантов
Химич Юрий Викторович	врач травматолог-ортопед	к.м.н.	-	«Травматология и ортопедия» - 30 лет	15 лет	Участие в процессе обучения курсантов
Пулатов Андрей Рифгатович	Заведующий, врач травматолог-ортопед	к.м.н.	-	«Травматология и ортопедия» - 40 лет	20 лет	Участие в процессе обучения курсантов
Ким Александр Петрович	врач травматолог-ортопед	к.м.н.	-	«Травматология и ортопедия» - 40 лет	20 лет	Участие в процессе обучения курсантов
Пивень Игорь Меерович	врач травматолог-ортопед	к.м.н.	-	«Травматология и ортопедия» - 40 лет	20 лет	Участие в процессе обучения курсантов

Бабушкин Василий Николаевич	врач травматолог-ортопед	к.м.н.	-	«Травматология и ортопедия» - 35 лет	20 лет	Участие в процессе обучения курсантов
Золотушкин Максим Леонидович	врач травматолог-ортопед, врач - реабилитолог	к.м.н.	-	«Травматология и ортопедия» - 30 лет «Реабилитация и физическая медицина» - 5 лет	3 года	Участие в процессе обучения курсантов
Лаврукова Екатерина Александровна	врач травматолог-ортопед, врач-реабилитолог	-	-	«Травматология и ортопедия» - 30 лет «Реабилитация и физическая медицина» - 5 лет	8 лет	Участие в процессе обучения курсантов
Шамриков Александр Александрович	Заведующий, врач Анестезиолог-реаниматолог	-	-	«Анестезиология-реаниматология» - 8 лет	3 года	Участие в процессе обучения курсантов
Шафиков Денис Ваисович	Заведующий, врач-рентгенолог	-	-	«Рентгенология» - 10 лет	3 года	Участие в процессе обучения курсантов
Левченко Марина Владимировна	Врач- эпидемиолог	-	-	«Эпидемиология» - 35 лет	5 лет	Участие в процессе обучения курсантов
Джангулаев Арсен Алимсултанович	Начальник организационно-методического отдела, врач-методист	-	-	«Организация здравоохранения» - 20 лет	15 лет	Организация и проведение учебной работы на базе УИТО
Данилова Лариса Анатольевна	Ведущий специалист организационно-методического отдела	-	-	«Организация здравоохранения» - 23 года	8 лет	Организация и проведение учебной работы на базе УИТО

13. Требования к материально-техническому обеспечению реализации Программы:

Организация обеспечивает соблюдение следующих требований к материально-техническим условиям реализации Программы:

Модуль	Требования к материально-техническим условиям реализации Программы
Модуль 1. Актуальные вопросы оказания медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия»	1. Наличие учебных аудиторий площадью не менее 2,5 кв. м на одного обучающегося, оснащенных видеопроекционной аппаратурой и неограниченным доступом к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». 2. Наличие комплекта лицензионного программного обеспечения, включая свободно распространяемое, в том числе отечественного производства: операционная система, текстовый редактор, редактор презентаций, учебная медицинская информационная система.
Модуль 2. Актуальные вопросы травматологии и ортопедии	1. Наличие учебных аудиторий площадью не менее 2,5 кв. м на одного обучающегося, оснащенных видеопроекционной аппаратурой и неограниченным доступом к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». 2. Наличие комплекта лицензионного программного обеспечения, включая свободно распространяемое, в том числе отечественного производства: операционная система, текстовый редактор, редактор презентаций, учебная медицинская информационная система. 3. Наличие тренажеров (симуляторов), позволяющим формировать следующие умения: внутрисуставное и внутрикостное введение лекарственных препаратов; наложение иммобилизационных повязок и шин; эластическая и пневмокомпрессия конечностей; хирургическая обработка ран, иссечение поражений кожи, сшивание тканей, наложение швов; закрытое вправление переломов и вывихов.
Модуль 3. Современные технологии оказания медицинской помощи в экстренной форме	1. Наличие учебных аудиторий площадью не менее 2,5 кв. м на одного обучающегося, оснащенных видеопроекционной аппаратурой и неограниченным доступом к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». 2. Наличие комплекта лицензионного программного обеспечения, включая свободно распространяемое, в том числе отечественного производства: операционная система, текстовый редактор, редактор презентаций, учебная медицинская информационная система. 3. Наличие тренажеров (симуляторов) с обратной связью для оказания медицинской помощи в экстренной форме, позволяющих формировать следующие умения: определение наличия признаков жизни; обеспечение проходимости дыхательных путей; временная остановка наружного кровотечения; проведение сердечно-легочной реанимации и поддержание проходимости дыхательных путей; использование автоматического наружного дефибриллятора; наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки при ранении грудной клетки; промывание желудка; придание и поддержание оптимального положения тела пострадавшего в зависимости от его состояния.

14. Требования к материально-техническому обеспечению реализации Программы в части практической подготовки:

практическая подготовка обучающихся при реализации Программы обеспечивается путем их участия в осуществлении медицинской деятельности <11> в медицинских организациях и (или) иных организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее вместе – базы практической подготовки), соответствующих следующим требованиям:

<11> Часть 4 статьи 82 Федерального закона N 273-ФЗ.

Наименование модулей, тем, разделов практики	Требования к базам практической подготовки и их мощности в расчете на 1 обучающегося при реализации Программы
Модуль 2. Актуальные вопросы травматологии и ортопедии	
Темы, предусматривающие практическую подготовку	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (наличие соответствующей лицензии) по: травматологии и ортопедии; анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; 2) организацию и выполнение работ (услуг) при проведении медицинских экспертиз (наличие соответствующей лицензии) по экспертизе временной нетрудоспособности; 3) не менее 1 занятой штатной единицы должности врача-травматолога на 5 обучающихся.
Модуль 4. Практика	
4.1. Оказание медицинской помощи детям по профилю «травматология и ортопедия» в амбулаторных условиях	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (наличие соответствующей лицензии) по: травматологии и ортопедии; рентгенологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 2) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (наличие соответствующей лицензии) по педиатрии; 3) организацию и выполнение работ (услуг) при проведении медицинских экспертиз (наличие соответствующей лицензии) по экспертизе временной нетрудоспособности; 4) не менее 1 занятой штатной единицы должности врача-травматолога на 5 обучающихся.
4.2. Оказание медицинской помощи взрослым по профилю «травматология и ортопедия» в амбулаторных условиях	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (наличие соответствующей лицензии) по: травматологии и ортопедии; рентгенологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 2) организацию и выполнение работ (услуг) при проведении медицинских экспертиз (наличие соответствующей лицензии) по экспертизе временной нетрудоспособности; 3) не менее 1 занятой штатной единицы должности врача-травматолога на 5 обучающихся.
4.3. Оказание медицинской помощи детям по профилю «травматология и ортопедия» в стационарных условиях	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (наличие соответствующей лицензии) по: педиатрии; травматологии и ортопедии; анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; 2) организацию и выполнение работ (услуг) при проведении медицинских экспертиз (наличие соответствующей лицензии) по экспертизе временной нетрудоспособности; 3) не менее 1 занятой штатной единицы должности врача-травматолога на 5 обучающихся.
4.4. Оказание медицинской помощи взрослым по профилю	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (наличие соответствующей

«травматология и ортопедия» в стационарных условиях	лицензии) по: травматологии и ортопедии; анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; 2) организацию и выполнение работ (услуг) при проведении медицинских экспертиз (наличие соответствующей лицензии) по экспертизе временной нетрудоспособности; 3) не менее 1 занятой штатной единицы должности врача-травматолога на 5 обучающихся.

15. По решению организации модуль 4 может проводиться полностью или частично в форме стажировки <12>.

<12> Часть 12 статьи 76 Федерального закона N 273-ФЗ.

Сведения о помещениях, используемых на клинических базах для организации и ведения образовательного процесса ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина»

Наименование кафедр, работающих на клинических базах	Наименование организации собственника, арендатора и фактический адрес зданий и отдельно расположенных помещений	Общее количество коек (спец. по профилю коек)	Вид и назначение помещений (учебных, административных и т.д) их общая площадь
Клиническая база ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина»	620014, Екатеринбург, пер. Банковский, 7	120	Кабинет д.м.н. – 20 м2 Актовый зал Симуляционный класс
Клиническая база ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина»	620014, Екатеринбург, ул. Студенческая, 12	50	Кабинет к.м.н. – 16 м 2

16. Требования к использованию ЭО и ДОТ, учебно-методическому обеспечению реализации Программы:

Использование ЭО и ДОТ при проведении занятий семинарского типа, практик, промежуточной и итоговой аттестаций не допускается.

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения должен быть обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к одной или нескольким электронно-библиотечным системам (электронным библиотекам) и к электронной информационно-образовательной среде организации. Электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда должны обеспечивать возможность доступа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», как на территории организации, так и вне ее.

Перечень учебных изданий, в том числе электронных, иных информационных материалов, необходимых для освоения Программы, определяется организацией самостоятельно.

VII. Список основной литературы

Обследование травматологических больных, диагностика повреждений и заболеваний суставов

1. Доэрти М., Доэти Д. Клиническая диагностика болезней суставов. Минск., 1993. 145 с.
2. Ивашкин В. Т., Султанов В. К. Болезни суставов : рук. для врачей. М. : Литтера, 2005. С. 351-362.
3. Косинская Н. С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата. Л., 1961.
4. Котельников Г. П., Чернов А. П. Справочник по ортопедии. М. : Медицина, 2005. 376 с.
5. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика (руководство-справочник) Минск, 1978. 512 с. и более поздние издания.
6. Справочник по лабораторным методам исследования / под ред. Л. А. Даниловой. СПб.: Питер, 2003. 736 с.
7. Рохлин Д. М. Рентгенодиагностика заболеваний суставов. Л. : Медгиз, 1940. Ч. 2. 216 с.
8. Блокады в травматологии и ортопедии. С.Н.Куценко с соавт. / Киев. – Книга плюс. 2010. – 103 с.
9. Полушкина Н.Н. Диагностический справочник травматолога и ортопеда / Н.Н.Полушкина. – М.: АСТ: Астрель: Полиграфиздат, 2010.- 2010. -575 с.
10. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: рук. для врачей и науч. работников / под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. М. : Антидор, 2002. 440 с.
11. Котельников Г.П., Краснов А.Ф., Мирошниченко В.Ф. Травматология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 3-е изд., переработ., и дополн. – М.; ООО «медицинское информационное агентство», 2009, - 536 с.: ил.

Дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательной системы

12. Лесняк О. М., Пухтинская П. С. Остеоартрит: рук. для врачей / под ред. О. М. Лесняк. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 104 с. (Школа здоровья).
13. Избранные лекции по клинической ревматологии / под ред. В. А. Насоновой, Н. В. Бунчука. М. : Медицина, 2001. 272 с
14. Мовшович И.А. Оперативная ортопедия. Руководство для врачей. М. Медицинское информационное агентство, 2006 - 448 с. Ил.
15. Насонова В. А., Астапенко М. Г. Клиническая ревматология: рук. для врачей. М. : Медицина, 1989. 592 с.
16. Остеоартроз. Этиология и патогенез. Диагностика и лечение: учеб. пособие для врачей / С. В. Королева [и др.]. Иваново, 2005. 96 с.
17. Пшетаховский И. Л. Артрозы: клиника, диагностика, лечение и реабилитация. Одесса Астропринт, 2004. 287 с.
18. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава / Н. В. Корнилов [и др.]. СПб., 1997. 290 с.
19. Хрящ / В. Н. Павлова [и др.]. М.: Медицина, 1988. 320 с.
20. «Campbell’s Operative Orthopaedics» edited by S. Terry Canale, Mosby 1998 и более поздние издания.
21. Диспластический коксартроз у детей и подростков (клиника, патогенез, хирургическое лечение) / М.М.Камоско, А.Г.Баиндурашвили. – СПб: СпецЛит, 2010.- 199 с.
22. Плющев А.Л. Диспластический коксартроз. Теория и практика. Москва. – Изд-во «Лето-принт».- 2007.- 495 с.
23. Ахтямов И.Ф., Кузьмин И.И. Ошибки и осложнения эндопротезирования тазобедренного сустава: Руководство для врачей. – Казань: Центр Оперативной Печати, 2006.- 328 с.: ил.

24. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава/под ред. Р.М.Тихилова, В.М. Шаповалова. – СПб.РНИИТО им. Р.Р. Вредена, 2008. – 324 с., ил.
25. Куропаткин Г.В. Костный цемент в травматологии и ортопедии. Самара. 2006.
26. Пулатов А.Р. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости. Диагностика, лечение. Екатеринбург: Издательский Дом «ИздатНаукаСервис», 2009.- 142 с.
27. В.И. Шевцов с соавт. «Лечение врожденного вывиха бедра у взрослых». – Курган: ГИПП «Зауралье», 2004. – 424 с.
28. В.М. Прохоренко, В.В. Павлов. Инфекционные осложнения при эндопротезировании тазобедренного сустава. Новосибирск: Наука, 2010.- 179 с.

Травмы опорно-двигательной системы

29. Ревенко Т.А., Гурьев В.Н., Шестерня Н.А. Операции при травмах опорно-двигательного аппарата (атлас), М. Медицина, 1987
30. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2007 году: справочник / сост.: Т. М. Андреева, Е. В. Огрызко, М. М. Попова. М., 2008. 74 с.
31. Травматология и ортопедия: рук. для врачей: в 4 т. / под ред. Н. В. Корнилова. СПб.: Гиппократ, 2005. Т. 3.: Травмы и заболевания нижних конечностей. 896 с.
32. Травматология и ортопедия Санкт-Петербурга (1996-2002 гг.) / под ред. И. А. Красильникова. СПб. : Мед. пресса, 2004. 164 с.
33. Франке К. Спортивная травматология. М.: Медицина, 1981. 238 с.
34. Хирургическое лечение переломов проксимального проксимального отдела бедренной кости у людей пожилого возраста. А.П. Барабаш, В.М. Иванов, И.В. Барабаш и др. Саратов: Приволж.кн.изд-во, 2006. – 271с.
35. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы (практическое руководство для врачей-травматологов).- М. ГЭОТАР- Медиа, 2006.- 512 с.
36. Повреждения таза и переломы вертлужной впадины / А.Н. Анкин, Н.А. Анкин. Киев: Книга – плюс, 2007. – 216 с.
37. Переломы шейки бедра. Современные методы лечения / Н.А. Шестерня, Ю.С. Гамбии, С.В. Ивааннков – М.БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 104с: ил.
38. Черепно-мозговая травма. Руководство для врачей- СПб.: СпецЛит, 2002.- 271с.
39. Основы внутреннего остеосинтеза / В.М. Шаповалов, В.В. Хоминец, С.В. Михайлов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 240с.: ил.- (Библиотека врача специалиста).
40. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Восстановительное лечение при повреждениях опорно-двигательного аппарата. М.: Авторская академия, Товарищество научных изданий КМК, 2009. – 480 с.
41. Волкова А.М. Хирургия кисти. – Екатеринбург: ИПП «Уральский рабочий», 1993.
42. Конилов Н.В. Руководство по травматологии и ортопедии в 4х томах. СПБ: Гиппократ, 2005 г.
43. Майер Г. Периферическая регионарная анестезия: атлас / Г. Майер, Й. Бюттнер; пер. с англ.; под ред. П.Р. Камчатнова. – М.БИНОМ. лаборатория знаний, 2010.- 260 с. Ил.
44. Переломы тазового кольца. Под ред. Б. Одынского. Москва – Фолиум, 2003. – 206 с.
45. Архипов С.В., Кавалерский Г.М. Плечо: современные хирургические технологии. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2009. – 192 с.:ил.
46. Травмы кисти / Клюквин И.Ю., Мигулева И.Ю., Охотский В.П. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. – 192 с. : ил. – (Серия «Библиотека врача специалиста»).
47. Л.Н.Соломин. Основы чрескостного остеосинтеза аппаратом Г.А. Илизарова: Монография. – СПб. ООО «МОРСАР АВ», 2005.- 544 с.
48. Медицинская диссертация: современные требования к содержанию и оформлению / под ред. И. Н. Денисова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 368 с.
49. Хирургическое лечение хронического остеомиелита / Г.Д. Никитин, А.В. Рак, С.А. Линник с соавт. Санкт-Петербург: Издательство «Русская графика» 2000- 288с.

