

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Городская клиническая больница имени В.П. Демихова Департамента
здравоохранения города Москвы»**

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач
ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демихова ДЗМ»
Аракелов Сергей Эрнестович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

выпускников основной профессиональной образовательной программы
высшего образования - программы подготовки кадров высшей
квалификации в ординатуре по специальности
31.08.66 Травматология и ортопедия

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»

Базовая часть - трудоемкость 3 зачетных единицы (108 академических часов)

Москва
2026

Содержание

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
II. ТРЕБОВАНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.....	4
III. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ	8
Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации	8
Перечень контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку выпускника:.....	40
Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку выпускника:	46
Пример формирования билета для итогового собеседования	55
IV. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА.....	56
4.1. Критерии оценки при междисциплинарном тестировании:	56
4.2. Критерии оценки ответов обучающихся при собеседовании:.....	56
4.3. Критерии уровней подготовленности к решению профессиональных задач:	57
V. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	58
Основная литература:	58
Дополнительная литература:.....	58
Перечень лицензионного программного обеспечения	60
VI. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	62

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия разработана на основании:

- Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

- Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1109 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия»;

- Приказа Минобрнауки России от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте России 04.2016 № 41754);

- Устава ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова ДЗМ»;

- локальных нормативных актов, регулирующих организацию и проведение государственной итоговой аттестации.

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы - Блок 3. Государственная итоговая аттестация - и завершается присвоением квалификации врач-травматолог-ортопед.

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия составляет 3 зачетных единицы: подготовка к государственному экзамену и государственная итоговая аттестация в форме государственного экзамена.

Целью государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия является установление уровня подготовки выпускников к решению профессиональных задач и соответствия их подготовки требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка степени готовности выпускника к решению профессиональных задач;

- принятие решения о присвоении выпускнику квалификации по результатам государственной итоговой аттестации и выдаче ему документа о высшем образовании.

II. ТРЕБОВАНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-травматолога-ортопеда в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план программы ординатуры по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия.

Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается документ об образовании и о квалификации, подтверждающий получение высшего образования по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из организации с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации.

Лицо, не прошедшее государственную итоговую аттестацию, может повторно пройти государственную итоговую аттестацию не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения государственной итоговой аттестации, которая не пройдена обучающимся.

Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению восстанавливается в организации на период времени, установленный организацией, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для государственной итоговой аттестации по соответствующей образовательной программе.

Для обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальные особенности).

Для проведения государственной итоговой аттестации в ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова ДЗМ» создаются государственные экзаменационные комиссии,

которые состоят из председателя, секретаря и членов комиссии.

Для проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации в ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова ДЗМ» создаются апелляционные комиссии, которые состоят из председателя и членов комиссии.

Государственная экзаменационная и апелляционная комиссии (далее вместе - комиссии) действуют в течение календарного года.

ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова ДЗМ» самостоятельно устанавливает регламенты работы комиссий.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова ДЗМ» утверждает составы комиссий не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова ДЗМ», и имеющий ученую степень доктора наук (в том числе ученую степень, полученную в иностранном государстве и признаваемую в Российской Федерации) и (или) ученое звание профессора соответствующей области профессиональной деятельности, либо представителей органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

Председателем апелляционной комиссии является руководитель организации (лицо, исполняющее его обязанности, или лицо, уполномоченное руководителем организации, - на основании распорядительного акта организации).

Председатели комиссий организуют и контролируют деятельность комиссий, обеспечивают единство требований, предъявляемых к обучающимся при проведении государственной итоговой аттестации.

Государственная экзаменационная комиссия состоит не менее чем из 5 человек, из которых не менее 50 процентов являются ведущими специалистами - представителями работодателей и (или) их объединений в соответствующей области профессиональной деятельности (далее - специалисты) и (или) представителями органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные - лицами, относящимися к профессорско-преподавательскому составу данной организации, и (или) иных организаций и (или) научными работниками данной организации и (или) иных организаций, имеющими ученое звание и (или) ученую степень и (или) имеющими государственное почетное звание (Российской Федерации, СССР, РСФСР и иных республик, входивших в состав СССР), и (или) лицами, являющимися лауреатами государственных премий в соответствующей области.

В состав апелляционной комиссии включаются не менее 4 человек из числа педагогических работников, относящихся к профессорско-преподавательскому составу, и (или) научных работников данной организации, которые не входят в

состав государственных экзаменационных комиссий.

На период проведения государственной итоговой аттестации для обеспечения работы государственной экзаменационной комиссии из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации, научных работников или административных работников организации, председателем государственной экзаменационной комиссии назначается ее секретарь. Секретарь государственной экзаменационной комиссии не является ее членом. Секретарь государственной экзаменационной комиссии ведет протоколы ее заседаний, представляет необходимые материалы в апелляционную комиссию.

Основной формой деятельности комиссий являются заседания. Заседание комиссий правомочно, если в нем участвуют не менее двух третей состава соответствующей комиссии.

Заседания комиссий проводятся председателями комиссий.

Решения комиссий принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссий и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

Решения, принятые комиссиями, оформляются протоколами.

В протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания отражаются перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания государственной экзаменационной комиссии также подписывается секретарем государственной экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве организации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственный экзамен проводится по утвержденной организацией программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее - предэкзаменационная консультация).

Не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова ДЗМ» утверждает распорядительным актом расписание государственных аттестационных испытаний (далее - расписание), в котором указываются даты,

время и место проведения государственных аттестационных испытаний и предэкзаменационных консультаций, и доводит расписание до сведения обучающегося, членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

Порядок апелляции.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на

результат государственного аттестационного испытания.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

III. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

- 1) междисциплинарного тестирования;
- 2) устного собеседования по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированноеTM у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации - врач-травматолог- ортопед.

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими *универсальными* компетенциями:

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

- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать *профессиональными компетенциями*:

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

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

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

I этап. Междисциплинарное тестирование

Междисциплинарное тестирование осуществляется по утвержденным оценочным материалам, разработанным в соответствии с паспортом компетенций обучающихся по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия и размещенным на сайте ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова ДЗМ». Индивидуальное тестирование обучающегося включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры

Инструкция: выберите один правильный ответ:

- 1 В универсальной классификации переломов (УКП) буквами А, В и С обозначают:**
 - А. Кость
 - В. Сегмент кости
 - С. Тип перелома
 - Д. Степень смещения костных отломков
 - Е. Наличие и характер сопутствующих осложнений
- 2 Варусная деформация - это:**
 - А. Искривление оси конечности кнаружи
 - В. Искривление оси конечности кнутри
 - С. Искривление оси конечности кпереди
 - Д. Искривление оси конечности кзади
 - Е. Это состояние не связано с изменением оси конечности
- 3 При вывихе акромиального конца ключицы возможным методом лечения является:**
 - А. Оперативное лечение;
 - В. Повязка - "португез"
 - С. 8-образная повязка
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 4 Повреждением ротаторной манжеты плеча называют:**
 - А. Разрыв сухожилий надлопаточной, малой круглой, подостной и надостной мышц

- В. Отрыв хрящевой губы с капсульно-связочным комплексом от переднего края суставного отростка лопатки
- С. Разрыв дельтовидной мышцы и сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча
- Д. Разрыв капсулы сустава с формированием ее значительного дефекта, провоцирующего рецидивы вывиха
- Е. Отрыв большого бугорка плечевой кости с прикрепляющимися к нему сухожилиями
- 5 **После вправления вывиха плеча ватно-марлевый валик, уложенный в подмышечную впадину:**
- А. Уменьшает болевой синдром, так как усиливает иммобилизацию
- В. Препятствует развитию контрактуры плечевого сустава, так как уменьшает вероятность скопления гематомы в кармане Ридера
- С. Предотвращает рецидив вывиха, так как препятствует смещению головки плечевой кости в подмышечную ямку
- Д. Препятствует формированию опрелостей, так как впитывает влагу
- Е. Валик противопоказан, так как давит на подмышечное сплетение и может вызвать плексит
- 6 **Для вколоченного перелома шейки плечевой кости характерно:**
- А. Болезненность при осевой нагрузке
- В. Отсутствие костной крепитации
- С. Невозможность движений в плечевом суставе
- Д. Только варианты А и В
- Е. Варианты А, В и С
- 7 **При закрытом оскольчатом переломе плечевой кости в средней трети оптимальным методом лечения является:**
- А. Оперативное лечение (остеосинтез);
- В. Скелетное вытяжение за локтевой отросток;
- С. Фиксация гипсовой повязкой типа Дезо;
- Д. Фиксация торако-брахиальной повязкой;
- Е. Функциональное лечение.
- 8 **Переломом предплечья типа Мантеджи называют:**
- А. Перелом локтевой кости в верхней трети и дистального метаэпифиза лучевой кости
- В. Перелом лучевой кости в верхней трети и перелом шейки или головки локтевой кости
- С. Перелом диафиза локтевой кости с вывихом головки лучевой кости
- Д. Перелом диафиза лучевой кости с вывихом головки локтевой кости
- Е. Перелом локтевого отростка и перелом диафиза лучевой кости
- 9 **При переломе локтевого отростка со смещением невозможны активные движения предплечья:**
- А. Сгибание
- В. Разгибание
- С. Пронация
- Д. Супинация
- Е. Возможны все активные движения предплечья

- 10 **Какое положение кисти отмечается при поражении срединного нерва?**
А. «Висящая» кисть
В. Писчий спазм
С. «Обезьянья лапа»
Д. «Когтистая лапа»
Е. «Медвежья лапа»
- 11 **При закрытом переломе диафиза бедра непосредственную опасность представляет:**
А. Развитие тромбоэмболии легочной артерии
В. Значительная кровопотеря
С. Выраженный болевой синдром Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 12 **Приведение и внутренняя ротация бедра характерны для вывиха бедренной кости:**
А. Подвздошного и лонного
В. Подвздошного и седалищного
С. Лонного и седалищного Д. Лонного и запирающего
Е. Седалищного и запирающего
- 13 **При диагностике перелома шейки бедренной кости определяют:**
А. Линию Маркса
В. Линию Шумахера
С. Треугольник Гютера Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 14 **В лечении пациентов пожилого и старческого возраста с трансцервикальным переломом шейки бедра методом выбора является:**
А. Метод ранней мобилизации - с первых дней вставать и ходить с помощью ходунков на фоне адекватного обезболивания
В. Постельный режим до 1,5 мес с деротационным гипсовым сапожком и валиком в подколенной области
С. Лечение на скелетном вытяжении до 1,5 месяцев с последующей активизацией
Д. Возможно более ранняя операция - остеосинтез или первичное эндопротезирование
Е. Эндопротезирование в «холодном» периоде - через 1-2 месяца после травмы
- 15 **К разгибательному аппарату коленного сустава НЕ ОТНОСИТСЯ:**
А. Четырехглавая мышца бедра
В. Надколенник
С. Передняя крестообразная связка
Д. Сухожильное растяжение четырехглавой мышцы бедра Е. Связка надколенника
- 16 **Симптом баллотирования надколенника НЕ МОЖЕТ развиваться вследствие:**

- А. Острой механической травмы коленного сустава
В. Застарелого повреждения мениска
С. Остеоартроза коленного сустава
Д. Хронической венозной недостаточности нижней конечности Е. Гнойного артрита коленного сустава
- 17 **При повреждении мениска коленного сустава с явлениями «блока» следует выполнить:**
А. Экстренное закрытое устранение «блока» с последующей гипсовой иммобилизацией
В. Экстренное закрытое устранение «блока», затем - артроскопия в срочном порядке
С. Экстренное закрытое устранение «блока», затем артротомия и менискэктомия
Д. Гипсовую иммобилизацию без попыток устранения «блока» и артроскопию по экстренным или срочным показаниям Е. Экстренную артротомию, менискэктомию
- 18 **В случае консервативного лечения разрыва большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава средний срок иммобилизации составит:**
А. 1 неделю
В. 3 недели
С. 1 месяц Д. 6 недель Е. 2,5 месяца
- 19 **При внутрисуставных переломах области коленного сустава со смещением артроскопия позволяет:**
А. Выявить и при необходимости устранить сопутствующие внутрисуставные повреждения
В. Уменьшить травматичность выполняемой репозиции и остеосинтеза
С. Визуально контролировать точность репозиции без выполнения артротомии
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 20 **До какого максимального значения может доходить величина диастаза между костными отломками надколенника при целостности боковых поддерживающих связок?**
А. 2 мм
В. 4 мм
С. 6 мм Д. 8 мм Е. 10 мм
- 21 **Переломы диафиза большеберцовой кости хуже всего срастаются:**
А. В верхней трети, так как там затруднена репозиция костных отломков
В. В верхней трети, так как прикрепляющиеся мышцы создают там значительные боковые и ротационные смещающие нагрузки
С. В средней трети, так как прикрепляющиеся мышцы создают там значительные боковые и ротационные смещающие нагрузки
Д. В средней трети, так как кость в этой области хуже всего кровоснабжается
Е. В нижней трети, так как кость в этой области хуже всего

- кровообращается
- 22 **При консервативном лечении переломов лодыжек гипсовую повязку со стопой накладывают:**
А. До средней трети голени
В. До верхней трети голени (головки малоберцовой кости)
С. До нижней трети бедра (надмышечковой области)
Д. До средней трети бедра
Е. До верхней трети бедра (ягодичной складки)
- 23 **При переломе Потта-Десто с вывихом стопы кзади отмечается:**
А. Укорочение переднего отдела стопы и ее сгибание
В. Укорочение переднего отдела стопы и ее разгибание
С. Удлинение переднего отдела стопы и ее сгибание Д. Удлинение переднего отдела стопы и ее разгибание Е. Длина переднего отдела стопы не изменяется
- 24 **Различают своды стопы:**
А. Продольный и поперечный
В. Вертикальный
С. Горизонтальный
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 25 **Суставом Лисфранка называют:**
А. Таранно-пяточный
В. Таранно-предплюсневый
С. Плюснево-предплюсневый Д. Плюснево-фаланговые
Е. Межфаланговые
- 26 **Полученный при оценке плантографии по методу Е.В.Смирнова коэффициент в диапазоне 1,21-1,30 говорит о:**
А. Нормальной стопе
В. Пониженном своде стопы
С. Плоскостопии I степени Д. Плоскостопии II степени Е. Плоскостопии III степени
- 27 **Последствием перелома пяточной кости со смещением может являться:**
А. Остеоартроз смежных суставов
В. Плоскостопие
С. Асептический некроз костных фрагментов Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 28 **В лечении неосложненных переломов ребер следует применять:**
А. Постельный режим, положение полусидячее
В. Дыхательную гимнастику с первого дня
С. Иммобилизацию повреждений (стягивающая повязка) на несколько дней
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 29 **Этапная репозиция (реклинация) при стабильных неосложненных переломах тел поясничных позвонков позволяет:**
А. Избежать длительного (около 1,5-2 мес) пребывания на постельном

- режиме
- В. Полностью расправить компрессию поврежденного позвонка
С. Избежать необходимости ношения корсета Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 30 При подозрении на осложненный перелом позвонков помимо обзорных рентгенограмм в 2-х проекциях следует дополнительно выполнить:
А. Контрастную рентгенографию
В. Магнитно-резонансную томографию
С. Компьютерную томографию Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 31 Промежуточный период травматической болезни спинного мозга развивается:
А. Через 3-4 часа после травмы
В. Через 3-4 суток
С. 3-4 недели Д. 3-4 месяца Е. 3-4 года
- 32 Перелом левой лонной и правой седалищной костей - это повреждение:
А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
Е. С нарушением целостности вертлужной впадины
- 33 Для перелома лонной и седалищной костей с одной стороны характерно:
А. Положительный симптом прилипшей пятки
В. Положительный симптом разводящей нагрузки
С. Положительный симптом сближающей нагрузки Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 34 При переломах таза типа «закрытая книга» (В2 по классификации АО/ASIF) консервативное лечение проводят:
А. На шпите в положении Волковича
В. В гипсовой кокситной повязке
С. В гамаке
Д. На скелетном вытяжении
Е. С помощью метода ранней активизации
- 35 Какая походка характерна при косолапости?
А. «Утиная»
В. Подпрыгивающая
С. Щадящая хромота Д. Нещадящая хромота
Е. Работа «мельничного колеса»
- 36 Для типичной формы врожденной косолапости характерно:
А. Флексия стопы
В. Торсия костей голени
С. Супинация стопы
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 37 Для ранних стадий коксартроза характерно:

- А. «Стартовая» (после длительного сидения или лежания)
 - В. После длительной нагрузки
 - С. Постоянные в течение дня, в том числе - в покое Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 38 При появлении «стартовых» болей в коленном суставе в качестве лечебной физкультуры на фоне проводимого лечения следует рекомендовать:
- А. Несколько приседаний до исчезновения «стартовой» боли
 - В. Упражнения типа «велосипед» лежа в постели
 - С. Утренние пробежки на небольшие расстояния Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 39 При люмбоишиалгии боль отмечается:
- А. В пояснично-крестцовой области без иррадиации
 - В. В пояснично-крестцовой области с иррадиацией в область копчика
 - С. В пояснично-крестцовой области с иррадиацией в нижнюю конечность
 - Д. Только в нижней конечности по задне-наружной поверхности в зоне иннервации корешков конского хвоста
 - Е. Только в нижней конечности по задне-внутренней поверхности в зоне иннервации корешков конского хвоста
- 40 В комплексе консервативного лечения распространенного остеохондроза применяют:
- А. Вытяжение
 - В. Нестероидные противовоспалительные препараты
 - С. Миорелаксирующие препараты Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 41 Формирование растущих навстречу друг другу («целующихся») оссификатов позвонков характерно для:
- А. Дисгормональной спондилопатии
 - В. Болезни Форестье
 - С. Сколиотической болезни Д. Спондилоартроза
 - Е. Спондилеза
- 42 Висцеральный синдром при остеохондрозе шейного отдела позвоночника проявляется болями в области:
- А. Сердца (псевдокардиальный)
 - В. Эпигастрия (гастралгический)
 - С. Правом подреберья (холецистопатия)
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 43 Сглаженность грудного кифоза, шейного и поясничного лордоза характерны для порока осанки:
- А. Сутулая спина
 - В. Плоская спина

- С. Круглая спина
Д. Юношеский кифоз Е. Асимметричная осанка
- 44 При болезни Бехтерева преимущественно поражаются суставы:
А. Плечевые и локтевые (симметрично)
В. Кистей и стоп
С. Позвоночника Д. Тазобедренные Е. Коленные
- 45 Синовиэктомия при ревматоидном артрите позволяет:
А. Добиться ремиссии на организменном уровне, снизив степень активности заболевания
В. Купировать персистирующий синовит в оперированном суставе, снизить болевой синдром
С. Снизить дозу базисных препаратов Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 46 Какая походка характерна при укорочении нижней конечности более, чем на 3 см?
А. «Утиная»
В. Подпрыгивающая
С. Щадящая хромота Д. Нещадящая хромота Е. Спастическая
- 47 Для исследования скелета на предмет остеопороза следует выполнить рентгенографию:
А. Позвоночника и таза
В. Череп
С. Кистей рук
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 48 Болезнь Осгуда-Шляттера часто сочетается с остеохондропатией:
А. Позвоночника
В. Головок бедренных костей
С. Таранной кости (болезнь Галунга-Севера)
Д. Ладьевидной кости стопы (болезнь Келлера-I)
Е. Г оловок плюсневых костей (болезнь Келлера-II)
- 49 При переломе диафизов длинных трубчатых костей чем младше возраст ребенка, тем больше показаний:
А. К консервативному лечению
В. К экстренному оперативному лечению (погружной остеосинтез)
С. К оперативному лечению (погружной остеосинтез) в отсроченном порядке
Д. К фиксации перелома с помощью стержневых или спицевых аппаратов
Е. На выбор лечебной тактики влияет не возраст, а только конфигурация перелома
- 50 Акушерский паралич - это:
А. Вялый паралич, вызванный гипоксией головного мозга при родах
В. Спастический паралич, вызванный гипоксией головного мозга при родах
С. Вялый паралич, вызванный поражением плечевого сплетения при родовой травме

- Д. Спастический паралич, вызванный поражением плечевого сплетения при родовой травме
Е. Спастический паралич, вызванный травмой головного мозга при родах
- 51 Какие клинические симптомы из перечисленных могут свидетельствовать о врожденном вывихе бедра?
А. Асимметрия ягодичных складок;
В. Наружная ротация нижней конечности;
С. Симптом щелчка
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 52 «Золотой час» для пострадавшего, получившего травму, начинается с момента:
А. Получения травмы
В. Начала оказания первой помощи
С. Начала оказания первой врачебной помощи на месте происшествия Д. Начала транспортировки пострадавшего в стационар
Е. Начала оказания пострадавшему медицинской помощи в стационаре
- 53 Укажите фазы, относящиеся к острому периоду травматической болезни.
А. Анаболическая
В. Катаболическая
С. Нестабильности жизненно важных функций Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 54 Травма с переломом бедра и ушибленной раной в области перелома является:
А. Изолированной монофокальной
В. Изолированной полифокальной
С. Множественной Д. Сочетанной
Е. Комбинированной
- 55 Потребность в кислороде наибольшая:
А. У детей
В. У взрослых женщин
С. У взрослых мужчин Д. У стариков
Е. У беременных
- 56 В основе развития респираторного дистресс-синдрома взрослых (РДСВ) лежит:
А. Напряженный пневмоторакс
В. Асфиксия
С. Интерстициальный отек легких Д. Ранение легкого
Е. Отек верхних дыхательных путей
- 57 Декомпенсированный шок развивается, как только дефицит объема циркулирующей плазмы у взрослого человека превысит:
А. 5 %
В. 10 %
С. 20 %
Д. 30 %

- Е. 40%
- 58 Величина зрачка зависит от:
А. Освещенности
В. Отравлений токсическими веществами (в том числе - алкоголем и наркотиками)
С. Общего состояния здоровья человека Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А, В и С
- 59 Точка приложения рук при проведении закрытого массажа сердца находится:
А. В области верхнего конца (рукоятки) грудины
В. В области середины грудины
С. В области нижней трети грудины
Д. В области левой половины грудной клетки в проекции верхушки сердца
Е. В области верхней части живота (в эпигастрии)
- 60 Для проведения искусственной вентиляции легких в автомобильной аптечке есть:
А. Воздуховод
В. S-образная трубка
С. Маска
Д. Полиэтиленовая пленка с клапаном Е. Система Амбу
- 61 Укажите противошоковые мероприятия при оказании первой врачебной помощи
А. Внутривенное введение солевых растворов и кровезаменителей
В. Новокаиновые блокады
С. Наложение жжима на сосуд в ране Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А, В и С
- 62 При развитии шока пострадавшему следует придать положение:
А. На спине, ноги подняты на 30-45 см
В. На боку, ноги подняты на 35-40 см
С. На спине, плечеголовной конец поднят Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А, В и С
- 63 Укажите показания к наложению кровоостанавливающего жгута
А. Сильное кровотечение, пульсирующая струя из раны
В. Длительное сдавление конечности, ран нет
С. Травматический отрыв конечности, на момент осмотра кровотечения нет
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А, В и С
- 64 В теплое время года максимально допустимое время нахождения кровоостанавливающего жгута на конечности составляет:
А. 1 час
В. 1,5 часа
С. 2 часа Д. 3 часа Е. 4 часа
- 65 Остановку венозного кровотечения начинают с выполнения приема:
А. Прижатие сосуда выше места ранения
В. Максимальное сгибание конечности в суставе

- С. Наложение кровоостанавливающего жгута Д. Наложение давящей повязки
Е. С любого из перечисленных приемов
- 66 С целью обезболивания при оказании доврачебной помощи выполняют:
А. Введение общих анальгетиков
В. Транспортную иммобилизацию
С. Новокаиновые блокады Д. Только варианты А и В Е. Варианты А, В и С
- 67 Укажите оптимальный вариант транспортной иммобилизации с помощью лестничных шин при подозрении на перелом лодыжек
А. Шина по задней поверхности от коленного сустава до пальцев стопы
В. Шина по задней поверхности от средней трети бедра до пальцев стопы
С. U-образная шина (по медиальной и латеральной поверхностям) от коленного сустава
Д. Задняя и U-образная шины от средней трети бедра до пальцев стопы Е. Задняя и U-образная шины от коленного сустава до пальцев стопы
- 68 При повреждениях нижней челюсти працевидная повязка выполняет роль:
А. Иммобилизирующую
В. Гемостатическую
С. Защитной повязки
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А, В и С
- 69 Какой вариант транспортной иммобилизации НЕ СЛЕДУЕТ применять при подозрении на перелом диафизов обеих костей предплечья?
А. Аутоиммобилизация (прибинтовывание согнутой руки к туловищу)
В. Повязка-змейка
С. Бинтовая повязка типа Дезо
Д. Лестничная шина от верхней трети плеча до пальцев кисти Е. Пневматическая шина
- 70 В случае перелома плеча наилучшим вариантом иммобилизации при оказании доврачебной помощи является наложение:
А. Отмоделированной гипсовой лонгеты
В. Лестничных шин до надплечья на стороне повреждения
С. Лестничных шин до противоположного повреждению надплечья Д. Отводящей шины ЦИТО
Е. Аппарата внешней фиксации
- 71 Пострадавший с закрытой травмой живота, признаками внутреннего кровотечения, в сознании. Выберите транспортное положение.
А. Лежа на спине, плечеголовной конец приподнят
В. Лежа на спине, ноги приподняты
С. Лежа на спине, колени разведены и слегка согнуты (положение «лягушки»)
Д. Лежа на боку, плечеголовной конец приподнят Е. Лежа на боку, ноги приподняты