50. Архипов С.В., Кавалерский Г.М. Плечо: современные хирургические технологии. М. «Медицина», 2009 г.
51. Колесов А.Н, Бисенков Л.Н. Хирургическое лечение огнестрельных повреждений груди.Л.: Медицина, 1986.
52. Анкин Н.Л., Анкин Н.Л. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения. – М.: Книга-плюс, 2002. – 480 с.

Лучевая диагностика заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата.

1. Руководство по нейротравматологии (черепно-мозговая травма) под ред. А.И. Арутюнова М. Медицина ,1978 г.
2. Верещагин И.В., Брагина Н.К. и др. «Компьютерная томография мозга» М. Медицина, 1986
3. Виноградова Т.П. «Опухоли костей» М. Медицина ,1973
4. Волков М.В., Меерсон Е.М. и др. «Наследственные системные заболевания скелета» М. Медицина, 1982
5. Волков М.В. «Костная патология детского возраста» М. Медицина, 1968
6. Зедгенидзе Г.А., Грацианский С.П., Сивенко Ф.Ф. «Рентгенодиагностика костно-суставного туберкулёза» Л. Медгиз,1958
7. Кайхан А.В. «Закрытые повреждения костей и суставов» М. Медицина, 1978
8. Кишковский А.Н., Тютин Л.А. и др. «Атлас укладок при рентгенологических исследованиях» Л. Медицина, 1987
9. Коваль Г.Ю. «Клиническая рентгенанатомия» Киев. Здоровье, 1975
10. Коваль Г.Ю. «Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений черепа» Киев. Здоровье, 1984
11. Корниенко В.Н., Васин Г.Я., Кузьменко В.А. «Компьютерная томография в диагностике черепномозговой травмы» М. Медицина, 1987
12. Коссинская Н.С. «Травматические повреждения костно-суставного аппарата как причина инвалидности» Л. Медгиз , 1970
13. «Фиброзные дисплазии и дистрофии костей» Л. Медгиз, 1973
14. Лагунова И.Г. «Опухоли костей» Л. Медгиз, 1968
15. Лагунова И.Г. «Рентгеновская семиотика заболеваний скелета» Л. Медгиз, 1966
16. Лагунова И.Г. «Рентгенанатомия скелета» Л. Медгиз,1981
17. Михайлов М.К., Володина Г.И., Ларюкова Е.К. «дифференциальная диагностика заболеваний костей и суставов»
18. Рейнберг С.А. «Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов» Том 1-2 Л. Медгиз , 1964
19. Тагер И.Л., Дьяченко В.А. «Рентгенодиагностика заболеваний позвоночника» Л. Медгиз, 1971
20. Юмашев Г.О., Фурман М.Е. «Остеохондроз позвоночника» М. Медицина, 1984
21. Общее руководство по радиологии под ред. Петерссон, 1995
22. Михайлов А.Н. «Руководство по медицинской визуализации» Минск Высшая школа, 1996
23. Харченко В.П., Котляров П.М. и др. «Методики компьютернотомографических исследований в клинической практике» М. Медицина , 2000
24. Хомин А.В. «МРТ в диагностике туберкулёзного спондилита» «Проблемы туберкулёза» 1992г. №1-2 с.3
25. «Диагностический ультразвук» под. Ред. А.В. Зубарева М., Реальное время , 1999 - 176с.
26. Габуния Р.И., Колесникова Е.К. «Компьютерная томография в клинической диагностике» М. 1995 - 349с.
27. Скальпе И.С. «Современные принципы диагностики заболеваний позвоночника и спинного мозга с помощью радиологических методов исследования» Вестник рентгенорадиологии 1992г., №5-6 с.55-56
28. Советова Н.А., Тиходеев С.А. «Рентгенодиагностика остеомиелита позвоночника» Вестник рентгенорадиологии 1987г. №6 с.37-43
29. Советова Н.А., Тиходеев С.А. «К дифференциальной диагностике туберкулёза и остеомиелита позвоночника» Ортоп.травм.протез-1988 № 11 с.27-34

30. Холин А.В., Макаров А.Ю., Мазуркевич Е.А. «МРТ позвоночника и спинного мозга» СПб 1995-131с.

Список дополнительной литературы

Рекомендуемая литература к теме «Нейрохирургия»

1. Цивьян Я.Л. «Повреждения позвоночника» - изд. «Медицина» - 1971.
2. Корнилов Н., Усиков В. «Повреждения позвоночника» - 2004.
3. Тагер И.А., Дьяченко В.А. «рентгенодиагностика заболеваний позвоночника» - 1971.
4. Карлов А.В., Шахов В.П. «Системы внешней фиксации и регуляторные механизмы оптимальной биомеханики» - 2001.
5. Луцик.А.А., Раткин И.К., Никитин М.Н. «Краниовертебральные повреждения и заболевания» - 1998.
6. Луцик А.А., Шмидт И.Р.,Пеганова М.А. «Грудной остеохондроз» - 1998.
7. Луцик А.А. «Компрессионные синдромы остеохондроза шейного отдела позвоночника» - 1997.
8. Дуус П. «Топический диагноз в неврологии» - 1996.
9. Лазорт Г. Гуазе А..Джинджиан Р. «Васкуляризация и гемодинамика спинного мозга» -1977.
10. Кондратьев А.Н. Неотложная нейротравматология. – М., 2009.

Литература к теме «Анестезиология и реаниматология»

1. Бунятян А.А. Руководство по анестезиологии. - М.: Медицина, 1994.-656с.
2. Бараш П.Дж. Клиническая анестезиология. – 3-е изд.: Пер. с англ./ Под ред. В.Я. Родионова. – М.: Мед. лит. 2004. – 592с.
3.Морган-мл. Дж.Э. Клиническая анестезиология. Кн. 2 /Под ред. А.А. Бунятяна, А.М. Цейтлина. – Пер. с англ. – М.: Изд-во «БИНОМ», 2004. – 360с.
4. Руководство по анестезиологии и реаниматологии / Под ред. Ю.С. Полушина. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2004. – 720с.
5.Гордеев В.И. Педиатрическая анестезиология-реаниматология. Частные разделы. – СПб.: Мед. изд-во, 2004. – 408с.
1.Рагимов Р.Х. Трансфузиология в анестезиологии. – М.: Изд. «Медпрактика», 2005. – 213с.
2.Борисов В.И. Пособие, регламентирующее проведение искусственного кровообращения. – М.: Изд. НЦССХ РАМН, 2003. – 16с.

Журналы

«Травматология и ортопедия России», учредитель РОСНИИТО им. Вредена, Санкт-Петербург.
«Вестник травматологии и ортопедии», учредитель ЦИТО, г. Москва.
«Гений ортопедии», учредитель РНЦ «ВТО» им. академика Г.А. Илизарова, г. Курган,
«Вестник травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина», учредитель УНИИТО, г. Екатеринбург.
Остеосинтез. Реферативный журнал. Международный Альянс Остеосинтеза, ОТС г. Москва.
Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. Научно-практический журнал. г. Томск.

Информационный сайт для травматологов-ортопедов www.weborto.net или **Ортофорум**

17. Финансовое обеспечение реализации Программы должно осуществляться в объеме не ниже определенного в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации и Федеральным законом N 273-ФЗ.

Методическая разработка лекции для курсантов

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРУГЛОСУТОЧНОМ СТАЦИОНАРЕ

Название лекции: Алгоритм оказания специализированной травматологической помощи в городском стационаре.
Наименование цикла: «Современные аспекты травматологии, ортопедии и эндопротезирования»
Контингент: заведующие травматологическими отделениями, заведующие хирургическими отделениями больниц, врачи травматологи-ортопеды, хирурги больниц, поликлиник и медсанчастей.
Продолжительность лекции: 2 часа
Цель - Углубленное изучение слушателями алгоритма оказания помощи больным в стационаре.
В лекции освещаются следующие вопросы:
При поступлении больного с травмой в приемное хирургическое отделение диагностические и лечебные мероприятия проводятся в следующей последовательности:
Выяснение жалоб пострадавшего (при сохранении его сознания).
Анамнез (паспортные данные, обстоятельства травмы, anamnesis vitae).
Общий осмотр пострадавшего (общий статус, определение состояния жизненно важных функций организма). Осмотр совместно с анестезиологом-реаниматологом при тяжелом состоянии больного.
Локальный статус пострадавшего (осмотр, пальпация, перкуссия поврежденного сегмента, в т. ч. в сравнении со здоровыми сегментами соответственно).
Ro-графия поврежденных сегментов в 2-х проекциях.
Заключение о флюорографическом исследовании (срок исследования дин год) в историю болезни. Если нет флюорографического исследования, то Ro-графия грудной клетки,
Лабораторная и инструментальная диагностика (ОАК, ОАМ, анализ крови или выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя; по показаниям – определение групповой принадлежности крови, биохимический анализ крови, ЭКГ, компьютерная томография поврежденного сегмента, взятие биологических материалов больного на бак. посев для определения микрофлоры и чувствительности её к антибиотикам).
Консультации смежных специалистов - хирург, нейрохирург, терапевт (при наличии сопутствующей патологии).
Анализ результатов обследования, формулирование предварительного диагноза.
Определение лечебной тактики.
Выполнение лечебных манипуляций, операций.
Перевод больного на лечение в ОАР, в профильное отделение или направление его на амбулаторное лечение по месту жительства.
Иллюстративный материал: мультимедийная презентация из 15 слайдов с клиническими примерами
Материальное обеспечение: Проектор слайдов, компьютер
Основная литература по теме лекции:

1. Корнилов В.Н. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей. В 4- т./ под редакцией Н.В. Корнилова. СПб.: Гиппократ, 2005. – 896с.
2. Анкин Л.Н. Травматология (европейские стандарты) / Л.Н. Анкин, Н.Л. Анкин.- М. : МЕДпресс-информ, 2005.- 496с.
3. Шаповалов В.М. Травматология и ортопедия : СПб.: «Фолиант», 2004.
4. Неотложная травматология: пер. с англ./ Под ред. С.П. Миронова. – 2-е изд.- М.: Мед. информ. агентство. 2006- 744 с.
5. Военно-полевая хирургия: Учебник для студентов мед. Вузов / под ред. Е.К. Гуманенко. – СПб.: Фолиант, 2005.-464 с.

6. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы: Практ. Руководство для врачей травматологов / В.А. Соколов.-М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006.- 512 с.

Методическая разработка семинара курсантов

Тема семинара: Основы внутреннего остеосинтеза. Современные внутрикостные и накостные системы фиксаторов.
Цель семинара: Изучение слушателями основ накостного и внутрикостного остеосинтеза.
На семинаре обсуждаются следующие вопросы
Кость как материал
Перелом кости
Основные задачи лечения переломов
Цели оперативного лечения переломов
Выделяют три показания к внутренней фиксации:
1.Длительная иммобилизация мягких тканей, особенно вблизи суставов, может привести к развитию болезни перелома
2. В случаях, когда в результате перелома повреждены суставные поверхности, исключительно важной является их точная реконструкция. Любая не конгруэнтность суставных поверхностей приводит к появлению областей повышенной нагрузки и, таким образом, провоцирует развитие посттравматического артроза.
3. Восстановление функции после некоторых переломов длинных костей зависит как от ранней точной и стабильной реконструкции, так и от ранней мобилизации для предупреждения устойчивых расстройств функции.
Научные основы внутренней фиксации
Принципы остеосинтеза кости
Анатомическая репозиция фрагментов кости, особенно при внутрисуставных переломах.
Стабильная фиксация перелома, удовлетворяющая биомеханическим требованиям.
Сохранение кровоснабжения фрагментов кости и мягких тканей посредством атравматичной хирургической техники.
Первый принцип анатомическая репозиция — является исключительно важным для восстановления полной функции при всех суставных переломах, а также для восстановления длины, правильного положения и нормальных осей метафиза и диафиза. При диафизарных переломах этот принцип претерпел некоторые изменения по отношению к необходимости репозиции кортикальных фрагментов в зависимости от используемого метода оперативной стабилизации. Особенно важен принцип при фиксации стягивающими шурупами с применением нейтральных пластин или без них. Для достижения оптимальной механической прочности необходимо полное восстановление кортикального слоя по окружности в сочетании как с межфрагментарной, так и с аксиальной компрессией. Однако существует очень зыбкое равновесие между созданием идеальной механической конструкции и деваскуляризацией сопоставляемых фрагментов.
Направления идеи „биологической фиксации".
Процесс заживления кости
Современные накостные и внутрикостные металлофиксаторы

План семинара.
Вступительное слово преподавателя – 5 мин
Изложение теоретического материала – 30 мин
Изложение практического материала (мастер-класс по установке фиксаторов) – 40 мин
Контроль конечного уровня знаний – 10 мин
Заключительное слово преподавателя – 5 мин
Иллюстративный материал: Слайды с клиническими примерами (остеосинтез спицами, винтами, пластинами, стержнями).

Материальное обеспечение: Слайд- проектор, плакаты, современные накостные фиксаторы, современные внутрикостные фиксаторы

Основная литература по теме семинара

Мюллер М.Е., Алльговер М., Шнейдер Р., Вилленгер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу. Москва 1996. 750 с.
Корнилов В.Н. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей. В 4- т./ под редакцией Н.В. Корнилова. СПб.: Гиппократ, 2005. – 896с.
Анкин Л.Н. Травматология (европейские стандарты) / Л.Н. Анкин, Н.Л. Анкин.- М. : МЕДпресс-информ, 2005.- 496с.
Шаповалов В.М. Травматология и ортопедия : СПб.: «Фолиант», 2004.
Неотложная травматология: пер. с англ./ Под ред. С.П. Миронова. – 2-е изд.- М.: Мед. информ. агентство. 2006- 744 с.
Военно-полевая хирургия: Учебник для студентов мед. Вузов / под ред. Е.К. Гуманенко. – СПб.: Фолиант, 2005.-464 с.
Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы: Практ. Руководство для врачей травматологов / В.А. Соколов.-М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006.- 512 с.

Содержание методической разработки практического занятия

Название. Диагностика и лечение переломов таза.
Наименование цикла: «Современные аспекты травматологии, ортопедии и эндопротезирования»
Категория слушателей: заведующие травматологическими отделениями, заведующие хирургическими отделениями больниц, врачи травматологи-ортопеды, хирурги больниц, поликлиник и медсанчастей.
Цель: Ознакомить курсантов с диагностикой повреждений тазового кольца и лечением больных с переломами костей таза
Задачи занятия. Определить актуальность проблемы, разобрать классификацию переломов костей таза, повторить клинику переломов костей таза, повторить рентгенодиагностику повреждений таза по рентгенограммам, разобрать показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению, разобрать способы лечения переломов костей таза, типичные ошибки и осложнения
План занятия.
Введение
Актуальность проблемы
Клиника переломов костей таза
Рентгенодиагностика повреждений таза
Показание и противопоказания к консервативному лечению
Способы консервативного лечения
Показание и противопоказания к оперативному лечению
Аппаратный способ лечения Накостный остеосинтез костей таза
Комбинированный способ лечения Заключение
Перечень оборудования, документации объектов изучения: конференц-зал, ноутбук, мультимедийный проектор, муляж костей таза, рентгенограммы
Практические навыки. Назначение необходимых рентгенологических проекция для диагностики переломов костей таза, блокада по Школьникову-Селиванову, идеосакральное блокирование винтами, чрескостный остеосинтез стержневым аппаратом, доступы к вертлужной впадине, лонному сочленению.