- 72 Протившоковую терапию при оказании первой медицинской помощи проводят:
- А. С помощью инфузий кристаллоидных растворов
 - В. С помощью инфузий коллоидных растворов
 - С. С помощью трансфузий крови и ее препаратов
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 73 Положительный симптом пятна является признаком:
- А. Глубокого термического ожога
 - В. Контактного отморожения
 - С. Нарушения гемодинамики
 - Д. Реакции на гемотрансфузию
 - Е. Положительного эффекта от протившоковой терапии
- 74 Наибольшая угроза плевропульмонального шока существует при развитии:
- А. Гемоторакса
 - В. Открытого пневмоторакса
 - С. Закрытого пневмоторакса
 - Д. Клапанного пневмоторакса с внутренним клапаном
 - Е. Клапанного пневмоторакса с наружным клапаном
- 75 О продолжающемся кровотечении в плевральную полость свидетельствует:
- А. Притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки
 - В. Положительная проба Рувилуа-Грегуара
 - С. Появление кровохарканья
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 76 Для эффективного дренирования плевральной полости при оказании первой медицинской помощи применяют:
- А. Дренаж по Бюлау
 - В. «Перчаточный» дренаж
 - С. Активный электрический аспиратор
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 77 При оказании первой медицинской помощи дренирование плевральной полости является абсолютно показанным пострадавшим:
- А. С клапанным пневмотораксом с наружным клапаном
 - В. С клапанным пневмотораксом с внутренним клапаном
 - С. С открытым пневмотораксом
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 78 В случае открытого пневмоторакса без признаков продолжающегося массивного внутриплеврального кровотечения при оказании квалифицированной медицинской помощи следует избрать следующую тактику:
- А. Немедленная эвакуация на следующий этап для выполнения хирургического вмешательства
 - В. Исправление окклюзионной повязки и дренирование плевральной полости в перевязочной
 - С. Первичная хирургическая обработка раны и дренирование

- плевральной полости в перевязочной
- Д. Торакопластика и дренирование плевральной полости в операционной
- Е. Торакотомия и торакопластика в операционной
- 79 Напряжение мышц передней брюшной стенки может отмечаться при:
- А. Разрывах кишки
 - В. Переломах костей таза
 - С. Переломах поясничных позвонков
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 80 В каких случаях при оказании первой медицинской помощи должна быть произведена замена повязки пострадавшему с ранением мягких тканей?
- А. При значительном промокании повязки;
 - В. При радиационном поражении;
 - С. При наличии жгута;
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 81 Укажите ранние признаки столбняка
- А. Ригидность затылочных мышц
 - В. Затруднение при глотании, спазм жевательной мускулатуры
 - С. Значительный отек сегмента без гиперемии в окружности ран
 - Д. Только Варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 82 Если в ране находится инородное тело, необходимо перед наложением повязки:
- А. Попытаться обязательно удалить инородное тело из раны
 - В. Удалить инородное тело из раны только, если это легко можно сделать; если нет - не делать таких попыток
 - С. Не удаляя инородное тело, тщательно обработать его йодом или спиртом
 - Д. Отдельно зафиксировать инородное тело
 - Е. Наложить защитную повязку на рану, не обращая на инородное тело внимания
- 83 Первичная хирургическая обработка раны мягких тканей без признаков продолжающегося кровотечения при оказании квалифицированной медицинской помощи должна быть выполнена:
- А. В первую очередь;
 - В. В первую очередь, если в рану подлежат костные отломки;
 - С. Во вторую очередь;
 - Д. Должна быть выполнена на предыдущем этапе
 - Е. Должна быть выполнена на следующем этапе
- 84 Для наложения первичных швов на рану НЕ ЯВЛЯЕТСЯ препятствием:
- А. Операция ПХО выполнена через 6 часов после ранения
 - В. Имеется дефект кожи, не позволяющий сблизить края раны без натяжения
 - С. Размозженная рана обильно загрязнена
 - Д. Пациент несколько дней будет находиться без медицинского наблюдения
 - Е. При ПХО глубокие отделы раны вакуумированы, но не

- инспектированы визуально
- 85 Если при открытом переломе костей конечности костные отломки выстоят в рану, их вправление производят при оказании:
А. Доврачебной помощи перед наложением защитной повязки
В. Первой врачебной помощи после выполнения футлярной блокады
С. Квалифицированной медицинской помощи под наркозом до проведения первичной хирургической обработки (ПХО) раны
Д. Квалифицированной медицинской помощи в ходе ПХО
Е. Специализированной медицинской помощи в ходе ПХО
- 86 При термических ожогах защитная повязка может быть снята при оказании:
А. Квалифицированной медицинской помощи
В. Первой врачебной помощи
С. Доврачебной помощи
Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А, В и С
- 87 В случае ожога головы и дыхательных путей при оказании первой врачебной помощи следует выполнить блокаду:
А. Паранефральную;
В. Вагосимпатическую;
С. Загрудинную.
Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А, В и С
- 88 В случаях поверхностных термических ожогов при оказании первой помощи следует:
А. Наложить мазевую повязку на ожоговую поверхность
В. Охладить ожоговую поверхность проточной водой
С. Обработать ожоговую поверхность йодом, спиртом
Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А, В и С
- 89 Какие изменения позволяют наиболее достоверно судить о развитии ожогового шока?
А. Олигурия
В. Гемоконцентрация
С. Нестабильная гемодинамика
Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А, В и С
- 90 Прогностический индекс (ПИ) определяется как:
А. Общая площадь (в %) ожога, умноженная на возраст
В. Сумма возраста пострадавшего и общей площади ожога (в %)
С. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и двойной площади глубокого ожога
Д. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога
Е. Сумма возраста, площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога
- 91 Какое действие является ОШИБОЧНЫМ ИЛИ ИЗЛИШНИМ при отморожении конечности?
А. Поменять всю одежду на сухую и теплую

- В. Провести активное внешнее согревание (вентилятор, фен, грелка)
 С. Наложить теплоизолирующую повязку Д. Растереть отмороженный участок снегом Е. Дать горячее сладкое питье
- 92 Основной угрозой для жизни в ранней стадии периода реперфузии при синдроме длительного сдавления является:
 А. Эндогенная интоксикация
 В. Нестабильная гемодинамика
 С. Острая почечная недостаточность Д. Полиорганный патология
 Е. Гнойно-инфекционные осложнения
- 93 Проведение гемодилюции в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления показано:
 А. В периоде ишемии
 В. В ранней стадии периода реперфузии
 С. В промежуточной стадии периода реперфузии Д. В стадии реконвалесценции
 Е. Этот метод вообще не применяют в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления
- 94 Нарушения чувствительности при ишемическом поражении конечности характерны для:
 А. Необратимой ишемии
 В. Декомпенсированной ишемии
 С. Компенсированной ишемии Д. Только варианты А и В
 Е. Варианты А,В и С
- 95 Какие пострадавшие с ранениями мягких тканей должны быть направлены в перевязочную при оказании первой врачебной помощи?
 А. С продолжающимся наружным кровотечением;
 В. С наложенным жгутом без признаков продолжающегося кровотечения;
 С. Со сбившейся повязкой;
 Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 96 При оказании квалифицированной медицинской помощи в операционную направляют пострадавших:
 А. С непроникающими ранами брюшной стенки
 В. С признаками внутреннего кровотечения на фоне декомпенсированного шока
 С. С признаками перитонита на фоне декомпенсированного шока Д. Только варианты А и В
 Е. Варианты А,В и С
- 97 При подозрении на внутричерепную гематому с компрессией головного мозга люмбальная пункция:
 А. Необходима, так как позволяет выявить наличие субарахноидального кровоизлияния
 В. Необходима, так как позволяет дифференцировать черепно-мозговую травму от алкогольного или наркотического отравления
 С. Нежелательна, так как требует затрат времени перед экстренной