VIII Контрольно-измерительные материалы (в полном объеме, в электронном виде)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ (первый вариант)

001. Клювовидный отросток лопатки можно прощупать:
а) в подмышечной ямке
б) не прощупывается при пальпации
в) в подключичной ямке
г) в надключичной области
д) через, большую грудную мышцу

002. Большой бугорок плечевой кости можно прощупать:
а) ниже акромиона и кзади
б) ниже акромиона и снаружи
в) ниже акромиона и спереди
г) ниже акромиона и изнутри
д) прощупать нельзя

003. Подключичная артерия прижимается пальцем:
а) ко II ребру
б) к клювовидному отростку
в) к I ребру в надключичной ямке
г) к акромиону
д) к поперечному отростку IV шейного позвонка

004. К коротким ротаторам бедра относятся:
а) грушевидная мышца
б) ягодичные мышцы
в) подвздошнопоясничная мышца
г) близнецовые мышцы
д) внутренняя запирательная мышц.

005. При легком сгибании в тазобедренном суставе в норме верхушка большого вертела расположена на линии:
а) Гютера
б) Маркса
в) Розер-Нелатона
г) Омбредана-Перкинса
д) Шентона

013. При какой закрытой черепно-мозговой травме может возникнуть инфицирование субарахноидального пространства?
а) такой травмы нет
б) ушибе головного мозга с трещинами теменных костей
в) переломе лобных костей
г) переломах чешуевисочных костей
д) переломе костей основания черепа

014. При каких из перечисленных черепномозговых травм часто происходят макроскопически определяемые изменения ликвора?
а) сотрясение мозга
б) ушиб мозга

в) сдавленно мозга

015. Какие из нижеперечисленных вариантов переломов свода черепа не подлежат хирургическому лечению?

а) линейный перелом без смещения и внутричерепной гематомы
б) трещина, продолжающаяся на основание черепа
в) оскольчатый перелом со смещением внутренней пластинки на 1 см и более
г) вдавленные переломы с неврологической симптоматикой
д) вдавленные переломы без неврологической симптоматики

016. Для какого варианта перелома костей черепа характерны:
течение крови и ликвора из уха, носа или глотки, нарастающие кровоподтеки в области глазниц и сосцевидного отростка?

а) перелом лобных костей
б) перелом средней и передней черепной ямки
в) перелом костей средней черепной ямки
г) перелом костей передней черепной ямки
д) перелом костей задней черепной ямки

017. Отметьте симптомы компрессии головного мозга, характерные для эпидуральной гематомы из поврежденной средней оболочечной артерии:

а) преходящая потеря сознания
б) потеря сознания после "светлого промежутка"
в) тахикардия с аритмией
г) брадикардия
д) прогрессирующее расширение зрачка на стороне поражения

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

а) разгрузка на щите в горизонтальном положении
б) применение петли Глиссона
в) ЛФК для мышц по Древинг-Гориневской
г) скелетное вытяжение за череп
д) с помощью воротника шанца и торакокраниальной гипсовой повязки

020. Клиновидный компрессионный перелом тел позвонков является:

а) стабильным
б) нестабильным

021. Расхождение верхушек остистых отростков
при пальпации у больного в зоне травмы позвоночника свидетельствует:

а) о нестабильном переломе
б) о стабильном переломе
в) не является признаком стабильности или нестабильности перелома позвонков

023. Межреберную блокаду проводят инъекцией анестетиков в межреберные промежутки:

а) по срединно-ключичной линии
б) по передней аксиллярной линии
в) по средней аксиллярной линии
г) по задней аксиллярной линии
д) по лопаточной линии

024. При закрытой травме груди с синдромом флотирующей грудной стенки - главная цель лечения:

а) снять боль при дыхании
б) обеспечить дренажную функцию бронхов
в) восстановить каркасность грудного скелета
г) уменьшить пневмо - и гемоторакс
д) предупредить возможные повреждения легких отломками ребер

025. В ранней диагностике внутреннего кровотечения в плевральную полость в первую очередь лучше ориентироваться:

а) по тахикардии, тахипноэ. жажде
б) по данным перкуссии и аускультации легких
в) по рентгенологическим данным
д) по данным плевральной пункции

026. При открытом пневмотораксе главной целью лечения является:

а) профилактика последствий плевропульмонального шока
б) герметизация поврежденной плевральной полости
в) борьба с гипоксией
г) борьба с дыхательным ацидозом

027. О продолжающемся кровотечении в плевральную полость свидетельствует:

а) свертывание пунктата при проведении пробы Рувилуа-Грегуара
б) сгустки в крови, полученной с помощью пункции из плевральной полости
в) отсутствие сгустков в крови, полученной при диагностической пункции из плевральной полости

028. Отметьте оптимальный из нижеперечисленных методов лечения краевых переломов вертлужной впадины при стабильном положении вправленной головки бедра:

а) гипсовая кокситная повязка
б) открытая фиксация винтами
в) чрескостный остеосинтез
г) скелетное вытяжение с последующим функциональным лечением

029. При двойном переломе тазового кольца типа Мальгеня определяются:

а) уменьшение относительной длины нижней конечности на стороне повреждения
б) смещение крыла травмированной подвздошной кости вверх
в) изменение абсолютной длины нижней конечности на стороне повреждения
г) смещение крыла травмированной подвздошной кости вниз

031. Отметьте симптомы, характерные для перелома таза с нарушением тазового кольца в заднем отделе:

а) боль при попытке движений нижних конечностей
б) больной стремится лежать на здоровой стороне
в) больной стремится лежать на больной стороне
г) псевдоабдоминальный синдром
д) гематомы в паховых областях

032. В систему для постоянного вытяжения для лечения переломов костей таза входят:

а) 1 балканская рама с блоками, 2 шины Брауна-Белера с грузом до 6 кг, противоупоры
б) 2 балканские рамы, 2 шины Брауна-Белера, противоупор, гамак с грузом до 24 кг, 2 подставки для противовытяжения, щит, 2 скобы Киршнера и спицы

в) 2 шины Брауна-Белера с грузом до 20 кг, 2 скобы Киршнера и спицы, щит

033. Наиболее эффективным способом лечения разрыва лонного сочленения является:
а) кокситная повязка
б) лечение с помощью гамака
в) чрескостный внеочаговый остеосинтез

034. Оптимальными способами лечения ложного сустава ключицы являются:
а) накостный металлоостеосинтез
б) интрамедуллярный металлоостеосинтез
в) внутрикостный металлоостеосинтез с костной пластикой места перелома
г) чрескостный внеочаговый остеосинтез
д) длительная иммобилизация гипсовой повязкой Смирнова-Вайнштейна

035. Наилучшая фиксация костных отломков ключицы при ее остеосинтезе достигается:
а) внутрикостным стержнем
б) тонкой спицей
в) фиксация отломков кетгутовыми или шелковыми швами
г) фиксация отломков проволокой
д) чрескостным внеочаговым способом (типа Г.С.Сушко)
е). накостный остеолиз

036. При консервативном лечении переломов ключицы шину снимают:
а) через 1 неделю
б) через 2 недели
в) через 3 недели
г) через 4 недели
д) более, чем через 5 недель
е). после рентгенологического контроля состояния костной мозоли

037. При застарелом вывихе грудинного конца ключицы допустимы следующие операции:
а) вправление и фиксация без удаления измененного диска
б) резекцию медиальной части ключицы
г) вправление и фиксация после удаления измененного диска

038. После вправления вывиха плеча накладывают фиксирующую повязку сроком:
а) на 1 неделю
б) на 2-3 недели
в) на 4-5 недель
г) на 6-7 недель
д) на 8 недель

039. Причиной болезненного "лопаточного хруста" чаще всего может быть:
а) дисплазия тела лопатки
б) подлопаточный бурсит
в) деформации угла лопатки
г) остеофиты
д) экзостозы

040. Причиной "травматической крыловидной лопатки" является:
а) травма подлопаточной мышцы

б) разрыв трапецевидной мышцы
в) разрыв широчайшей мышцы спины
г) травма подкрыльцового нерва
д) ушиб, растяжение длинного нерва грудной клетки

041. При вывихе головки плеча часто травмируется:
а) подмышечный нерв
б) шейное сплетение
в) подключичная вена
г) подключичная артерия
д) плечевое сплетение

042. Застарелый вывих плеча более 3-месячной давности целесообразно:
а) вправить закрытым способом
б) вправить открытым способом
в) вопрос о целесообразности открытого вправления решается в зависимости от возраста
г) оперировать с артродезом сустава

044. Как лечить вывих головки плечевой кости с одновременным переломом ее хирургической шейки у пациентов молодого возраста?
а) показано закрытое вправление вывиха по Джанелидзе с последующим одномоментным сопоставлением и фиксацией гипсом отломков
б) показано оперативное лечение

045. Каков наиболее рациональный способ лечения вколоченного перелома хирургической шейки плеча без- или с умеренной степенью углового смещения отломков у пожилых?
а) одномоментное исправление угловой деформации (если она есть) и фиксация торакобрахиальной гипсовой повязкой
б) гипсовая повязка без репозиции отломков
в) накостный остеосинтез
г) функциональное лечение по Е.Ф. Древинг и З.П.Нечаевой на косынке

046. Под каким углом следует фиксировать отводящую шину при диафизарных переломах плечевой кости?
а) 30-40° вперед от фронтальной плоскости
б) 30-40° назад от фронтальной плоскости
в) 20° вперед от фронтальной плоскости
г) 20° назад от фронтальной плоскости
д) строго во фронтальной плоскости под углом в зависимости от длины отломков

048. Какие из перечисленных ниже способов лечения Т- и V-образных межмыщелковых переломов плечевой кости со смещением отломков дают наилучшие результаты?
а) скелетное вытяжение, гипс, ЛФК
б) лечение гипсовой повязкой с последующей ЛФК
в) накостный остеосинтез и ЛФК
г) массаж с форсированными движениями в суставе
д) чрескостный остеосинтез с ЛФК

049. При перилунарном вывихе костей запястья происходит:
а) вывих дистального ряда костей запястья, включая ладьевидную и трехгранную по отношению к полулунной

б) вывих полулунной кости по отношению к остальным костям запястья
в) вывих ладьевидной кости по отношению к остальным, включая полулунную
г) вывих дистальной части костей запястья с частью сломанной ладьевидной костью по отношению к полулунной

050. Вывихи полулунной кости и перилунарные вывихи удается бескровно вправить в сроки:
а) 3-10 дневной давности
б) 12-15 дневной давности
в) 16-20 дневной давности
г) месячной давности
д) давностью более 3 месяцев

051. Какой из перечисленных ниже способов восстановления функции большого пальца кисти наименее травматичен и эффективен при его отсутствии:
а) протезирование большого пальца
б) реплантация пальца со стопы или кисти больного
в) фалангизация I пястной кости
г) удлинение I пястной кости по Илизарову

052. Перелом Бенетта относится:
а) к внесуставным
б) к внутрисуставным

053. Наиболее эффективные способы фиксации отломков фаланг кисти
с точки зрения восстановления их функции и малой травматичности:
а) гипсовые повязки
б) накостный остеосинтез
в) чрескостный внеочаговый остеосинтез
г) параоссальная фиксация

055. Какие оперативные вмешательства осуществляются при контрактуре Фолькмана?
а) иссечение ладонного апоневроза
б) рассечение кожи на предплечье
в) фасциотомия и ревизия артерий предплечья
г) ушивание рассеченных фасций
д) ушивание кожных разрезов

056. Для фиксации отломков локтевого отростка по Веберу необходимо использовать:
а) винты с отверткой
б) лавсановую ленту
в) лавсановую нить
г) проволоку
д) проволоку и спицу

057. Дистальный конец сухожилия двуглавой мышцы плеча
при его отрыве от бугристости лучевой кости целесообразнее подшить:
а) к бугристости лучевой кости
б) к сухожилию плечевой мышцы
в) к костному "навесу" под шейкой лучевой кости
г) к локтевой кости вблизи места отрыва сухожилия

058. Прогрессирующее течение запястного синдрома сдавления срединного нерва можно снять или значительно ослабить путем:

а) анестезии срединного нерва
б) физиотерапевтических процедур
в) рассечения поперечной связки запястья
г) рассечения гайонова канала
д) резекцией прилегающих костей запястья

059. После вправления головки лучевой кости при ее изолированном вывихе предплечью придают положение:

а) супинации и сгибания в локтевом суставе
б) пронации и сгибания в локтевом суставе
в) среднее между пронацией и супинацией со сгибанием

060. При вывихе головки лучевой кости может быть поврежден:

а) локтевой нерв или его ветви
б) срединный нерв или его ветви
в) лучевой нерв или его ветви
г) повреждений нервов не бывает

061. Оптимальный вариант лечения нестабильного,
оскольчатого варианта перелома луча в типичном месте:

а) ручная репозиция с гипсовой иммобилизацией
б) репозиция и фиксация отломков спицами с гипсовой иммобилизацией
в) чрескостный внеочаговый остеосинтез

062. В случае сочетания перелома локтевого отростка с передним вывихом локтевой кости остеосинтез локтевого отростка лучше проводить с помощью:

а) узловых швов
б) проволочной петлей по веберу
в) длинным винтом или гвоздем
г) чрескостным внеочаговым остеосинтезом

063. Оптимальным методом лечения закрытого диафизарного перелома лучевой кости со смещением отломков является:

а) накостный остеосинтез
б) гипсовая повязка
в) чрескостный остеосинтез

065. Оптимальным методом лечения закрытых переломов в зоне голеностопного сустава являются в порядке убывания эффекта:

а) чрескостный остеосинтез
б) точная закрытая репозиция и гипсовая иммобилизация
в) металлоостеосинтез
г) скелетное вытяжение

066. Оптимальным методом лечения разрыва межберцового синдесмоза является:

а) чрескостный остеосинтез
б) остеосинтез болтом-стяжкой
в) гипсовая иммобилизация
г) костная пластика синдесмоза

067. Оптимальным методом лечения нерепонирующегося изолированного перелома внутренней лодыжки является:

а) остеосинтез с помощью швов
б) остеосинтез винтом
в) остеосинтез спицей
г) остеосинтез стержнем

069. Какой срок иммобилизации коленного сустава после ауто- и алло-пластики крестообразных связок считается оптимальным?

а) 1 неделя
б) 2-3 недели
в) 4-6 недель
г) 7-10 недель
д) более 10 недель

071. Оптимальный метод лечения закрытых переломов мыщелков бедра и большеберцовой кости:

а) гипсовая повязка
б) чрескостный полифасцикулярный остеосинтезинтез
в) фиксация отломков спицами с гипсовой повязкой
г) внутрикостный остеосинтез винтами
д) скелетное вытяжение

072. В каком положении должен быть коленный сустав при лечении гипсовой повязкой отрыва межмыщелкового возвышения?

а) в выпрямленном положении
б) согнут до 160-170°С
в) в положении переразгибания и отведения
г) в положении переразгибания и приведения
д) согнут до 90°С

073. Шеечно-диафизарный угол в норме у взрослых составляет:

а) 120°
б) 125-130°
в) 131-140°
г) 141-150°
д) 155°

074. В норме у взрослых имеется:

а) антеверсия шейки бедра
б) ретроверсия шейки бедра
в) шейка бедра расположена в строго фронтальной плоскости

075. К внутрисуставным переломам шейки бедра относятся:

а) межвертельные
б) субкапитальные
в) базальные
г) чрезвертельные
д) апофизарные

076. При асептическом некрозе головки бедра показано:

а) тотальное эвдопротезирование
б) однополюсное эвдопротезирование

в) остеотомия типа Мак-Маррея

078. Оптимальный метод лечения открытых переломов в области коленного и голеностопного суставов:

а) ПХО ран, проточное дренирование, внутриартериальная инфузия антисептиков, спазмолитиков, антикоагулянтов, чрескостный остеосинтез
б) ПХО ран, скелетное вытяжение
в) ПХО ран, проточное дренирование, чрескостный остеосинтез
г) ПХО ран, гипсовая иммобилизация
д) ПХО ран, накостный остеосинтез, дренирование ран

080. Оптимальный метод лечения
закрытого поперечного перелома средней трети болыиеберцовой кости:

а) скелетное вытяжение и гипсовая повязка
б) закрытая репозиция, гипсовая повязка
в) открытая репозиция и интрамедуллярный остеосинтез
г) чрескостный остеосинтез
д) открытая репозиция и фиксация спицами

081. Оптимальный метод лечения закрытого поперечного перелома нижней трети болышеберцовой кости:

а) открытая репозиция и накостный остеосинтез
б) чрескостный остеосинтез
в) закрытая репозиция и гипс
г) открытая репозиция и фиксация спицами
д) открытая репозиция и интрамедуллярный остеосинтез

082. Оптимальные методы лечения закрытых винтообразных переломов большеберцовой кости в средней трети:

а) скелетное вытяжение и гипс
б) открытая репозиция, фиксация винтами и гипсовая повязка
в) чрескостный остеосинтез
г) интрамедуллярный остеосинтез

083. Оптимальный вариант лечения винтообразных переломов большеберцовой кости в нижней трети:

а) чрескостный остеосинтез
б) скелетное вытяжение с последующей гипсовой повязкой
в) накостный остеосинтез
г) интрамедуллярный остеосинтез
д) гипсовая повязка

084. Оптимальный вариант лечения оскольчатых переломов большеберцовой кости:

а) скелетное вытяжение и гипсовая повязка
б) чрескостный остеосинтез
в) накостный остеосинтез
г) гипсовая повязка
д) интрамедуллярный металлоостеосинтез

085. Оптимальный вариант лечения открытых диафизарных переломов бедра типа II В, III А, III Б, III В (по А.В.Каплану и О.Н.Марковой):

а) ПХО и чрескостный остеосинтез

б) ПХО и скелетное вытяжение
в) ПХО и накостный остеосинтез
г) ПХО и гипсовая повязка
д) ПХО и интрамедуллярный остеосинтез

086. Оптимальный вариант лечения закрытых диафизарных поперечных переломов бедренной кости в верхней трети:
а) кокситная повязка после одномоментного вправления
б) скелетное вытяжение и гипсовая повязка
в) интрамедуллярный остеосинтез
г) чрескостный остеосинтез

087. Оптимальные варианты лечения закрытого поперечного перелома бедренной кости в средней трети:
а) скелетное вытяжение
б) открытая репозиция и гипс
в) открытая репозиция и интрамедуллярный остеосинтез
г) чрескостный остеосинтез
д) накостный остеосинтез

088. Оптимальный вариант лечения поперечных закрытых переломов нижней трети бедренной кости:
а) интрамедуллярный остеосинтез упругими стержнями
б) интрамедуллярный остеосинтез 4-гранным стержнем ЦИТО
в) скелетное вытяжение
г) накостный остеосинтез
д) чрескостный остеосинтез

089. Оптимальные варианты лечения
винтообразного перелома бедра в нижней трети:
а) скелетное вытяжение
б) закрытая репозиция + гипс
в) открытый интрамедуллярный остеосинтез
г) накостный остеосинтез
д) чрескостный остеосинтез

090. Оптимальный вариант лечения закрытого диафизарного оскольчатого перелома бедренной кости:
а) скелетное вытяжение и гипс
б) гипсовая повязка
в) интрамедуллярный остеосинтез
г) накостный остеосинтез
д) чрескостный остеосинтез

091. Оптимальный вариант лечения закрытого перелома пяточной кости с отрицательным или нулевым углом Белера:
а) гипсовая повязка
б) скелетное вытяжение
в) чрескостный остеосинтез
г) открытая репозиция отломков с фиксацией спицами

092. Оптимальный вариант лечения

закрытого перелома пяточной кости без смещения отломков:

а) гипсовая иммобилизация
б) скелетное вытяжение
г) фиксация отломков спицами с гипсовой повязкой

093. Оптимальные варианты лечения
переломов плюсневых костей со смещением:

а) закрытая репозиция и гипс
б) открытая репозиция и фиксация спицами
в) чрескостный остеосинтез

095. При компрессионном переломе пяточной кости таранно-пяточный угол.

а) не меняется
б) увеличивается
в) уменьшается

096. Гипсовую повязку после перелома пяточной кости можно снять:

а) через 2 недели
б) через 2 месяца
в) через 2,5- 3 месяца
г) через 3,5-4 месяца
д) более, чем через 4 месяца

097. При отрывах бугорка ладьевидной кости, к которому прикреплено сухожилие задней большеберцовой мышцы гипсовую повязку накладывают на голень и стопу:

а) в положении отведения и супинации
б) под прямым углом в голеностопном суставе
в) в положении приведения и пронации

098. Для перелома кубовидной кости характерна болезненность при надавливании на пальцы в направлении продольной оси:

а) IV-V плюсневых костей
б) III-II плюсневых костей
в) II-1 плюсневых костей
г) I плюсневой кости

099. Радиоульнарный угол на рентгенограмме в передне-заднем направлении в норме равен:

а) +15-30°
б) +1-10°
в) +40-60°

100. При переломе луча в типичном месте радиоульнарный угол.

а) не меняется
б) уменьшается
в) увеличивается

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

а) противошоковые мероприятия, лапаротомия, ушивание раны мочевого пузыря, коррекция перелома

б) лапаротомия, ушивание раны мочевого пузыря, противошоковые мероприятия, коррекция перелома

в) коррекция перелома, лапаротомия, противошоковые мероприятия

103. Какие виды обезболивания предпочтительнее при ПХО открытых множественных переломов костей кисти с повреждением сухожилий?

а) местная инфильтрационная

б) проводниковая

в) наркоз

104. У больного 20 лет посттравматический канальный подострый остеомиелит большеберцовой кости при несросшемся косом открытом ее переломе в нижней трети с металлическим штифтом в канале.

В зоне перелома обширная гранулирующая рана. Какой вариант лечения наиболее целесообразен?

а) длительная иммобилизация гипсом без удаления штифта, антибиотикотерапия, укрепляющее лечение

б) удаление штифта, чрескостный остеосинтез, кожная аутопластика раны, антибиотикотерапия, общеукрепляющее лечение

в) удаление штифта, некрэктомия, кожная пластика, чрескостный остеосинтез

г) удаление штифта, проточная санация костномозгового канала, скелетное вытяжение за пяточную кость, кожная пластика раны, чрескостный остеосинтез после заживления раны.

105. После неоднократных пункций коленного сустава по поводу гемартроза возникла эмпиема коленного сустава с постоянной лихорадкой до 39,8-40°С. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Какой вариант лечения наиболее оправдан в данном случае?

а) иммобилизация сустава гипсовой повязкой, интенсивная общая антисептическая и общеукрепляющая терапия, пункции сустава с введением антибиотиков в его полость

б) высокая ампутация бедра

в) и артротомия, ревизия сустава, при необходимости капсулсиновэктомия или резекция сустава, общеукрепляющее лечение и интенсивная антисептическая терапия, иммобилизация чрескостным внеочаговым методом

106. У больной 44 лет двусторонний первичный коксартроз III-IV, синдром "связанных ног". Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

а) резекция головок обеих тазобедренных суставов

б) подвертельные остеотомии типа Мак-Маррея

в) эвдопротезирование суставов

г) артродез суставов

д) аддуктотомия по Фоссу

107. У больной 26 лет - вторичный травматический деформирующий артроз I-II голеностопного сустава, связанный с выступом на 6 мм неправильно приросшего заднего края большеберцовой кости после трехлодыжечного перелома 9-месячной давности. Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

а) консервативное лечение деформирующего артроза

б) репозиция заднего края большеберцовой кости

в) артродез сустава

108. Больная 50 лет много лет страдает гонартрозом. Многократные курсы консервативного лечения, остеотомия с целью исправления оси нижней конечности, операции на связочном аппарате коленного сустава давали временный эффект. В настоящий момент - клинико-

рентгенологическая картина гонартроза III ст. Больную беспокоят боли, усиливающиеся при ходьбе. Пользоваться конечностью больная не может. Второй коленный сустав функционирует удовлетворительно. Какой вариант лечения целесообразнее?

а) продолжать консервативное лечение (обезболивающие, гормоны, магнит, физиотерапевтическое лечение, массаж)
б) ампутировать конечность выше коленного сустава и протезировать конечность
в) показан артродез сустава
г) тотальное эндопротезирование

109. Больной жалуется на боли в коленном суставе, "опухоль" колена, ограничение движений, боль и хруст под надколенником, усиливающиеся при разгибании голени навесу. Под надколенником при разгибании сустава что-то "задевает", "щелкает", "цепляется", вследствие чего больной старается не сгибать колено при ходьбе, Бывает выпот в суставе. Иногда на рентгенограмме видна шероховатость хряща надколенника. Наиболее вероятный диагноз?

а) деформирующий артроз коленного сустава
б) киста мениска
в) болезнь Гоффа
г) хондропатия надколенника, пателло - феморальный артроз

110. Больной жалуется на боли под коленной чашечкой при сгибании коленного сустава. По обеим сторонам собственной связки надколенника определяется болезненная припухлость. Иногда возникает "блокада" сустава с болями под надколенником. Наиболее вероятный диагноз?

а) повреждение менисков
б) начинающийся артрит
в) болезнь Гоффе
г) хондропатия надколенника
д) киста мениска

112. У больного 26 лет после переохлаждения появились боли и незначительная припухлость в коленном суставе. На рентгенограмме патологии не найдено. Врач заподозрил артрит и, не исключая возможность гематогенного остеомиелита, наложил больному кокситную гипсовую повязку. Проведен курс антибиотикотерапии в течение недели. Но боли не исчезли, состояние больного не улучшилось. О возможности какого заболевания следует думать в этом случае?

а) туберкулезный гонит
б) опухоль суставного конца кости или сустава
в) гонартроз
г) остеохондропатия надколенника

113. После перенесенного полиомиелита у молодой женщины отмечается выраженная атрофия голени (на 5 см ее окружность меньше, чем здоровой голени) и укорочение голени на 8 см.
Больная пользуется ортопедической обувью. Обратилась к ортопеду за консультацией о лечении. Ее не устраивает имеющийся косметический дефект. Можно ли ей помочь?

а) нет
б) можно провести пересадку мышц и мягких тканей для утолщения голени
в) можно только удлинить берцовые кости по Илизарову
г) показано расширение большеберцовой кости по Илизарову
д) необходимо укоротить ахиллово сухожилие, чтобы увеличить относительную длину конечности

114. К ортопеду обратился за консультацией больной, страдающий облитерирующим эндартериитом нижней конечности. Сосудистые хирурги провели ему все возможные консервативные курсы лечения и хирургические операции на симпатических узлах и

магистральных сосудах, но после кратковременного эффекта заболевание прогрессирует. V палец некротизирован. Хирурги предложили высокую ампутацию бедра. Может ли ортопед помочь сохранить больному конечность и ее функцию?

а) нет
б) возможна ампутация на уровне сустава Лисфранка
в) возможна костнопластическая операция по Н.И.Пирогову
г) показано расширение большеберцовой кости по Илизарову

116. Больной страдает ревматоидным полиартритом. В момент обращения к ортопеду определена острая стадия заболевания,
отмечается выраженная анемия. Локально - признаки поражения многих суставов, но преобладает поражение левого коленного сустава.
Какие варианты приведенного лечения наиболее целесообразны?

а) пункции коленного сустава с введением гормонов типа кортизона
б) капсулсиновэктомия коленного сустава с противоревматическим лечением
в) артродез коленного сустава
г) эфферентная терапия, антиревматическое лечение, операция противопоказана

117. При рентгенологическом обследовании больного в очаге патологии кости обнаружены следующие признаки: деструкция, костная атрофия, без периостальной реакции, без секвестров, без некроза кости. О какой патологии может идти речь?

а) хронический остеомиелит
б) туберкулез
в) фиброзная остеодисплазия
г) опухоль

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

а) остеомиелит
б) туберкулез
в) фиброзная остеодисплазия
г) опухоль

119. При рентгенологическом обследовании больного в очаге патологии кости обнаружены следующие признаки: деструкция, секвестр, некроз, костная атрофия, но без периостальной реакции.
О какой патологии может идти речь?

а) хронический остеомиелит
б) опухоль
в) туберкулез
г) фиброзная остеодисплазия

120. После кратковременного сдавления кисти деталями станка на производстве больной поступил в дежурное травматологическое отделение. С момента травмы прошел 1 час. Кисть резко отечна, чувствительность пальцев потеряна, пульс на лучевой артерии на больном предплечье ослаблен. Какой из вариантов помощи наиболее целесообразен?

а) холод, иммобилизация кисти, возвышенное положение, обезболивание
б) проведение сорбционной детоксикации с целью профилактики эвдотоксикоза, местно - холод, возвышенное положение кисти, обезболивание, фасциотомия противопоказана
в) обезболивание, неотложное хирургическое вмешательство:

открытые фасциотомии, рассечение связок карпального и гийонова каналов
г) обезболивание, закрытые фасциотомии, рассечение ладонных связок, местно - холод, возвышенное положение кисти, профилактика ишемического неврита консервативными методами

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

001 - в	021 -а	041 -а	061 - в	081 -6	101 -6
002 - а	022-6	042-в	062 - в	082 - а,б,в	102 - а
003 - в	023-г	043-6	063 - а,в	083 -а	103 - б,г
004 - а,гд	024-в	044-6	064 - а,б,в,г	084-6	104 - г
005 -в	025-а	045-г	065 - а,б,в,г	085-а	105-г
006-6	026 - а,б	046-а	Обб-б	086-в	106-в
007 - в	027-а	047-г	067-6	087 - в,д	107-6
008-6	028-г	048 - ад	068-г	088 -а	108 – г
009-в	029 - а,б	049-а	069-в	089 - а,б,г.д	109-г
010-д	030-в	050 - а,б	070 - ад	090-д	110- в
011-д	031 - а,б,г	051 -в	071 - б,г	091 -в	111 -в
012-а	032-6	052-6	072-а	092-а	112-6
013-д	033-в	053 - в,г	073-6	093 -а,б	113-в,г
014 - б,в	034 - в,г	054-6	074-а	094-а	114-г
015 - а,б	035 - аде	055 - б.в	075 - б.в	095 -в	115-б,г
016 - б,в	036-г	056-д	076-6	096-в	116-а.г
017 - б,г,д	037 - б,в	057 - б,в	077 - в	097-в	117-в
018 - в,гд	038-6	058-в	078-а	098-а	118 -а
019 -г	039 - б,в	059-а	079-а	099-а	119 - в
020-а	040-д	060-в	080 - а,г	100-6	120 - а,г

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ (второй вариант)

003. Одно травматологическое отделение поликлиники функционирует на территории:
а) 10 тыс. населения
б) 100 тыс. населения
в) 200 тыс. населения
г) 300 тыс. населения
д) 400 тыс. населения

004. Круглосуточная экстренная травматологическая помощь населению организуется в больницах города с населением не менее:

а) 10 тыс. v б) 100 тыс.
в) 300 тыс.
г) 500 тыс.
д) 1 млн.