- операцией.
- Д. Противопоказана, так как может привести к дислокации мозга и смерти
- Е. Бессмысленна, так как в данном случае не позволяет уточнить диагноз
- 98 В какой стадии впервые пострадавший на фоне черепно-мозговой травмы перестает выполнять простые команды?
- А. Оглушение (ступор)
- В. Сопор
- С. Кома I Д. Кома II Е. Кома III
- 99 Для черепно-мозговой травмы характерны признаки:
- А. Головная боль, головокружение
- В. Нарушение сознания
- С. Тошнота, рвота
- Д. Только варианты А и В Е. Варианты А, В и С
- 100 В каком периоде лучевой болезни желательно проводить операции у пострадавших (при наличии показаний)?
- А. В скрытом периоде
- В. В периоде первичной реакции
- С. В периоде разгара
- Д. Только варианты А и В Е. Варианты А, В и С
- 101 Достоверным признаком перелома костей конечности является:
- А. Локальная болезненность при пальпации
- В. Изменение абсолютной длины сегмента
- С. Выраженный отек в зоне повреждения Д. Только варианты А и В
- Е. Варианты А, В и С
- 102 К оскольчатым диафизарным переломам по универсальной классификации переломов (УКП) относят:
- А. Только переломы типа А
- В. Только переломы типа В
- С. Только переломы типа С Д. Переломы типов А и В Е. Переломы типов В и С
- 103 При падении с высоты на ноги, приведшему к переломам пяточных костей, наиболее вероятным сопутствующим повреждением является:
- А. «Вколоченный» перелом шейки бедренной кости
- В. Перелом позвонков в поясничном отделе
- С. «Хлыстовой» перелом шейных позвонков Д. Перелом дна вертлужной впадины
- Е. Повреждение менисков коленных суставов
- 104 При полном вывихе акромиального конца ключицы определяется симптом:
- А. Передней лестничной мышцы
- В. Клавиши
- С. Умбиликации
- Д. Только варианты А и В Е. Варианты А, В и С
- 105 Укажите оптимальный вариант лечебной иммобилизации после вправления первичного вывиха плеча у молодого трудоспособного

- пациента
- А. Отводящая шина ЦИТО
 - В. Гипсовая повязка Дезо
 - С. Косыночная марлевая повязка Д. Повязка-«змейка»
 - Е. В данном случае внешняя иммобилизация не показана
- 106 Для абдукционного перелома шейки плечевой кости характерно:
- А. Болезненность при осевой нагрузке
 - В. Невозможность движений в плечевом суставе
 - С. Укорочение конечности на 1-2 см
 - Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 107 Наибольшая опасность повреждения лучевого нерва имеется при:
- А. Оскольчатом переломе на границе верхней и средней трети плеча со смещением;
 - В. Абдукционном переломе шейки плеча со смещением;
 - С. Аддукционном переломе шейки плеча со смещением;
 - Д. Переломе диафиза плечевой кости на границе средней и нижней трети со смещением.
 - Е. Переломе головчатого возвышения плечевой кости.
- 108 Переломом предплечья типа Галеацци называют:
- А. Перелом локтевой кости в верхней трети и дистального метаэпифиза лучевой кости
 - В. Перелом лучевой кости в верхней трети и шейки или головки локтевой кости
 - С. Перелом диафиза локтевой кости с вывихом головки лучевой кости Д. Перелом диафиза лучевой кости с вывихом головки локтевой кости Е. Перелом локтевого отростка и перелом диафиза лучевой кости
- 109 При переломе головки лучевой кости типичными симптомами являются:
- А. Болезненность при разгибании в локтевом суставе;
 - В. Болезненность при сгибании в локтевом суставе.
 - С. Болезненность при ротационных движениях предплечья Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 110 В случае поражения локтевого нерва при сжатии кисти в кулак не сгибаются:
- А. Только I палец
 - В. I и II пальцы
 - С. I, II и III пальцы Д. III, IV и V пальцы Е. IV и V пальцы
- 111 Отведение и наружная ротация бедра характерны для вывиха бедра:
- А. Подвздошного и лонного
 - В. Подвздошного и седалищного
 - С. Лонного и седалищного Д. Лонного и запирающего
 - Е. Седалищного и запирающего
- 112 Укажите оптимальный вариант транспортной иммобилизации при переломе шейки бедра
- А. Пневматическая шина

- В. Лестничные шины
- С. Шина Дитерихса
- Д. Повязка Башмакова Е. Валик в подколенной области
- 113 Какие признаки могут говорить о переломе проксимального отдела бедра?
 - А. Симптом прилипшей пятки
 - В. Болезненность при поколачивании по большому вертелу
 - С. Болезненность при поколачивании по пятке выпрямленной ноги Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 114 При переломе диафиза бедра в верхней трети костные отломки смещаются:
 - А. Проксимальный и дистальный - кнаружи и навстречу друг другу с захождением
 - В. Проксимальный и дистальный - кнутри и навстречу друг другу с захождением
 - С. Проксимальный - кнаружи, дистальный - кнутри и вверх Д. Проксимальный - кнутри, дистальный - кнаружи и вверх Е. Дистальный - кзади, проксимальный - кнутри
- 115 К разгибательному аппарату коленного сустава относят:
 - А. Четырехглавую мышцу бедра
 - В. Связку надколенника
 - С. Надколенник
 - Д. Только варианты А и В Е. Варианты А, В и С
- 116 Для внутрисуставных переломов мыщелков большеберцовой кости со смещением характерна девиация голени:
 - А. Варусная при переломе наружного мыщелка и вальгусная - при переломе внутреннего
 - В. Варусная при переломе внутреннего мыщелка и вальгусная - при переломе наружного
 - С. Варусная при переломе как наружного, так и внутреннего мыщелка за счет тяги мышц
 - Д. Вальгусная при переломе как наружного, так и внутреннего мыщелков за счет тяги мышц
 - Е. Девиация голени не характерна для переломов мыщелков большеберцовой кости
- 117 Симптом баллотирования надколенника является достоверным признаком:
 - А. Повреждения передней крестообразной связки коленного сустава
 - В. Внутрисуставного перелома мыщелка большеберцовой кости
 - С. Гемартроза коленного сустава Д. Гидрартроза коленного сустава
 - Е. Хронического синовита коленного сустава
- 118 При подозрении на повреждение менисков коленного сустава диагноз можно уточнить с помощью:
 - А. Ультразвукового исследования (УЗИ)
 - В. Магнитно-резонансной томографии (МРТ)
 - С. Компьютерной томографии (КТ)
 - Д. Только варианты А и В

- Е. Варианты А,В и С
- 119 При повреждении передней крестообразной связки коленного сустава восстановления качества жизни можно добиться, применив следующую тактику:
- А. Артроскопическое протезирование связки с последующим укреплением мышц конечности
 - В. Внешняя иммобилизация в остром периоде с последующим укреплением мышц конечности
 - С. Санационная артроскопия с последующим укреплением мышц конечности
 - Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 120 При переломе диафизов костей голени скелетное вытяжение накладывают:
- А. На 5-8 см дистальнее области перелома
 - В. За пяточную кость
 - С. За бугристость большеберцовой кости Д. За надмыщелки бедра
 - Е. За надлодыжечную область
- 121 Укажите повреждения, характерные для чрезмерной аддукции и супинации стопы.
- А. Разрыв дистального межберцового синдесмоза и перелом наружной лодыжки
 - В. Косовертикальный перелом внутренней лодыжки;
 - С. Разрыв дельтовидной связки.
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 122 При консервативном лечении перелома обеих лодыжек с подвывихом стопы снаружки после закрытой ручной репозиции в первые сутки после травмы накладывают:
- А. Заднюю гипсовую лонгету
 - В. U-образную гипсовую лонгету
 - С. U-образную и заднюю гипсовую лонгету
 - Д. Циркулярную гипсовую повязку «сапожок»
 - Е. Мостовидную гипсовую повязку
- 123 При полном подкожном разрыве ахиллова сухожилия пациент на стороне повреждения не может:
- А. Стоять, поднявшись на носок
 - В. Согнуть голень из положения лежа на животе
 - С. Наступить на ногу Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 124 Невозможность активного разгибания стопы возникает при поражении:
- А. Бедренного нерва
 - В. Срединного нерва
 - С. Малоберцового нерва Д. Большеберцового нерва Е. Седалищного нерва
- 125 Суставом Шопара называют:
- А. Таранно-пяточный
 - В. Таранно-предплюсневый

- С. Плюснево-предплюсневый Д. Плюснево-фаланговые
Е. Межфаланговые
- 126 Подометрический индекс (по М.О.Фридлянду) - это отношение (в процентах)
А. Ширины стопы к ее высоте;
В. Длины стопы к ее ширине;
С. Ширины стопы к ее длине;
Д. Высоты стопы к ее длине;
Е. Высоты стопы к ее ширине.
- 127 Пяточной шпорой называют:
А. Гипертрофию мягких тканей на фоне хронического ахиллобурсита
В. Соединительнотканый рубец в области нагружаемой поверхности пяточной кости
С. Костный экзостоз в зоне прикрепления пяточного сухожилия Д. Остеофит в области таранно-пяточного сустава
Е. Типичную деформацию пяточной кости после перелома (типа «утиный клюв»)
- 128 К достоверным признакам переломов ребер относят:
А. Костную крепитацию
В. Развитие гемо- или пневмоторакса
С. Симптом прерванного вдоха Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 129 При нарушении каркасности грудной клетки на фоне переломов ребер применяют:
А. Внешние фиксирующие шины
В. Постоянное вытяжение
С. Тугое бинтование груди Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 130 При остеохондрозе поясничного отдела позвоночника могут отмечаться:
А. Симптом Ласега
В. Сглаженность поясничного лордоза
С. Анталгический сколиоз Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 131 Противоотечная терапия при остеохондрозе с болевым корешковым синдромом:
А. Показана в остром периоде, так как устраняет сдавление корешка мягкими тканями
В. Показана только после полного купирования корешкового синдрома как средство профилактики возможных осложнений
С. Не может иметь эффекта, т.к. развитие корешкового синдрома не связано с отеками
Д. Противопоказана - может привести к ущемлению корешка в межпозвонковом отверстии
Е. Не показана, так как эти препараты несовместимы с обязательным при болевом корешковом синдроме противовоспалительным лечением
- 132 Сужение межпозвонковых отверстий характерно для:

- А. Дисгормональной спондилопатии
 - В. Болезни Форестье
 - С. Болезни Бехтерева Д. Спондилоартроза Е. Спондилеза
- 133 Увеличение грудного кифоза и незначительно выраженный поясничный и шейный лордоз характерны для порока осанки:
- А. Сутулая спина
 - В. Плоская спина
 - С. Круглая спина
 - Д. Юношеский кифоз Е. Асимметричная осанка
- 134 Для остеохондроза шейного отдела позвоночника характерно:
- А. Синдром плече-лопаточного периартрита
 - В. Синдром позвоночной артерии
 - С. Синдром передней лестничной мышцы Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 135 Какие периоды выделяют в течении травматической болезни спинного мозга?
- А. 2 периода - ранний и поздний
 - В. 3 периода - острый, ранний и поздний
 - С. 3 периода - острый, промежуточный и поздний Д. 3 периода - острый, ранний и поздний
 - Е. 4 периода - острый, ранний, промежуточный и поздний
- 136 Гемипарезом называют:
- А. Поражение, охватывающее частично одну конечность
 - В. Поражение, охватывающее целиком только одну конечность
 - С. Поражение одной половины туловища (правой или левой)
 - Д. Поражение одной половины туловища (верхней или нижней)
 - Е. Частичное поражение всех четырех конечностей
- 137 Для спинального шока характерно:
- А. Приапизм
 - В. Брадикардия, гипотермия
 - С. Спастическая парезы конечностей Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 138 Перелом правых лонной и седалищной костей - это повреждение:
- А. Без нарушения непрерывности полукольца таза
 - В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
 - С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
 - Е. С нарушением целостности вертлужной впадины
- 139 При каком наименьшем из указанных значений расхождения симфиза при травмах таза повреждается крестцово-подвздошное сочленение?
- А. 1 см
 - В. 2 см
 - С. 3 см Д. 4 см Е. 5 см
- 140 При вертикально нестабильных переломах таза (ВЗ по классификации АО/ASIF) консервативное лечение проводят:

- А. На шите в положении Волковича
 - В. В гипсовой кокситной повязке
 - С. В гамаке
 - Д. На скелетном вытяжении
 - Е. С помощью метода ранней активизации
- 141 Для выраженного коксартроза характерно:
- А. Атрофия мышц бедра
 - В. Ночные боли
 - С. Мио- и артрогенная контрактура;
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 142 Противопоказанием к применению нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) при остеоартрозе является:
- А. Ишемическая болезнь сердца
 - В. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
 - С. Хронический тромбофлебит нижних конечностей
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 143 При болезни Бехтерева могут поражаться:
- Межпозвонковые суставы Крестцово-подвздошные суставы Суставы нижних конечностей
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 144 Для ревматоидного артрита НЕ ХАРАКТЕРНО:
- А. Симметричное поражение мелких суставов
 - В. Утренняя скованность свыше 30 мин
 - С. «Стартовая» боль в пораженных суставах, проходящая с началом движений
 - Д. Субфебрильная температура
 - Е. Локальная гипертермия
- 145 При удлинении ноги («конская стопа») характерна походка:
- А. «Утиная»
 - В. Подпрыгивающая
 - С. Щадящая хромота
 - Д. Нещадящая хромота
 - Е. Работа «мельничного колеса»
- 146 Для остеопороза на фоне сахарного диабета характерно:
- А. Клиновидная деформация позвонков
 - В. Остеолиз костей, образующих голеностопный сустав
 - С. Линзовидная деформация позвонков («рыбьи» позвонки)
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 147 В дорентгенологической стадии диагноз остеохондропатии поможет поставить:
- А. Компьютерная или магнитно-резонансная томография (КТ или МРТ)
 - В. Денситометрия
 - С. Ультразвуковое исследование (УЗИ)
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С

- 148 У детей, в отличие от взрослых:
- А. Надкостница толще, кости прочнее и срастаются лучше
 - В. Надкостница тоньше, но кости прочнее и срастаются лучше
 - С. Надкостница толще, кости менее прочные, но срастаются лучше
 - Д. Надкостница толще, кости менее прочные и срастаются хуже
 - Е. Надкостница тоньше, кости менее прочные и срастаются хуже
- 149 Какие повреждения у ребенка в наибольшей степени представляют опасность развития в последующем деформаций?
- А. Эпифизеолиз проксимального отдела большеберцовой кости со смещением
 - В. Перелом диафиза плеча с неустраненной угловой деформацией 10°
 - С. Оскольчатый перелом диафиза бедра со смещением по ширине и укорочением
 - Д. Все указанные повреждения
 - Е. Ни одно из указанных повреждений, так как по мере роста деформации нивелируются
- 150 На основании каких признаков можно заподозрить врожденный вывих бедра у ребенка старше 1 года (после начала ходьбы)?
- А. Относительное укорочение конечности
 - В. Симптом Тренделенбурга
 - С. Симптом щелчка
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 151 При врожденной косолапости в первые недели жизни ребенка можно предпринять:
- А. Бинтование мягкими бинтами
 - В. Наложение этапных гипсовых повязок
 - С. Оперативное лечение
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Ничего из перечисленного: в первый год жизни ребенка (до начала ходьбы) попытки коррекции не проводятся.
- 152 Главным признаком клинической смерти является:
- А. Отсутствие сознания
 - В. Отсутствие дыхания
 - С. Отсутствие пульса на сонной артерии
 - Д. Расширение зрачков
 - Е. Сужение зрачков
- 153 Пульс у новорожденных определяют на:
- А. Сонной артерии
 - В. Височной артерии
 - С. Плечевой или бедренной артерии
 - Д. Лучевой или подколенной артерии
 - Е. Родничке
- 154 Дефибрилляция эффективна при:
- А. Мелковолновой фибрилляции
 - В. Крупноволновой фибрилляции
 - С. Асистолии
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 155 При декомпенсированном обратимом шоке ректально-кожный градиент

- температуры находится в диапазоне:
- А. 2-4°C
 - В. 5-7°C
 - С. 8-16°C Д. 17-20°C Е. 21-24°C
- 156 Укажите правильный темп толчков при проведении закрытого массажа сердца
- А. 100 в 1 минуту
 - В. 80 в 1 минуту
 - С. 60 в 1 минуту Д. 40 в 1 минуту Е. 20 в 1 минуту
- 157 Для сохранения проходимости дыхательных путей у пострадавшего без сознания оптимальным положением является:
- А. Положение на спине «навзничь» без подушки под головой
 - В. Положение на спине с высокой подушкой под головой
 - С. Положение на боку
 - Д. Полусидячее положение Е. Положение на животе
- 158 При компенсированном шоке пострадавший является:
- А. Транспортабельным
 - В. Условно транспортабельным
 - С. Временно нетранспортабельным Д. Нетранспортабельным
 - Е. Транспортабельность определяется характером повреждения и не зависит от степени тяжести шока
- 159 При развитии шока у детей по сравнению со взрослыми:
- А. Падение АД наступает позже и лучше поддается коррекции
 - В. Падение АД наступает позже, но труднее поддается коррекции
 - С. Падение АД наступает раньше, но лучше поддается коррекции Д. Падение АД наступает раньше и труднее поддается коррекции Е. Существенных отличий от взрослых нет
- 160 К периоду развернутой клинической картины травматической болезни относят:
- А. Анаболическую фазу
 - В. Катаболическую фазу
 - С. Фазу устойчивой стабилизации жизненно важных функций Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 161 К сочетанным повреждениям относят:
- А. Ожог II степени предплечья, перелом лучевой кости
 - В. Перелом костей таза с разрывом мочевого пузыря
 - С. Закрытый перелом правого бедра, открытый перелом левого бедра Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А, В и С
- 162 Какие из перечисленных мероприятий могут быть выполнены при оказании первой врачебной помощи в комплексе противошоковой терапии?
- А. Новокаиновые блокады
 - В. Переливание кровезаменителей
 - С. Остановка внутрибрюшного кровотечения Д. Только варианты А и В