006. Подключичную артерию можно прощупать:
а) в надключичной ямке
б) в подключичной ямке
в) по переднему краю кивательной мышцы
г) по заднему краю кивательной мышцы
д) в подмышечной ямке

007. В полости плечевого сустава проходит сухожилие:
а) длинной головки двуглавой мышцы
б) короткой головки двуглавой мышцы
в) сухожилия в полости сустава нет
г) клювовидно-плечевой мышцы
д) трехглавой мышцы

008. Мягкие ткани задней поверхности лопатки делят на 2 ямки:
а) широчайшая мышца спины
б) лопаточная ость
в) акромиальный отросток
г) клювовидный отросток
д) трапецевицная мышца

009. Отверстие, через которое выходит верхняя ягодичная артерия, образовано
а) нижним краем большой ягодичной мышцы
б) нижним (задним) краем средней ягодичной мышцы
в) верхним краем грушевидной мышцы
г) нижним краем грушевидной мышцы
д) верхним краем внутренней запирательной мышцы

010. Зона расположения малоберцового нерва в верхней трети голени находится:

а) сзади и снаружи от шейки малоберцовой кости
б) сзади и изнутри от шейки малоберцовой кости
в) снаружи от головки малоберцовой кости
г) в межкостной мембране верхней трети голени

011. Закрытую травму головного мозга делят на следующие виды:
а) ушибы мягких тканей головы
б) переломы основания черепа в) сотрясение г) сдавленно д) ушибы

012. Ликворея из наружного слухового прохода при закрытой черепномозговой травме свидетельствует:
а) о переломе костей задней черепной ямки
б) о переломе костей средней черепной ямки
в) о переломе костей передней черепной ямки
г) о переломе костей свода черепа
д) о переломе решетчатой кости

013. Абсолютным показанием к неотложной трепанации черепа с целью остановки кровотечения и декомпрессии является клиническая картина:
а) субарахноидального кровотечения
б) сдавления головного мозга
в) ушиб головного мозга тяжелой степени
г) внутричерепной гипертензии
д) перелома основания черепа

014. Наиболее вероятным для диагностики сдавления головного мозга являются варианты потери сознания после травмы головы со следующими особенностями:
а) сразу после травмы с постепенным восстановлением сознания
б) сразу после травмы с отсутствием сознания в течение 2-3 суток
в) потеря сознания через некоторый период после травмы без восстановления в течение периода наблюдения
г) кратковременная потеря сознания
д) повторная потеря сознания в остром периоде черепно-мозговой травмы

015. Для ушиба головного мозга характерны:
а) комбинация общемозговых и очаговых симптомов
б) общемозговые симптомы
в) признаки перелома костей черепа
г) тошнота
д) головная боль и заторможенность

017. Для переломов тел шейного отдела позвоночника наиболее характерны:
а) боли в шейном отделе
б) головная боль с иррадиацией в шею
в) затруднение ротации, сгибания и разгибания головы
г) напряжение шейных мышц
д) хруст в шейном отделе позвоночника
е) вынужденное сгибание (разгибание) головы
ж) тетраплегия, расстройство функции тазовых органов

018. Какой позвонок считается вывихнутым при вывихах позвоночника?
а) вышележащий из поврежденных
б) нижележащий из поврежденных

019. При чисто сгибательном механизме повреждения позвоночника образования, придающие стабильность телам позвонков в грудном и поясничном отделе, как правило:

а) страдают
б) не страдают

020. Функциональное лечение при переломах тел позвонков показано:
а) при осложненных компрессионных переломах
б) при переломах позвоночника у больных старше 60 лет
в) при неосложненных компрессионных переломах грудных и поясничных позвонков
г) при переломах остистых отростков
д) при нестабильных переломах

021. Скелетное вытяжение за череп при переломах
и переломовывихах шейного и верхнегрудного отдела позвоночника, как правило, длится:
а) 1-2 недели
б) 3-4 недели
в) 6-8 недель
г) 9-12 недель
д) более 12 недель

022. При закрытой травме груди плевральная пункция, как неотложное мероприятие, предупреждающее внезапный летальный исход, абсолютно показана:
а) при ограниченном (закрытом) пневмотораксе
б) при клапанном (напряженном) пневмотораксе
в) при множественных переломах ребер с их флотацией
г) при подкожной эмфиземе
д) при свернувшемся гемотораксе

023. Ярко-красный цвет кожи, мелкоточечные синеватые кровоизлияния на коже головы, верхней части груди, слизистых рта и в конъюнктиве при травме груди характерны:
а) для сдавления груди (травматической асфиксии)
б) для ушиба грудной стенки
в) для сотрясения груди
г) для ушиба легкого
д) для сдавления средостения при эмфиземе

024. Специальная иммобилизация ребер (фиксация консервативными и оперативными способами) показана:
а) при изолированных переломах ребер, сопровождающихся закрытым пневмотораксом
б) при окончатых (двоичных) множественных переломах ребер
в) при нарастающей травматической подкожной эмфиземе
г) при тотальном одностороннем гемотораксе
д) при переломе грудины без повреждения ребер

025. При открытом пневмотораксе на догоспитальном этапе в качестве первой врачебной помощи показаны следующие мероприятия:
а) асептическая повязка на рану
б) окклюзионная асептическая повязка, накладываемая в момент вдоха
в) окклюзионная асептическая повязка, накладываемая в момент выдоха
г) вагосимпатическая блокада на стороне повреждения
д) плевральная пункция

026. Плевральная пункция при пневмотораксе проводится:
а) во 2-м межреберье по среднеключичной линии

б) в 4-м межреберье по передней подмышечной линии
в) в б-м межреберье по средней подмышечной линии
г) во 2-м и в б-м межреберьях по средней подмышечной линии
д) в б-7-м межреберьях между средней и передней подмышечными линиями

027. Плевральная пункция при гемотораксе проводится:
а) во 2-м межреберье по среднеключичной линии
б) в 4-м межреберье по передней подмышечной линии
в) в б-м межреберье по заднеподмышечной линии г) в 7-8-м межреберье по сред неподмышечной линии
д) в 9-м межреберье по заднеподмышечной линии

029. При переломах костей тазового кольца с нарушением его непрерывности у взрослых скелетное вытяжение накладывают:

а) на 2-3 недели
б) на 5-6 недель
в) на 7-8 недель
г) на 9-10 недель
д) более 10 недель

030. При переломах крестца трудоспособность восстанавливается чаще через:
а) 1-2 недели
б) 1-3 недели
в) 4-8 недель
г) 9-12 недель
д) 13 недель и более

031. При оказании специализированной помощи среди вариантов обезболивания в качестве противошокового мероприятия при переломах костей таза предпочтительным является:
а) обезболивание наркотиками
б) местное обезболивание по А.В.Вишневскому
в) анестезия по Школьникову-Селиванову-Цодыксу
г) проводниковая анестезия
д) перидуральная блокада

032. При вывихе акромиального конца ключицы конец ключицы, как правило смещается:
а) вверх и назад
б) вверх и вперед
в) вверх
г) только кпереди
д) вниз и вперед

033. При переломах ключицы
периферический отломок по отношению к центральному смещается:
а) вниз, вперед и внутрь
б) вверх, кзади и кнаружи
в) только внутрь
г) только вперед
д) только назад

034. Сращение отломков ключицы в зависимости от возраста наступает чаще всего:

а) через 1 неделю
б) через 2-5 недель
в) через 6-8 недель
г) через 9-12 недель
д) более, чем через 12 недель

035. Какие из нижеперечисленных способов лечения используют чаще всего при переломах лопатки для консолидации отломков?

а) торако-абдоминальную гипсовую повязку
б) оперативный остеосинтез
в) повязку Дезо
г) отводящие шины
д) отводящие кольца

036. При переломах шейки и суставной впадины лопатки трудоспособность пострадавших восстанавливается через сроки:

а) 1-2 недели
б) 5-9 недель
в) 10-12 недель
д) свыше 15 недель

037. Неотложное оперативное лечение свежих закрытых переломов ключ показано:

а) при оскольчатых переломах
б) при угрозе перфорации кожи отломком
в) при всех переломах у детей
г) при повреждении сосудисто-нервного пучка
д) при значительном смещении отломков, которые при вправлении невозможно удержать консервативно

038. Вывих какой кости запястья сопровождается часто ограниченным выступом на ладонной поверхности запястья, западением - на тыльной и пассивным сгибанием пальцев?

а) ладьевидной
б) гороховидной
в) полулунной
г) малой многоугольной
д) большой многоугольной

039. Для какой из перечисленных костей запястья
условия для сращения ее перелома наиболее неблагоприятны?

а) для крючковидной
б) для головчатой
в) для большой многоугольной
г) для гороховидной
д) для ладьевидной

040. Повреждение какого сухожилия кисти
сопровождается пассивным сгибанием ногтевой фаланги и переразгибанием средней фаланги?

а) разрыв глубокого сгибателя II-V фаланг
б) отрыв сухожилия разгибателя пальца
в) отрыв длинного сгибателя большого пальца
г) отрыв сухожилий червеобразной мышцы

д) сухожилия длинной ладонной мышцы

041. Переломом Беннета называется:
а) перелом локтевого края основания I пястной кости
б) перелом тела П пястной кости
в) перелом лучевого края основания Ш пястной кости
г) перелом ногтевой фаланги
д) перелом средней фаланги I пальца

042. При переломах тел пястных костей
трудоспособность восстанавливается в сроки:
а) через 3-4 недели
б) через 5-6 недель
в) через 7-8 недель
г) через 9-10 недель
д) свыше 10 недель

043. Наиболее характерными симптомами вывиха плеча являются:
а) боли
б) западение дельтовидной области
в) симптом пружинящей фиксации плеча
г) сохранность пассивных движений
д) припухлость области плечевого сустава

044. Какой из перечисленных способов вправления вывиха плеча
основан на повторении в обратном порядке элементов механизма вывиха?
а) Джанелидзе
б) Гиппократа
в) Мота
г) Кохера
д) Купера

045. Решающее значение в диагностике переломов головки и анатомической шейки плеча имеют:
а) анамнестические данные
б) данные клинического обследования (осмотр, пальпация, нарушение движений, длины и т.п.)
в) рентгенологические данные

046. Основными видами переломов хирургической шейки плеча являются:
а) ротационный
б) многооскольчатый
в) абдукционный
г) аддукционный
д) вколоченный

047. При аддукционных переломах хирургической шейки плеча для лечения применяется:

а) повязка типа Дезо
б) отводящая шина
в) гипсовая лонгета от здорового надплечья до кисти с положением плеча вертикально
г) репозиции и фиксации отломков не требуется
д) абсолютно показан остеосинтез

048. При переломе большого бугорка плеча:
а) активное вращение плеча кнаружи невозможно
б) активное вращение плеча внутрь невозможно
в) активное вращение плеча ограничено, но возможно в любую сторону
г) активное вращение плеча наружу и внутрь не нарушено
д) активное вращение плеча в любую сторону невозможно

049. При переломе диафиза плеча ниже прикрепления дельтовидной мышцы в средней трети периферический отломок:

а) не смещен
б) подтянут кверху, повернут кнутри и смещен кнутри и кпереди
в) расположен под углом, открытым внутрь и кзади по отношению к центральному отломку
г) расположен под углом, открытым кзади и подтянут кверху
д) подтянут кверху и расположен снаружи от центрального отломка с ротацией кнаружи

054. Прокол локтевого сустава опасен в зоне:
а) медиальное локтевого отростка
б) латеральное локтевого отростка
в) над верхушкой локтевого отростка
г) над головкой лучевой кости-\/
д) над венечным отростком локтевой кости

055. При переломе локтевого отростка невозможны:
а) активные разгибания предплечья в локтевом суставе
б) активные сгибания предплечья в локтевом суставе
в) пассивные сгибания предплечья в локтевом суставе
г) пассивные разгибания предплечья в локтевом суставе
д) ротационные движения предплечья

056. При раздробленных и краевых переломах у взрослых головки лучевой кости показано:

а) консервативное лечение
б) при неудаче консервативного лечения - удаление головки V
в) удаление головки без предварительного консервативного лечения
г) остеосинтез головки
д) удаление свободных осколков головки с сохранением остальной ее части

057. Перелом локтевой кости с вывихом головки лучевой известен:
а) как травма Галеацци
б) как травма Потта
в) как перелом Десто уг) как повреждение Монтеджа
д) как травма Дюпюитрена

058. Доступ к локтевой кости безопаснее делать:
а) по ее переднему краю
б) по ее заднему краю
в) по ее лучевому краю
г) по ее локтевому краю

059. Доступ к лучевой кости безопаснее делать:
а) через тыльный разрез
б) через переднебоковой разрез

в) через медиальный разрез

060. Деформация дистального конца при переломе луча в типичном месте:
а) имеет штыкообразную форму
б) имеет форму с резко выраженным углом, открытым к тылу
в) имеет форму с резко выраженным углом, открытым на ладонной поверхности
г) деформация не характерна
д) имеет выраженное укорочение предплечья

061. Для контроля возможности вторичного смещения отломков в гипсовой повязке при переломе луча в типичном месте контрольные рентгенограммы целесообразно делать в сроки:

а) через 2-3 дня
б) через 3-5 дней
в) через 7-10 дней
г) через 12-14 дней
д) через месяц и более

062. При полном разрыве ахиллова сухожилия активное подошвенное сгибание:
а) отсутствует
б) значительно ослаблено
в) сохранено

063. При пронационно-абдукционных переломах лодыжек (типа Дюпюитрена) происходит:
а) подвывих стопы внутрь с переломом внутренней лодыжки и переднего края большеберцовой кости .
б) подвывих стопы кнаружи с отрывом внутренней лодыжки, переломом 1/3 малоберцовой кости и разрывом дистальной межберцовой связки
в) перелом внутренней лодыжки и заднего края большеберцовой кости
г) перелом заднего края большеберцовой кости
д) перелом переднего края большеберцовой кости и разрыв коллатеральных связок голеностопного сустава

064. Переломы лодыжек, сочетающиеся с переломом заднего или переднего краев большеберцовой кости с подвывихом стопы кпереди и кзади известны как переломы:

а) Дюпюитрена
б) Потта
в) Десто
г) Уотсон-Джонса
д) Мальгеня

065. При фиксации гипсовой повязкой вправленного перелома лодыжек пронационную гиперкоррекцию стопы:

а) проводить необходимо
б) можно проводить, но не обязательно
в) проводить вредно

066. При супинационно-аддукционных переломах лодыжек подвывих стопы происходит:

а) кнутри
б) кнаружи

в) не происходит
г) кзади
д) кпереди

067. Оперативное лечение переломов лодыжек показано:
а) при любом виде перелома лодыжек
б) при переломах заднего и переднего краев большеберцовой кости
в) при трудно репонируемых переломах ^ г) при плохо удерживаемых переломах
д) при легко смещающихся переломах

068. Оперативное лечение переломов надколенника показано:
а) при переломе без расхождения отломков
б) при расхождении отломков на 2-3 мм
в) при расхождении отломков более 3 мм
г) при раздробленных переломах I/ д) при звездчатых переломах с расхождением отломков

069. 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

070. Если первичная травма коленного сустава сопровождалась блокадой, которая была устмбна, то в этих случаях:

а) больного не следует оперировать
б) больного оперировать следует в экстренном порядке
в) больного оперировать следует через 2-3 дня
г) больного оперировать следует через 5-10 дней
д) больного оперировать следует при повторных блокадах

071. Какой из перечисленных синдромов патологии коленного сустава наиболее характерен для повреждения мениска?

а) "переднего выдвижного ящика"
б) "заднего выдвижного ящика"
в) "блокады"
г) боли и хруста
д) нестабильности

072. Какая из перечисленных операций наиболее рациональна при деформирующем гонартрозе, обусловленном варусной деформацией большеберцовой кости?

а) операция на свяжах сустава
б) артродез
в) эндопротезирование
г) корригирующая остеотомия
д) артрориз сустава

073. Какая операция наиболее рациональна повреждении мениска в прикапсулярной зоне?

а) удаление
б) пластика оторванной части
в) резекция

г) операция не показана
д) шов мениска (артроскопия).

074. При подвздошном травматическом вывихе бедра:
а) нога резко согнута, приведена и ротирована внутрь
б) нога слегка согнута, приведена и ротирована внутрь
в) укорочение ноги до 5-7 см
г) укорочение ноги до 1-2 см
д) определяется симптом пружинящей фиксации

075. Необходимыми действиями хирурга, вправляющего вывих бедра по Кохеру, являются:

а) сгибание конечности в коленном и тазобедренных суставах
б) сгибание конечности только в тазобедренном суставе
в) вытяжение по направлению оси бедра
г) приведение бедра
д) ротационные движения бедра

076. При консервативном лечении обычно не срастаются следующие переломы бедра:
а) медиальные переломы шейки Гарден I
б) медиальные переломы шейки Гарден IV
в) межвертельные переломы в области шейки
г) чрезвертельные переломы в области шейки

077. Симптом усиленной пульсации бедренных сосудов под пупартовой связкой при переломах шейки бедра на месте повреждения описан:

а) А.В.Вишневским
б) А.В.Капланом
в) Г.И.Турнером
г) С.С.Гирголавом
д) Т.Бильротом

078. С целью ослабить давление на головку бедра при ее асептическом некрозе предложена операция:

а) по Фоссу
б) по Мак-Маррею
в) по Солтеру
г) по Венту
д) по Заградниеку

079. Какой вариант иммобилизации отломков в аппарате Илизарова показан при многооскольчатом переломе большеберцовой кости в диафизарном ее отделе?

а) компрессия продольная
б) дистракция одномоментная
в) встречно-боковая компрессия
г) стабильная фиксация
д) дистракция постепенная

080. При переломе костей голени для скелетного вытяжения спицу, как правило, проводят:

а) через пяточную кость
б) через надлодыжечную область
в) через диафизарную часть отломков
г) через метафизы отломков
д) через плюсневые кости

081. При переломе внутреннего мыщелка большеберцовой кости и его смещении:
а) голень отклоняется кнаружи
б) голень отклоняется кнутри
в) ось голени не изменяется
г) определенной закономерности в отклонении голени от нормальной оси не наблюдается

082. Гипсовую повязку при консервативном лечении вправленных отломков мыщелков большеберцовой кости снимают обычно:

а) через 2-3 недели
б) через 4 недели
в) через 5-6 недель
г) через 8 недель
д) через 10-12

083. При диафизарном переломе костей голени без смещения отломков лечение гипсовой повязкой без фиксации ею коленного сустава

а) оправдано и допустимо
б) неоправданно и противопоказано

084. Проксимальный отломок при переломах верхней и средней трети бедра смещается в положение:

а) отведения, сгибания и наружной ротации
б) отведения, разгибания и внутренней ротации
в) приведения, сгибания и внутренней ротации
г) закономерности смещения нет
д) отломок смещается только по периферии

085. При переломах нижней трети бедра и надмыщелковом переломе периферический отломок смещается по отношению к центральному:
а) кверху
б) кнаружи
в) кнутри г) кзади и кверху
д) по периферии

087. Адекватный вариант и количество интрамедуллярных стержней для остеосинтеза перелома бедренной кости в нижней трети?

а) одним стержнем типа Кюнчера, ЦИТО, Дуброва
б) двумя металлическими упругими стержнями типа Богданова
в) сдвоенными стержнями ЦИТО

088. Оптимальные методы лечения закрытых винтообразных диафизарных переломов бедренной кости:
а) одномоментная репозиция и кокситная повязка

б) скелетное вытяжение
в) накостный остеосинтез
г) инрамедуллярный остеосинтез
д) чрескостный остеосинтез

089. Оптимальный метод лечения многооскольчатых переломов диафиза бедра:
а) скелетное вытяжение и гипс
б) чрескостный полифасцикулярный остеосинтез
в) интрамедуллярный остеосинтез
г) накостный остеосинтез
д) кокситной повязкой после одномоментной репозиции

090. Смещение в суставе Шопара при вывихе дистальной части стопы происходит:

а) кнутри и к тылу
б) кнаружи и в подошвенную сторону
в) кнаружи и к тылу
г) нет закономерных смещений
д) только к подошвенной стороне, вниз

091. Вывихи плюсневых костей в суставе Лисфранка
а) происходят, как правило, изолированно без переломов плюсневых костей
б) как правило, сочетаются с переломами костей стопы

092. При раздробленных переломах тела таранной кости лучшие результаты лечения получаются:
а) при астрагалэктомии
б) при лечении гипсовой повязки
в) при первичном артродезе
г) при скелетном вытяжении
д) при погружном металлоостеосинтезе отломков кости

093. При переломах шейки таранной кости после снятия гипса нагрузка на ногу разрешается:
а) на 3-4-й неделе после травмы
б) на 5-б-й неделе после травмы
в) через 10-12 недель после травмы
г) через 20-30 недель после травмы
д) более, чем через 30 недель после травмы

094. После компрессионного перелома пяточной кости и смещения отломков таранно-пяточный угол:
а) не меняется
б) увеличивается
в) уменьшается
г) закономерности в его изменении нет

095. При переломах пяточной кости без смещения отломков лечение проводят:
а) гипсовой повязкой
б) скелетным вытяжением
в) диафиксацией отломков спицами

096. Наилучшим видом обезболивания при вправлении вывиха бедра является:
а) внутрисуставное введение местного анестетика

б) проводниковая анестезия
в) футлярная блокада по А.В.Вишневскому
г) внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову
д) наркоз с миорелаксантами

097. Для чрескостного остеосинтеза изолированных переломов конечности целесообразнее всего использовать:
а) перидуральную анестезию
б) проводниковую анестезию
в) местную инфильтрационную анестезию
г) внутривенное обезболивание
д) интубационный комбинированный поверхностный наркоз

098. Наиболее надежным и эффективным способом обезболивания при свежих переломах таза является:
а) анестезия по Школьникову-Селиванову
б) блокада запирательных нервов
в) введение анестетика в место перелома
г) наркоз
д) подкожное введение наркотика

099. Наиболее достоверным критерием попадания иглы для введения анестетика в место перелома является:
а) ощущение упора иглы в костный отломок
б) появление непульсирующей струи крови в шприце при потягивании поршня после упора иглы в кость
в) ощущение крепитации отломков при упоре иглы в кость

100. В приемный покой многопрофильной больницы доставлен шахтер, который извлечен из-под завала. В течение 8 часов были сдавлены обрушившимся углем обе нижние конечности до средних третей бедер.
Признаков переломов не обнаружено. На госпитальном этапе конечности были туго забинтованы, наложены транспортные шины и проведено их местное охлаждение льдом. Введены наркотики. Транспортировку перенес.
Состояние тяжелое. Анурия. Куда целесообразнее поместить пострадавшего
для оказания специализированной помощи?
а) в травматологическое отделение для хирургического лечения
б) в хирургическое отделение с той же целью
в) в реанимационное отделение для проведения преимущественно эфферентной терапии
г) в палату интенсивной терапии приемного покоя для противошоковой терапии
д) в отделение гемодиализа

101. При обследовании пострадавшего в условиях приемного отделения многопрофильной больницы обнаружены признаки напряженного пневоторакса, связанного с множественными двусторонними переломами ребер, и открытый оскольчатый перелом костей голени типа IA по классификации А.В.Каплана. Артериальное давление - 110/80 мм рт. ст.
Отметьте наиболее рациональный вариант оказания специализированной неотложной помощи пострадавшему:
а) межреберная блокада мест переломов ребер, перевод пострадавшего на ИВЛ, ПХО раны голени с иммобилизацией перелома гипсовой лангетой, возмещение кровопотери в условиях реанимационного отделения

б) дренирование плевральных полостей, перевод пострадавшего на ИВЛ, ПХО раны с фиксацией отломков аппаратом Илизарова, возмещение кровопотери в условиях реанимационного отделения

в) ПХО раны со скелетным вытяжением, дренирование плевральных полостей, двусторонняя ваго-симпатическая блокада в условиях травматологического отделения

102. В условиях травматологического отделения поликлиники у больного с закрытым переломом костей голени, фиксированным аппаратом Илизарова, обнаружено начинающееся воспаление мягких тканей вокруг одной из спиц с одной стороны. Отметьте наиболее рациональный вариант лечения:

а) снять аппарат в условиях травматологического отделения и перевести больного на скелетное вытяжение

б) удалить спицу, вокруг которой ткани воспалены

в) обколоть зону воспаления раствором новокаина и антибиотиков,

проверить и скорригировать натяжение спиц в условиях поликлиники

г) направить больного в травматологическое отделение для стационарного лечения

103. У больного после открытого перелома диафиза большеберцовой кости, осложненного хроническим остеомиелитом концов отломков без видимых секвестров в течение года нет сращения. Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

а) операция экономной резекции концов отломков

с постоянным промыванием зоны воспаления антисептиками, скелетное вытяжение, гипсовая повязка

б) косая остеотомия малоберцовой кости (или поднадкостничная ее резекция),

лечение компрессионно-дистракционным методом по Илизарову

в) резекция зоны несращения с костной трансплантацией, иммобилизация гипсовой повязкой

г) внутрикостная антибиотикотерапия с длительной иммобилизацией "функциональной" бесподкладочной повяжой из поливика

104. У больного после внутрисуставного перелома верхнего конца большеберцовой кости признаки острого гонита. При пункции сустава получена мутная синовиальная жидкость с примесью крови. Какой вариант общего и местного лечения наиболее рационален?

а) консервативное общее противовоспалительное лечение (антибиотики), местно - холод, иммобилизация

б) пункции сустава с удалением выпота

и введением в сустав антибиотиков типа гентамицина, иммобилизация гипсом в) активное дренирование V с постоянным промыванием сустава антисептиками, при неэффективности - синовэктомия, при неэффективности - артродез

г) артродез по жизненным показаниям

д) лечение длительной иммобилизацией и иммуностимуляцией

105. У больного 18 лет обнаружен диспластический коксартроз II-III с подвывихом головки бедра, особенно выраженным при нагрузке на больную конечность. Гипоплазия вертлужной впадины выражена. Каков наиболее рациональный метод хирургического лечения?

а) формирование навеса вертлужной впадины по Кенигу, Гирголаву, Томасу

б) надвертлужная остеотомия таза по Кьяри

в) Подвертельная двойная вальгазирующе-медиализирующая остеотомия бедренной кости типа Шанца-Илизарова

г) подвертельная остеотомия по Мак-Маррею

106. У больного 56 лет односторонний первичный деформирующий артроз тазобедренного сустава IV степени. Противопоказаний к операции нет. Каков наилучший вариант лечения?

а) подвертельная остеотомия типа Шанца-Илизарова
б) операция Вента
в) операция абдуктотомии типа Фосса
г) эвдопротезирование
д) артродез

107. У больного, перенесшего 2 года назад перелом шейки таранной кости с вывихом ее тела, резко усилились боли в голеностопном суставе, особенно при ходьбе, вследствие чего он стал пользоваться палкой, а потом - костылями. Отмечается выраженный отек в области голеностопного сустава. Каков наиболее вероятный диагноз этого заболевания?

а) рецидив вывиха таранной кости
б) повторный перелом таранной кости
в) асептический некроз таранной кости и деформирующий артроз голеностопного и подтаранного суставов
г) разболтанность голеностопного сустава
д) синдром Зудека

108. В результате вялого паралича четырехглавой мышцы у больного 29 лет полностью отсутствует активное разгибание коленного сустава. Бедро имеет анатомическое укорочение на 5 см, и окружность его на 3-4 см меньше окружности здорового бедра. Какие ортопедические операции наиболее показаны этому больному?

а) замыкание коленного сустава
б) удлинение и утолщение бедра по Илизарову
в) пересадка сгибателей голени на надколенник
г) вначале удлинение и утолщение бедра по Илизарову,
потом пересадка сгибателей
д) вначале пересадка сгибателей, потом удлинение бедра

109. В результате акушерского паралича у больной 20 лет отмечается укорочение костей плеча и предплечья (плеча - 5 см, предплечье - 3 см), отсутствуют: активное отведение, передняя и задняя девиации в плечевом суставе. Какие из нижеперечисленных операций показаны и наиболее рациональны?

а) нейропластика плечевого сплетения
б) удлинение костей плеча и предплечья по Илизарову
в) тендомиотрансмиссия трапециввдной мышцы
г) тендомиотрансмиссия подлопаточной мышцы
д) удлинение сухожилия трапециввдной мышцы

110. У больного с остаточными явлениями детского церебрального паралича отмечаются выраженные сгибательно-приводящие контрактуры тазобедренных суставов и сгибательные контрактуры коленных и голеностопных суставов. Какие из перечисленных операций показаны этому больному?

а) пересадки сгибателей голени на место разгибателей
б) операция Штофеля
в) удлиннения ахилловых сухожилий
г) дезинсерции аддукторов
д) артродезы

111. Больная 23 лет страдает поперечным плоскостопием, сочетающимся с отведенными большими пальцами обеих стоп III степени. Какая из нижеперечисленных операций для нее наиболее целесообразна и физиологична?

а) операция Шеде
б) операция Брандеса
в) операция Кочева
г) операция Мак-Брида
д) операция Шеде-Брандесса

112. Больной 17 лет поступил в травматологическое отделение с признаками перелома верхней трети плечевой кости. Обследование показало, что это патологический перелом, обусловленный опухолью, рентгенологически, клинически и гистологически напоминающую остеогенную саркому. Отдаленных метастазов не выявлено. Какое из вмешательств наиболее целесообразно для данного пациента?

а) гипсовая повязка и симптоматическое лечение
б) межлопаточно-грудная ампутация плеча с протезированием верхней конечности
в) резекция опухоли с эндопротезированием проксимальной трети плечевой кости
г) биопсия, рентгене- и химиотерапия
д) регионарная лучевая и химиотерапия

113. К травматологу-ортопеду обратился больной 35 лет
с признаками остеобластокластомы нижнего метаэпифиза бедра с угрозой прорыва в сустав. Пункционная биопсия подтвердила этот диагноз. Какое вмешательство наиболее целесообразно?

а) ампутация бедра
б) резекция опухоли с костной пластикой
в) артродез после резекции опухоли и удлинения бедра

114. В течение 10 лет у больного прогрессируют сгибательные контрактуры пальцев на обеих кистях. В момент обращения к врачу пальцы правой кисти
практически не разгибаются. На левой кисти не разгибается указательный палец. Больной настаивает на его ампутации. Диагностируется контрактура Дюпюитрена обеих кистей. Какие операции показаны данному больному?

а) ампутация пальцев
б) удлинение сухожилий сгибателей
в) исправление контрактур дистракционными аппаратами
г) иссечение ладонных апоневрозов: справа полностью, слева частично и устранение контрактур
д) резекции пораженных суставов

115. Больной страдает ревматоидным артритом, особенно выражены боли, контрактура и деформация правого коленного сустава. Выражены признаки выпота в сустав. Наступать на правую ногу из-за ее неопороспособности и болей невозможно. Какие методы местного лечения наиболее целесообразны?

а) пункция сустава с введением гормонов
б) артродез
в) синовкапсулэктомия
г) иммобилизация гипсовой повязкой

116. У больного 49 лет на почве ревматоидного артрита произошло разрушение правого тазобедренного сустава, что подтверждено клинически и рентгенологически. Какая из перечисленных ниже операций ему показана?

а) артродез

б) артропластика
в) тотальное эндопротезирование
г) эндопротез однополюсный
д) подвертельная остеотомия по Мак-Маррею

117. У больного 16 лет клинические и рентгенологические признаки болезни Осгуд-Шлаттера. Длительное консервативное лечение неэффективно. Какая из перечисленных операций ему показана?
а) пересадка собственной связки надколенника
б) вентрализация надколенника по Банди
в) резекция некротической части бугристости большеберцовой кости и удаление ее свободных фрагментов
г) артродез

118. Отметьте закономерные элементы врожденной косолапости:
а) конская стопа
б) приведенная стопа
в) стопа, обращенная подошвенной поверхностью внутрь
г) стопа, обращенная подошвенной поверхностью кнаружи
д) пяточная стопа

119. После травмы мягких тканей в области пяточного бугра образовалась язва 3х4 см, которая не поддается заживлению: при неоднократных попытках свободной кожной пластики. Какая операция при этом наиболее целесообразна по длительности и меньшей вероятности осложнений?
а) по Филатову
б) по Тычинкиной
в) по Илизарову
г) мостоввдным кожно-подкожным лоскутом
д) икроножным кожно-мышечным лоскутом с осевым кровотоком

120. Проникающим называется повреждение позвоночника, сопровождающееся:
а) ранением твердой мозговой оболочки спинного мозга
б) повреждением спинного мозга
в) повреждением межпозвонкового диска

121. Оптимальные варианты лечения винтообразных переломов бедра в средней трети:
а) скелетное вытяжение
б) накостный остеосинтез
в) закрытая репозиция и гипс
г) открытый интрамедуллярный остеосинтез
д) чрескостный остеосинтез

122. Синдром длительного раздавливания (СДР) относится к группе повреждений мягких тканей, в основе которых лежит:
а) размозжение мягких тканей
б) полный длительный перерыв кровотока в них
в) длительная аноксия тканей
г) временное расстройство кровообращения в них
д) временная ишемия, связанная с их компрессией

123. Синдром длительного раздавливания обозначается в литературе и другими терминами. Какими?