- Е. Варианты А,В и С
- 163 Укажите методы временной остановки кровотечения
- А. Форсированное сгибание конечности
 - В. Наложение кровоостанавливающего зажима
 - С. Перевязка сосуда на протяжении
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 164 Артериальное кровотечение можно остановить с помощью:
- А. Прижатия сосуда выше места ранения
 - В. Максимального сгибания конечности в суставе
 - С. Наложения давящей повязки
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 165 В холодное время года максимально допустимое время нахождения кровоостанавливающего жгута на конечности составляет:
- А. 1 час
 - В. 1,5 часа
 - С. 2 часа
 - Д. 3 часа
 - Е. 4 часа
- 166 Компенсацию гиповолемии в случаях острой кровопотери при оказании доврачебной помощи в ЧС проводят с помощью:
- А. Обильного питья
 - В. Инфузии кристаллоидных растворов
 - С. Инфузии коллоидных растворов
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 167 Какая анестезия может быть выполнена пострадавшему с огнестрельным ранением мягких тканей верхней трети бедра при проведении первичной хирургической обработки?
- А. Фулярная
 - В. Спинномозговая, эпидуральная или наркоз
 - С. Инфильтрационная
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 168 В качестве средства временной иммобилизации перелома можно использовать:
- А. Транспортные шины
 - В. Гипсовые повязки
 - С. Скелетное вытяжение
 - Д. Спицевые или стержневые аппараты внешней фиксации
 - Е. Все перечисленное
- 169 При оказании какого вида помощи на этапах медицинской эвакуации пострадавшему может быть наложена гипсовая повязка?
- А. Специализированной
 - В. Квалифицированной
 - С. Первой врачебной
 - Д. Варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 170 Стержневой аппарат при открытом переломе диафиза бедренной кости наиболее оптимально применить:
- А. Как средство окончательной фиксации после достижения одномоментной репозиции до сращения перелома

- В. Как средство окончательной фиксации с последующим выполнением этапной анатомичной репозиции костных отломков в аппарате
 - С. Как средство временной иммобилизации до выведения из шока и стабилизации общего состояния пациента с последующим наложением скелетного вытяжения
 - Д. Как средство временной иммобилизации до заживления раны с последующим демонтажем аппарата и выполнением погружного остеосинтеза
 - Е. Этот аппарат вообще не применяют при переломах бедра, так как он не может обеспечить достаточно надежную фиксацию
- 171 При дорожно-транспортной аварии пострадавшему перед транспортировкой в стационар следует надеть шейный воротник:
- А. Только при травме шейного отдела позвоночника
 - В. Только при травме шейного отдела позвоночника и черепно-мозговой травме (ЧМТ)
 - С. Только при травме шейного отдела позвоночника, ЧМТ и переломе нижней челюсти
 - Д. При любой травме головы или шеи
 - Е. Шейный воротник необходимо надеть всем пострадавшим в ДТП вне зависимости от наличия или отсутствия признаков повреждений
- 172 Какой вариант транспортной иммобилизации НЕ СЛЕДУЕТ применять при подозрении на перелом лучевой кости в типичном месте?
- А. Аутоиммобилизация (прибинтовывание согнутой руки к туловищу)
 - В. Импровизированная лонгета из картонных ящиков
 - С. Лубочная шина
 - Д. Лестничная шина от средней трети плеча до пальцев кисти
 - Е. Все указанные варианты иммобилизации можно применить
- 173 Пострадавший с ранением живота без признаков шока, в сознании. Выберите транспортное положение.
- А. Лежа на спине, ноги согнуты в коленях
 - В. Лежа на спине, ноги приподняты
 - С. Лежа на спине, плечеголовной конец приподнят, ноги согнуты в коленях
 - Д. Лежа на боку, плечеголовной конец приподнят
 - Е. Лежа на боку, ноги приподняты
- 174 Пострадавшему при носовом кровотечении (указаний на травму нет) следует придать положение:
- А. На боку
 - В. На спине с поднятым плечеголовным концом
 - С. Сидя, голову держать прямо
 - Д. Сидя, голову наклонить вперед
 - Е. Сидя, голову наклонить назад
- 175 Кровохарканье при травме груди свидетельствует о:
- А. Гемотораксе
 - В. Повреждении легкого
 - С. Повышении внутригрудного давления при напряженном

- пневмотораксе
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 176 Определить продолжающееся кровотечение в плевральную полость при оказании первой врачебной помощи можно на основании:
А. Исследования пунктата из плевральной полости
В. Динамики развития гемоторакса
С. Изменения времени свертывания периферической крови Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 177 Окклюзионная повязка эффективна при:
А. Открытом пневмотораксе
В. Клапанном пневмотораксе с наружным клапаном
С. Клапанном пневмотораксе с внутренним клапаном Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 178 При проникающем ранении груди в объем первой врачебной помощи НЕ ВХОДИТ:
А. Вегетосимпатическая блокада
В. Наложение окклюзионной повязки
С. Торакотомия
Д. Инфузионная терапия Е. Пункция плевральной полости
- 179 В случае клапанного пневмоторакса (внутренний клапан) при оказании квалифицированной медицинской помощи следует избрать следующую тактику:
А. Длительная искусственная вентиляция легких
В. Этапные пункции плевральной полости
С. Дренажирование плевральной полости с постоянной активной аспирацией
Д. Торакотомия в операционной по экстренным показаниям с ликвидацией клапана хирургическим путем Е. Немедленная эвакуация на следующий этап для выполнения операции
- 180 При каком виде медицинской помощи пострадавшему может быть выполнена первичная хирургическая обработка раны?
А. Квалифицированная и специализированная
В. Первая врачебная
С. Доврачебная
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 181 Когда показано местное применение антисептиков?
А. В стадии острого гнойного воспаления
В. При проведении первичной хирургической обработки раны
С. При проведении вторичной хирургической обработки раны Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А, В и С
- 182 Первичную хирургическую обработку ран мягких тканей конечностей без признаков кровотечения выполняют при оказании:

- А. Первой врачебной помощи в перевязочной
 - В. Квалифицированной медицинской помощи в операционной в первую очередь
 - С. Квалифицированной медицинской помощи в операционной во вторую очередь
 - Д. Квалифицированной медицинской помощи в перевязочной в первую очередь
 - Е. Квалифицированной медицинской помощи в перевязочной во вторую очередь
- 183 Можно ли при огнестрельном ранении после ПХО наложить первичные глухие швы?
- А. Можно при ранении лица;
 - В. Можно при сопутствующем радиационном поражении;
 - С. Можно при отсутствии огнестрельного перелома;
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С
- 184 Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированном обратимом шоке при оказании квалифицированной медицинской помощи?
- А. В операционную для первичной хирургической обработки (ПХО) с параллельным проведением противошоковой терапии
 - В. В перевязочную для ПХО с параллельным проведением противошоковой терапии
 - С. В противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем - в операционную для ПХО
 - Д. В противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем - в перевязочную для ПХО
 - Е. В госпитальную для предоперационной подготовки, а затем - в перевязочную для ПХО
- 185 При ранении одного глаза защитную повязку накладывают:
- А. Только на поврежденный глаз, оставляя другой открытым
 - В. На оба глаза, чтобы избежать инфицирования другого глаза
 - С. На оба глаза, чтобы создать покой поврежденному, так как глаза двигаются синхронно
 - Д. На оба глаза, чтобы создать покой для зрительного анализатора, исключив поступление зрительной информации
 - Е. Повязку вообще не накладывают, так как со слезоотделением из раны вымывается загрязнение
- 186 Какие манипуляции могут быть выполнены при оказании первой врачебной помощи пострадавшим с термическими ожогами?
- А. Перевязка ожоговой раны с удалением прилипшей обгоревшей одежды
 - В. Туалет ожоговой раны
 - С. Рассечение циркулярного ожогового струпа
 - Д. Только варианты А и В
 - Е. Варианты А,В и С