а) краш-синдром
б) компрессионный синдром
в) компрессионный шок
г) турникетный шок
д) травматический токсикоз
е) гепато-ренальный синдром
ж) синдром позиционного Явления

127. Анкилозом называют:
а) ограничение нормальной амплитуды движения в суставе
б) незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
в) полную неподвижность в пораженном суставе
г) тугую подвижность в области ложного сустава

128. Нагрузка врача-ортопеда в поликлинике (травмпункте) в час составляет:
а) 3 человека
б) 7 человек
в) 10 человек
г) б человек

129. Нагрузка врача-травматолога в амбулаторно-поликлинических условиях на 1 час работы составляет:
а) 10 человек
б) б человек
в) 7 человек
г) 5 человек

130. На какой максимальный срок одномоментно может быть выдано освобождение от работы пострадавшему врачом поликлиники (травмпункта)?
а) на 1 день
б) на 3 дня
в) на 5 дней
г) на б дней
д) на 10 дней

131. Врачебно-экспертная комиссия (ВЭК) может:
а) закрыть любую из форм освобождения от работы
б) продлить больничный листок или справку ф. 094/у сроком более, чем 4 месяца с момента травмы (заболевания)
в) признать трудоспособным или по истечении 4 месяцев временной утраты трудоспособности определить больного на легкий труд сроком до б месяцев

132. Какой из перечисленных компонентов опорно-двигательной системы страдает при ревматоидном артрите преимущественно?
а) крупные суставы
б) мелкие суставы
в) крестцово-подвздошное сочленение
г) позвоночник
д) мышцы

133. Какой этиологический фактор при ревматоидном артрите имеет решающее значение?
а) острая инфекция

б) хроническая инфекция
в) травма
г) охлаждение
д) аутоиммунная агрессия

135. При ревматизме отмечается следующий характер поражения суставов:
а) боли локализуются в мелких суставах
б) постоянные боли в крупных суставах
в) боли в грудном отделе позвоночника.
г) боли носят "летучий характер" и локализуются преимущественно в крупных суставах
д) боли в крестцово-подвздошном сочленении

136. При деформирующем артрозе процесс начинается:
а) в субхондральном отделе кости
б) в хряще
в) в синовиальной оболочке
г) в месте прикрепления сухожилий и кости

137. При деформирующем артрозе страдают чаще:
а) мелкие суставы верхних конечностей
б) мелкие суставы нижних конечностей
в) крупные суставы верхних конечностей
г) крупные суставы нижних конечностей

138. Наименее характерным при деформирующем артрозе являются:
а) рентгенологические изменения
б) повышение СОЭ
в) боль при движении
г) контрактуры
д) хруст в суставах при движении

139. При гнойном артрите поражаются, как правило:
а) любые суставы
б) преимущественно крупные суставы
в) мелкие суставы
г) плечевой сустав
д) тазобедренный сустав

140. Гнойный артрит начинается и протекает:
а) хронически
б) остро
в) с ремиссиями
г) подостро с субфебрильной температурой

141. Какое из определений понятия «вывих» правильное ?
а) травма, сопровождающаяся укорочением анатомической и функциональной длины конечности
б) повреждение капсулы и связочного аппарата сустава
в) полное смещение суставных концов костей, - при котором утрачивается соприкосновение суставных поверхностей в области сочленения
г) неполное смещение суставных поверхностей концов костей
д) травма, при которой объем движений в суставе резко ограничен или невозможен

142. Какое из нижеперечисленных определений называется привычным вывихом?
а) вывих, связанный с разрушением суставной впадины
б) вывих в результате травмы
в) вывих, возникший второй раз в ближайший месяц после вправления первого вывиха
г) неоднократно повторяющийся вывих

143. Какие из перечисленных симптомов
характерны только для травматического вывиха плеча?
а) боли, патологическая подвижность в зоне повреждения
б) кровоизлияние в ткани надплечья
в) симптом пружинящей фиксации плеча
г) западение дельтовидной области при осмотре
д) отсутствие активных движений в суставе при сохранности пассивных
е) отсутствие активных и резкое ограничение пассивных движений сустава

144. Принципы вправления свежего травматического вывиха по Кохеру:
а) сопоставление элементов сустава путем одномоментной дистракции мышц, окружающих суставов
б) предварительное расслабление мышечного футляра вокруг сустава
с последующим вправлением вывиха
в) перемещение головки сустава путем повторения в обратном порядке ее смещений при вывихе
г) пальцевое введение головки сустава во впадину
д) растяжение головки и суставной впадины скелетным вытяжением

145. Контрактурой называют:
а) полную неподвижность в пораженном суставе
б) незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
в) наличие тугой подвижности в области ложного сустава
г) ограничение нормальной амплитуды движения в суставе

146. Клинически различают следующие контрактуры:
а) сгибательные, разгибательные
б) иммобилизационные
в) приводящие, отводящие, ротационные
г) ишемические
д) паралитические

147. В зависимости от локализации первичных патологических изменений контрактуры делят:
а) на дерматогенные, десмогенные, тендогенные
б) на послеожоговые
в) на миогеные и артрогенные
г) на неврогенные
д) на рефлекторные

148. Какие из перечисленных являются абсолютными признаками перелома?
а) локальная боль, припухлость, кровоподтек
б) деформация конечности и ее укорочение
в) костные отломки в ране
г) патологическая подвижность
д) костная крепитация

149. В зависимости от причин контрактуры принято делить:
а) на посттравматические, послеожоговые, иммобилизационные
б) на сгибательно-разгибательные
в) на артрогенные
г) на профессиональные
д) на неврогенные, рефлекторные, паралитические

150. Замедленной консолидация считается:
а) при отсутствии четких признаков сращения перелома через 4 месяца после репозиции и фиксации
б) при отсутствии четких признаков сращения, появлении костной мозоли на рентгенограмме только через 2 месяца после репозиции и фиксации
в) при наличии подвижности между отломками и склерозированных замыкательных пластинок на концах костных фрагментов при рентгенографии

151. Распознавание формирования ложного сустава базируется на основании:
а) рентгенологических признаков вне зависимости от срока с момента перелома б) клинико-рентгенологических признаков, если прошли двойные сроки средней продолжительности образования костной мозоли для конкретной кости
в) отсутствия четких признаков сращения перелома через 4 месяца после репозиции и фиксации

152. Какой способ завершения первичной хирургической обработки огнестрельной раны наиболее обоснован и эффективен?
а) первичные глухие швы
б) отказ от первичных швов, дренирование раны
в) вторичные швы
г) отсроченные первичные швы с дренированием раны

153. В каком месте по ходу раневого канала при огнестрельных повреждениях бывают наибольшие разрушения тканей?
а) у входного отверстия
б) у выходного отверстия
в) в середине раневого канала
г) в полостных органах
д) в подкожной клетчатке

154. Какое из перечисленных изменений в тканях
является характерным только для огнестрельных повреждений?
а) входное отверстие
б) выходное отверстие
в) первичный некроз
г) молекулярное сотрясение тканей
д) загрязнение тканей
е) раневая инфекция

155. Какое из перечисленных мероприятий является наиболее эффективным в лечении огнестрельной раны?
а) туалет
б) асептическая повязка
в) обкалывание области раны антибиотиками

г) первичная хирургическая обработка
д) удаление из раны инородного тела

156. Какому из перечисленных способов фиксации перелома следует отдать предпочтение при осложнении раневой инфекции?
а) фиксация окончатой (мостовидной) гипсовой повязкой
б) погружной металоостеосинтез
в) накостный металоостеосинтез
г) скелетное вытяжение
д) внеочаговый чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез

158. Плоская спина характеризуется:
а) уплощением изгиба в грудном отделе позвоночника
б) уплощением изгиба в поясничном отделе позвоночника
в) уплощением изгибов в поясничном и грудном отделе позвоночника
г) слабость мышц туловища

159. Осанка - это:

а) привычное положение тела при стоянии, выпрямлении позвоночника
б) удержание тела в строго вертикальном положении
в) привычное положение тела при стоянии, ходьбе и сидении
г) положение тела при сидении

160. Гиперлордоз характеризуется:
а) избыточным изгибом позвоночника вперед на всех уровнях
б) избыточным искривлением позвоночника назад в области шеи и поясницы ly в) избыточным изгибом позвоночника вперед в области шеи и поясницы, грудной отдел выгибается назад
г) уплощение изгиба в грудном отделе позвоночника

161. Какие из перечисленных компонентов помощи пострадавшему необходимы на догоспитальном этапе при закрытых изолированных переломах длинных костей?
а) обезболивание
б) охлаждение конечности
в) введение антибиотика, противостолбнячной сыворотки
г) транспортная иммобилизация
д) транспортировка в лечебное учреждение

163. Среди грудных сколиозов преобладают:
а) правосторонние
б) левосторонние
в) одинаково часто лево и правосторонние

164. Скелетное вытяжение противопоказано:
а) при закрытых и открытых переломах без обширных разрушений мягких тканей
б) при переломах с разрывом мышц-антагонистов
в) при многооскольчатых множественных переломах
г) при психозе и некритическом поведении больного
д) при жировой эмболии

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

001 -в	034-6	067 - в,гд	100-в	133-д
002 - г	035 - в,г	068 - в,г,д	101 -6	134-в
003 -б	036-6	069-а	102-в	135-г
004-6	037 - б,г.д	070-д	103 -6	136-6
005-в	038-в	071-в	104-в	137-г
006-а	039-д	072-г	105 - б,в	138-6
007-а	040-6	073-а	106-г	139-а
008-6	041 -а	074 - б,в	107 –г	140-6
009 -б,в	042-6	075 - а,в,д	108-г	141 -в
010-а	043 - б,в	076-6	109 - б,в	142-г
Oil - в,г,д	044-г	077-г	110-б,в,г	143 -в
012 - б	045-в	078-а	111 –г	144-в
013-6	046 - в,г,д	079-г	112-б,в	145-г
014-в	047-6	080 - а,б	^ 113-6	146 - а,в
015 - а,в	048-а	081 -6	114-г	147 - а,в
016-а	049-6	082 - г	115-в	148 - в,гл
017 - а,в,г	050-г	083-а	116-в	149 - а,г,д
018-а	051 -а	084-а	117-в	150-6
019-6	052-6	085-г	118-а,б,в	151 -6
020-в	053-6	086-в	119-а,в,д	152-г
021 -в	054-а	087-6	120-в	153-6
022-6	055-а	088 - 6,8	121 –в	154-г
023-а	056-в	089-6	122 - г,д	155-г
024-6	057-г	090-а	123 а,б,д,е,ж	- 156-д
025 - в,г	058-6	091 -6	124-в	157 - в,г
026-а	059 - а,б	092 - в	125-д	158 - в,г
027 - в,г	060-а	093-в	126 - а,г,д	159-в
028 - б,в,д	061 –в	094-в	127-в	160-в
029-6	062-6	095-а	128-г	161 - а,г,д
030-в	063-6	096-д	129-в	162-а
031 -в	064 - б,в	097 - а,б,в	130-д	163 -а
032-а	065-в	098-а	131 - а,в	164 - б,гд
033-а	Обб-а	099-6	132-6	

Вопросы для собеседования на экзамене по завершению цикла.

1. Измерение длины нижних конечностей. Понятие относительного, абсолютного, ортопедического укорочения.
2. Измерение длины верхних конечностей. Понятие относительного, абсолютного, ортопедического укорочения.
3. Измерение длины нижних конечностей. Понятие относительного, абсолютного, ортопедического укорочения.
4. Особенности заполнения истории болезни больного травматологического профиля.
5. Особенности заполнения истории болезни больного ортопедического профиля.
6. Описание локального статуса при скелетной травме
7. Описание локального статуса при сочетанной травме
8. Описание локального статуса при повреждениях кисти.
9. Описание локального статуса при остеоартрозах крупных суставов.
10. Методика одномоментной закрытой репозиции переломов костей конечностей: технология, показания, противопоказания.
11. Методики закрытого вправления травматических вывихов в крупных суставах.
12. Метод лечения переломов гипсовыми повязками: технология, показания, противопоказания.
13. Метод лечения переломов скелетным вытяжением: технология, показания, противопоказания.
14. Малоинвазивные технологии остеосинтеза костей конечностей: показания, противопоказания, техника вмешательств, ошибки и осложнения.
15. Принципы ПХО раны, этапы выполнения.
16. Метод Чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова, показания, противопоказания, технология методики.
17. Методика ЧКО при переломе голени, бедра, плеча, предплечья, таза.
18. Методика закрытого интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза бедра (показания, противопоказания, предоперационная подготовка, технология остеосинтеза, послеоперационное ведение).
19. Классификация открытых переломов костей конечностей по Каплану.
20. Классификация AO/ASIF в модификации Мюллера.
21. Шкала комы Глазго.
22. Переломы костей таза, классификация AO/ASIF в модификации Мюллера, диагностика, лечение.
23. Рентгенологическая диагностика повреждений таза, особенности укладок.
24. Особенности диагностики и лечения переломов передней колонны.
25. Особенности диагностики и лечения переломов задней колонны.
26. Переломы плечевой кости, классификация AO/ASIF в модификации Мюллера, диагностика, методы лечения, фиксаторы для остеосинтеза.
27. Переломы костей голени, классификация AO/ASIF в модификации Мюллера, диагностика, особенности репозиции, лечение.
28. Классификация переломов проксимального отдела бедренной кости, показания к остеосинтезу, эндопротезированию. Выбор фиксатора для остеосинтеза.
29. Переломы проксимального отдела бедренной кости. Классификации Пауэлса, Гардена. Особенности диагностики и лечения.
30. Переломы проксимального отдела плечевой кости, классификация, особенности лечения.
31. Метод бесцементного эндопротезирования тазобедренного сустава: технология, показания, противопоказания.
32. Особенности ведения больных после эндопротезирования тазобедренного сустава.
33. Осложнения эндопротезирования и методы профилактики.

34. Метод двойного санационного эндопротезирования при гнойных осложнениях.
35. Метод цементного эндопротезирования тазобедренного сустава: технология, показания, противопоказания.
36. Метод эндопротезирования коленного сустава: технология, показания, противопоказания.
37. Ревизионное эндопротезирование, технология, технические особенности, показания.
38. Немедикаментозные и медикаментозные методы профилактики тромбоэмболии.
39. Переломы ключицы, повреждение ключично-акромиального сочленения. Диагностика, методы лечения, фиксаторы для остеосинтеза.
40. Переломы костей предплечья, диагностика, особенности репозиции, лечение.
41. Вывихи плечевого и локтевого суставов. Методики вправления.
42. Операция Б.С. Розенштейна: показания, методика выполнения.
43. Вывихи тазобедренного сустава. Методики вправления
44. Особенности лечения и реабилитации больных с внутрисуставными поражениями.
45. Внутрисуставные повреждения коленного сустава, артроскопические методики лечения.
46. Околосуставные и внутрисуставные переломы локтевого сустава, классификации, диагностика, особенности репозиции, лечение.
47. Околосуставные и внутрисуставные переломы дистального эпиметафиза лучевой кости, классификации, диагностика, особенности репозиции, лечение.
48. ЧМТ, классификация, диагностика.
49. Повреждения сухожилий кисти.
50. Переломы костей кисти.
51. Переломы костей стопы.
52. Переломы пяточной кости, диагностика, биомеханические и рентгенометрические характеристики.
53. Повреждения позвоночника, вывихи и переломо-вывихи шейного отдела.
54. Особенности диагностики и лечения переломов грудного отдела позвоночника.
55. Особенности диагностики и лечения переломов поясничного отдела позвоночника.
56. Врожденный вывих бедра.
57. Болезнь Леге –Кальве-Пертеса.
58. Юношеский эпифизеолиз головки бедра.
59. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости.
60. Синдром карпального канала.
61. Болезнь Кенига.
62. Остеомиелит.
63. Ложные суставы, псевдоартрозы.
64. Репаративная регенерация костной ткани.
65. Термическая травма. Ожоги и отморожения. Современные методики лечения.
66. Травматическая болезнь.
67. Травматический шок.
68. Синдром длительного сдавления.
69. Сочетанная и множественная травма, политравма. Определение понятий, классификации.
70. Алгоритм диагностики и лечения больных с политравмой в условиях приемного покоя городской больницы.
71. Показания к торакотомии? Техника установки плеврального дренажа при гемотораксе?
72. Диагностика ушиба сердца. Клиническая картина, особенности ЭКГ. биохимического анализа крови.
73. Порядок ПХО раны груди. Техника установки плеврального дренажа при пневмотораксе? Признаки ушиба сердца, методы лечения.
74. Пострадавший поступает в тяжелом состоянии с АД 70\40, пульс нитевидный, кожные покровы бледные, имеется рана до 2 см в 4 межреберье справа по парастернальной линии. Объем диагностических мероприятий? Тактика?

75. Пострадавший 30 лет после автодорожной травмы, получил сильный удар рулем в грудь. АД 80\60, брадикардия, нарушение ритма, боли в грудной клетке. Диагноз? Тактика?
76. У пострадавшего в 6 межреберье слева по передней подмышечной линии имеется рана до 4 см длиной, из которой со свистом выходит воздух. Диагноз, тактика?
77. В правом половине грудной клетки в 8 межреберье по лопаточной линии имеется рана до 2см, вокруг раны подкожная эмфизема. Поставьте диагноз согласно классификации?
78. Пострадавший поступил с АД 80\50, с раной в 3 межреберье слева по среднеключичной линии, имеется вздутие шейных вен, глухие тоны сердца. Ваш диагноз, тактика?
79. У мужчины рана в 5 межреберье слева по среднеключичной линии, из раны торчит нож. Выши действия?
80. Пострадавший после автодорожной травмы жалуется на боли в левой половине груди, перкуторно тимпанит, аускультативно дыхание слева резко ослаблено, межреберные промежутки слева сглажены. Ваш диагноз, тактика?
81. Женщина упала на правый бок. Появились сильные боли в груди, кашель с примесью крови, одышка. На рентгенограмме в проекции средней доли определяется участок затемнения. Диагноз, лечение?
82. После ПХО раны грудной стенки появилась выраженная подкожная эмфизема в проекции раны при дыхании. Причина?
83. У больного поставлен дренаж во 2 межреберье слева, но воздух не выделяется. На контрольной рентгенограмме сохраняется пневмоторакс. Почему дренаж не функционирует?
84. Гемоторакс: определение понятия, классификация, клиника, диагностика, лечение. Как отличить по выделению крови из дренажа остановилось кровотечение или нет?
85. Пневмоторакс: определение понятия, классификация, клиника, диагностика, лечение. Техника ушивания открытого пневмоторакса. Клиника открытого пневмоторакса.

Вопросы для экзамена специальность «Травматология и ортопедия».

Вопрос_1_Общая травматология и ортопедия

1. Переломы костей. Абсолютные и относительные признаки перелома. Классификация переломов по AO/ASIF.
2. Репаративный остеогенез: определение понятия, фазы костного сращения, варианты консолидации костных отломков при консервативном лечении в гипсе и при металлоостеосинтезе.
3. Вывихи: определение понятия, классификация, основные принципы лечения. Возможные осложнения и методы их коррекции.
4. Раны. Определение понятия, классификация. Основные принципы лечения ран. ПХО раны, этапы выполнения.
5. Ожоги. Определение понятия, классификация. Современные принципы лечения термической травмы.
6. Открытые переломы костей конечностей: классификация по Каплану-Марковой, тактика ведения в условии приемного отделения городской больницы.
7. Сочетанная и множественная травма, политравма. Определение понятий, классификации.
8. Венозный тромбоэмболизм. Определение понятий, методы медикаментозной и немедикоментозной профилактики ТЭЛА.
9. Алгоритм обследование больных ортопедотравматологического профиля. Измерение длины конечностей. Понятие относительного, абсолютного, ортопедического укорочения.
10. Алгоритм диагностики и лечения больных с политравмой в условиях приемного покоя городской больницы.

11. Инструментальные методы обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы.
12. Метод ДРУ (ЧКДО в сокращенном объеме): показания, противопоказания.
13. Метод скелетного вытяжения: технология, показания, противопоказания.
14. Метод ЧКДО аппаратом Илизарова: показания, технология, особенности ведения больных.
15. Погружной металлоостеосинтез: классификация фиксаторов, показания к применению. Достоинства и недостатки метода. Современные пластины LCP и LISS.
16. Метод ЗИМО: показания к применению. Достоинства и недостатки метода.
17. Особенности лечения скелетной травмы у детей.
18. Особенности диагностики и лечения внутрисуставных переломов. Показания и варианты оперативного лечения.
19. Структура травматологической службы России и Свердловской области.
20. Хирургическая анатомия верхней конечности, проекции основных сосудисто-нервных образований. Оперативные доступы к плечевому, локтевому суставу, точки при проведении пункции суставов.
21. Хирургическая анатомия нижней конечности, проекции основных сосудисто-нервных образований. Оперативные доступы к тазобедренному и коленному суставам, точки при проведении пункции суставов.
22. Эндопротезирование тазобедренного сустава, показания и противопоказания. Технология операции.
23. Малоинвазивные технологии остеосинтеза костей конечностей.
24. Осложнения эндопротезирования и методы их коррекции. Метод двойного санационного эндопротезирования при гнойных осложнениях.

Вопрос_2_Частная травматология

1. Переломы костей пояса верхней конечности, классификация. Оптимальные методы остеосинтеза переломов ключицы.
2. Переломы проксимального отдела плечевой кости, классификация, особенности лечения. Варианты остеосинтеза переломов проксимального эпиметафиза плечевой кости.
3. Диафизарные переломы плечевой кости, классификация, варианты остеосинтеза.
4. Переломы дистального отдела плечевой кости. Классификация, варианты остеосинтеза.
5. Переломы проксимального отдела предплечья. Классификация, варианты остеосинтеза. Эндопротезирование головки лучевой кости, показания.
6. Диафизарные переломы костей предплечья, классификация, варианты остеосинтеза.
7. Переломы дистального эпиметафиза лучевой кости, классификации, диагностика, особенности репозиции. Показания к оперативному лечению. Варианты остеосинтеза.
8. Переломы костей таза. Классификация. Тактика ведения больного с переломами костей таза в приемном отделении городского стационара.
9. Оперативное лечение переломов костей таза. Показания. Варианты остеосинтеза. Ведение больного в послеоперационном периоде.
10. Переломы проксимального отдела бедренной кости, классификации. Методы консервативного лечения, показания, возможные осложнения и их коррекция.
11. Классификация переломов проксимального отдела бедренной кости, показания к остеосинтезу, эндопротезированию. Выбор фиксатора для остеосинтеза.
12. Диафизарные переломы бедренной кости, классификация, варианты остеосинтеза.

13. Внутри- и околосуставные переломы костей, образующих коленный сустав. Диагностика. Классификация переломов. Консервативное лечение, показания и технология. Осложнения и методы их коррекции.
14. Переломы надколенника, классификация, варианты остеосинтеза.
15. Переломы проксимального отдела большеберцовой кости, классификация, показания к оперативному лечению. Варианты остеосинтеза.
16. Диафизарные переломы большеберцовой кости, классификация, варианты остеосинтеза.
17. Переломы дистального отдела костей голени, классификация. Показания к консервативному лечению, особенности закрытой ручной репозиции. Сроки гипсовой иммобилизации.
18. Оперативное лечение переломов лодыжек, показания. Варианты накостного остеосинтеза.
19. Переломы пяточной кости, классификация. Диагностика, методы лечения. Показания к оперативному лечению, варианты остеосинтеза.
20. Переломы костей предплюсны, классификация, методы лечения. Показания к оперативному лечению переломов таранной кости, варианты остеосинтеза. Прогноз.
21. Переломы позвоночника. Классификация и диагностика, осложнения и методы их коррекции. Понятие позвоночно-спинномозговой травмы, тактика ведения больного в приемном отделении городского стационара.
22. Особенности диагностики и лечения переломов грудного и поясничного отдела позвоночника. Показания к консервативному и хирургическому методам лечения. Варианты оперативного лечения.
23. Особенности диагностики и лечения повреждений шейного отдела позвоночника.
24. Повреждение акромиально-ключичного сустава, классификация, диагностика, варианты лечения.
25. Повреждение мягкотканых структур коленного сустава (суставно-связочный аппарат, мениски, сухожилия). Классификация, диагностика, основные принципы лечения. Показания к артроскопии при повреждении суставно-связочного аппарата.

Вопрос_3_Частная ортопедия, нейротравматология, абдоминальная и торакальная травма, хирургия кисти.

1. Болезнь Легг –Кальве-Пертеса.
2. Врожденный вывих бедра.
3. Юношеский эпифизеолиз головки бедра.
4. Деформирующий коксартроз: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение.
5. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуд-Шлаттера), рассекающий хондрит коленного сустава (болезнь Кенига) - диагностика, принципы лечения.
6. Деформирующий остеоартроз коленного сустава - гонартроз: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение.
7. Повреждения сухожилий разгибателей пальцев кисти. Диагностика, лечение.
8. Переломы костей кисти. Классификация, диагностика и основные принципы лечения.
9. Повреждения сухожилий сгибателей пальцев кисти. Диагностика, лечение.

10. Опухоли костей и суставов: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение.
11. Нарушение репарации костной ткани: псевдоартрозы, несросшиеся переломы, замедленная консолидация: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение.
12. Синдром позиционного сдавления. Клиника, диагностика и основные принципы лечения.
13. Травмы груди. Классификация, диагностика, основные принципы лечения.
14. Переломы ребер. Классификация, диагностика, основные принципы лечения. Профилактика осложнений.
15. Гемоторакс: определение понятия, классификация, клиника, диагностика, лечение.
16. Травмы живота. Классификация, диагностика, основные принципы лечения.
17. Операция Б.С. Розенштейна: показания, методика выполнения.
18. Описать локальный статус при правостороннем коксартрозе III стадии.
19. Особенности ПХО ран кисти.
20. Описание локального статуса при повреждениях сухожилий кисти.
21. Черепно-мозговая травма (ЧМТ). Диагностика. Классификация. Клинические признаки сдавления головного мозга. Определение показаний к экстренному оперативному вмешательству при ЧМТ.
22. Патологические и сенильные переломы. Диагностика, пути профилактики и лечение.
23. Остеопороз. Определение понятия, классификация, методы диагностики и основные принципы лечения. Современные антирезорбтивные препараты.
24. Травматический шок, определение понятия, классификация основные принципы лечения.

Ситуационные задачи

Задача №1.

Больная Л, 69 лет. Травма бытовая. Выходя из квартиры, споткнулась о порог, упала с упором на разогнутую кисть. Обратилась в травмпункт по месту жительства, где выполнены рентгенограммы (рентген №1), после чего проведена закрытая ручная репозиция перелома с последующей гипсовой фиксацией задней лонгетой от пальцев кисти до верхней трети предплечья (рентген №2).

1. Оценка характера перелома по первичным рентгенограммам; ваша оценка проведенной репозиции перелома;
2. Учитывая условия задачи, предложите возможные варианты дальнейшего лечения больной.

Задача №2.

Больной П., 69 лет. Травма автодорожная, пешеход, был сбит автомобилем. Доставлен бригадой СМП в приемное отделение. Проведено клинико-рентгенологическое исследование.

1. Оценка характера перелома по первичным рентгенограммам и КТ;
2. Ваша тактика ведения больного в приемном покое (сопутствующей травматической патологии не выявлено);
3. Учитывая условия задачи, предложите возможные варианты дальнейшего лечения больного.

Задача №3.

Больной К., 1985 г.р. Травма автодорожная, был сбит автомобилем. Бригадой СМП доставлен в приемный покой. Проведено рентгенологическое исследование (обзорная рентгенограмма таза). По катетеру мочу вывести не удалось. В ОАК - Hb 98 г/л, Эр – 2,8 Г/л.
Ваша тактика ведения больного в условиях приемного покоя.

Задача №4

Больной С., 1969 г.р. Травма производственная. Маляр, упал со стремянки с высоты 2х метров. Бригадой СМП доставлен в приемный покой. Проведено клинико-рентгенологическое исследование.

1. Оценка характера перелома по первичным рентгенограммам;
2. Учитывая условия задачи, предложите возможные варианты дальнейшего лечения больного.

Задача №5

Больной С., 1954 г.р. Травма бытовая. Катался на лыжах, потерял равновесие, упал на подвернутую ногу. Бригадой СМП доставлен в приемный покой. Проведено клинико-рентгенологическое исследование.

1. Оценка характера перелома по первичным рентгенограммам;
2. Учитывая условия задачи, предложите возможные варианты дальнейшего лечения больного.

Задача №6

Больной И., 1971 г.р. Травма бытовая. Упал с крыши садового дома (высота около 3х метров). Бригадой СМП доставлен в приемный покой. Проведено клинико-рентгенологическое исследование.

1. Оценка характера перелома по первичным рентгенограммам;
2. Учитывая условия задачи, предложите возможные варианты дальнейшего лечения больного.

Задача №7

Больная Ш., 1956 г.р. Травма бытовая. Была сбита автомобилем. Бригадой СМП доставлена в приемный покой. Проведено клинико-рентгенологическое исследование.

1. Оценка характера перелома по первичным рентгенограммам;
2. Учитывая условия задачи, предложите возможные варианты дальнейшего лечения больного.

Задача №8

Больной Н., 31 года, упал с балкона четвертого этажа. Состояние крайне тяжелое, адинамичен, выраженная бледность кожных покровов, пульс 120 в 1 минуту, кровяное давление 65/40 мм. рт. ст., живот умеренно напряжен, при пальпации болезнен в нижних отделах. Пальпация и сдавление таза с боков болезненные. На рентгенограмме костей таза определяется перелом лонных и седалищных костей по типу «бабочки» (с нарушением непрерывности тазового кольца).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза
3. Составьте план обследования и лечения.

Задача №9

Больной М., 39 лет получил производственную травму — на левое бедро упал металлический шкаф. Доставлен с места происшествия в клинику через 40 мин. При поступлении состояние тяжелое, в сознании, бледен. На левом бедре повязка, обильно промокшая кровью. Движения пальцами и стопой левой конечности отсутствуют, чувствительность снижена в дистальных отделах. Стопа поврежденной конечности холоднее здоровой. Соответственно отсутствует пульсация задней и передней большеберцовой артерий. На бедре определяется обширный кровоподтек, бедро толще правого на 7 см. На коже левого бедра множество ссадин и две раны, одна по передне-внутренней поверхности, другая с задней, размером 4х3 см. Из ран выделяется темная кровь. Под кожей с передневнутренней поверхности определяется дефект мышц. В средне трети бедра патологическая подвижность, где на рентгенограммах определяется оскольчатый перелом бедренной кости. Пульсация бедренной артерии определяется только выше перелома.

1.Поставьте диагноз.
2.Укажите возможные причины ишемии дистального отдела конечности
3.Составьте план обследования.
4.Составьте план лечения.

Задача №10

Мужчина Н, 77 лет, упал на левый бок. Почувствовал резкую боль в области левого тазобедренного сустава. Встать самостоятельно не смог из-за усиления болей и нарушения опорности конечности. Выраженная припухлость по наружной поверхности тазобедренного сустава, значительная наружная ротация конечности (стопа лежит на горизонтальной плоскости). Положительные симптомы болезненности при осевой нагрузке и «прилипшей пятки». Анатомического укорочения нет, относительное укорочение 4 см. Вызвал бригаду СМП, которой поставлен диагноз «ушиб левого бедра». Лечился консервативно дома. Через 3 месяца на рентгенограмме левого тазобедренного сустава определяется_____

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Обоснуйте лечебную тактику у данного больного.