- 187 Полноценное заживление (без образования рубца) ожоговой раны без кожной пластики возможно при ожогах:
А. II степени
В. IIIА степени
С. IIIБ степени
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 188 Что из перечисленного нужно сделать при оказании первой помощи в случаях поверхностных термических ожогов?
В. Проколоть образовавшиеся пузыри, но не удалять их
А. Наложить чистую повязку
С. Осторожно удалить отслоившуюся кожу, остатки обгоревшей одежды
Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 189 При ожоге верхних дыхательных путей состояние пострадавшего оценивают как тяжелое:
А. Только если имеются ожоги лица и шеи
В. Только если имеются ожоги других частей тела общей площадью свыше 20 %
С. Только если возраст пострадавшего превышает 60 лет или меньше 5 лет
Д. Только если они сочетаются с травмой груди Е. Состояние считают тяжелым всегда
- 190 Индекс Франка определяется как:
А. Общая площадь (в %) ожога, умноженная на возраст
В. Сумма возраста пострадавшего и общей площади ожога (в %)
С. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и двойной площади глубокого ожога
Д. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога
Е. Сумма возраста, площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога
- 191 Положительная спиртовая проба характерна для отморожения:
А. I степени
В. II степени
С. III степени Д. IV степени
Е. Спиртовая проба не применяется для диагностики при отморожении
- 192 При радиационном поражении геморрагический синдром характерен для периода:
А. Скрытого
В. Первичной реакции
С. Разгара
Д. Только варианты А и В Е. Варианты А,В и С
- 193 Признаком наступления второй (промежуточной) стадии периода реперфузии при синдроме длительного сдавления является:
А. Стабилизация гемодинамики
В. Олигоанурия

- С. Начало отторжения некротических тканей Д. Только варианты А и В
Е. Варианты А,В и С
- 194 Какое мероприятие НЕ ВХОДИТ в объем первой врачебной помощи при тяжелой форме синдрома длительного сдавления?
А. Локальная гипотермия
В. Футлярная блокада
С. Паранефральная блокада Д. Фасциотомия
Е. Инфузионная терапия
- 195 Применение плазмафереза и гемодиализа в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления показано:
А. В периоде ишемии
В. В ранней стадии периода реперфузии
С. В промежуточной стадии периода реперфузии Д. В стадии реконвалесценции
Е. Этот метод вообще не применяют в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления
- 196 При оказании квалифицированной медицинской помощи пострадавшим с проникающими ранениями живота в последнюю очередь должны быть оперированы пациенты:
А. Находящиеся в удовлетворительном состоянии
В. С клинической картиной компенсированного шока
С. С продолжающимся кровотечением Д. С разлитым перитонитом
Е. Пострадавших с проникающими ранениями живота оперируют только при оказании специализированной медицинской помощи
- 197 Для внутричерепной гематомы характерно:
А. Гемипарез на стороне поражения и расширение зрачка на противоположной стороне
В. Расширение зрачка и гемипарез на стороне, противоположной поражению
С. Расширение зрачка на стороне поражения и гемипарез на противоположной стороне
Д. Сужение зрачка на стороне поражения и гемипарез на противоположной стороне
Е. Гемипарез на стороне поражения и сужение зрачка на противоположной стороне
- 198 В какой стадии впервые у пострадавшего на фоне черепно-мозговой травмы появляется двухсторонний мидриаз?
А. Оглушение
В. Сопор
С. Кома I Д. Кома II Е. Кома III
- 199 Тяжесть черепно-мозговой травмы определяют в первую очередь по нарушениям:
А. Дыхания
В. Пульса
С. Артериального давления Д. Сознания

- Е. Температуры тела
- 200 При травме головы с утратой сознания оптимальным является следующее положение пострадавшего:
- А. На спине
 - В. На животе
 - С. На боку
 - Д. Полусидячее

II этап. Устное собеседование по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников

Перечень контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку выпускника:

1. Травма. Классификация травм. Травматизм. Виды травматизма.
2. Регенерация костной ткани. Виды регенерации костной ткани.
3. Раны и раневая инфекция. Виды ран. Первичная хирургическая обработка раны.
4. Травматические повреждения плечевого сплетения (типа Дюшена-Эрба, типа Дежерина-Клюмпке, тотальное повреждение) Клиника. Диагностика.
5. Туннельные синдромы периферических нервов. Клинические проявления.
6. Ишемическая травма конечностей. Клиническое течение острой ишемической травмы.
7. Открытые переломы. Виды открытых переломов. Классификация открытых переломов длинных трубчатых костей по А.В.Каплану.
8. Открытые повреждения суставов. Классификация открытых повреждений суставов по А.В.Каплану.
9. Травматическая болезнь. Периоды травматической болезни.
10. Посттравматический остеомиелит.
11. Ложные суставы.
12. Повреждения мышц.
13. Виды повреждений сухожилий. Виды швов сухожилий.
14. Разрывы сухожильно-связочных компонентов разгибательного аппарата коленного сустава.
15. Разрыв ахиллова сухожилия.
16. Разрыв вращательной (ротаторной) манжеты плеча.
17. Разрыв сухожилий двуглавой мышцы плеча.
18. Повреждение сухожилий в пределах кисти.
19. Общие принципы диагностики и лечения вывихов.
20. Вывихи в суставах ключицы и верхней конечности: акромиального и

стернального концов ключицы; плеча; предплечья и суставов кисти.

21. Привычный вывих плеча: понятие привычного вывиха, диагностика, методы хирургического лечения.

22. Привычный вывих надколенника.

23. Переломы проксимального конца плечевой кости: переломы бугорков плечевой кости; переломы хирургической шейки плеча; переломы головки и анатомической шейки плеча.

24. Диафизарные переломы плечевой кости.

25. Переломы дистального отдела плечевой кости. Переломы проксимального отдела предплечья: локтевого и венечного отростков; головки и шейки лучевой кости.

26. Переломы диафизов предплечья.

27. Переломовывихи костей предплечья Монтеджи и Галеацци.

28. Переломы костей кисти.

29. Переломы бедра: проксимального отдела-головки, шейки, вертельные; диафиза бедра.

30. Переломы диафизов костей голени.

31. Переломы ключицы.

32. Переломы лопатки.

33. Переломы рёбер и грудины.

34. Осложнённая травма грудной клетки. Пневмоторакс. Гемоторакс. Показания и виды хирургических вмешательств.

35. Анатомо-физиологические особенности коленного сустава, гемартроз, повреждение менисков коленного сустава; повреждение капсульно-связочного аппарата.

36. Повреждение надколенника.

37. Переломы дистального отдела бедра и проксимального отдела голени.

38. Анатомо-физиологические особенности голеностопного сустава. Повреждение капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава.

39. Переломы лодыжек.

40. Анатомо-физиологические особенности позвоночника и тазового кольца. Классификации повреждений позвоночника и таза.

41. Понятие неосложнённых и осложнённых, стабильных и нестабильных повреждений позвоночника.

42. Алгоритм оказания помощи пострадавшим с повреждениями позвоночника и таза.

43. Поздние осложнения повреждений позвоночника и таза.

44. Травматическая болезнь спинного мозга.

45. Особенности повреждений костей и суставов у детей. Вывихи и

подвывихи в суставах конечностей у детей.

46. Повреждения грудной клетки и плечевого пояса у детей.

47. Повреждения конечностей у детей.

48. Повреждения позвоночника и таза у детей.

49. Остеопении и остеопороз в травматологии и ортопедии. Особенности лечения переломов у лиц пожилого и старческого возраста.

50. Особенности лечения переломов позвоночника, шейки бедренной кости на фоне остеопороза.

51. Понятия «политравма», «травматическая болезнь». Классификация политравмы. Виды повреждений: множественные, сочетанные, комбинированные. Особенности течения, диагностики, лечения при политравме.

52. Периоды «травматической болезни». Шкалы оценки степени тяжести и прогноза у пациентов с политравмой.

53. Угрожающие жизни состояния при механических и термических поражениях. Шок и противошочковые мероприятия. Протокол «damage control» при политравме.

54. Классификация ЧМТ. Клиническая и инструментальная диагностика-методы и алгоритм, Расстройство сознания при ЧМТ, шкалы оценки состояния пациента.

55. Формы ЧМТ: сотрясение головного мозга; ушиб головного мозга; диффузное аксональное повреждение; сдавление мозга; сдавление головы. Осложнения в раннем и позднем периодах, их коррекция.

56. Термические ожоги. Оценка площади и классификация степени поражения при ожогах. Ожог дыхательных путей. Прогностические индексы: «правило сотни», индекс Франка.

57. Ожоговая болезнь: фазы, особенности течения, диагностики ожогового шока. Острая ожоговая токсемия; сепитикотоксемия.

58. Оказание помощи пострадавшим при термических ожогах.

59. Виды холодовой травмы: отморожение и общее охлаждение (замерзание). Этиология, патогенез, диагностика, классификация. Понятие «траншейная стопа». Степени общего охлаждения. Осложнения холодовой травмы.

60. Оказание помощи пострадавшим при холодовой травме: принципы лечения при отморожениях и замерзании.

61. Виды и объём травматологической помощи при ликвидации ЧС. Нарушения жизненно важных функций. Алгоритмы действий по оказанию медицинской помощи пострадавшим с повреждениями различных локализаций и воздействиями разных травмирующих факторов.

62. Классификация наследственных системных заболеваний

скелета. Врождённые патологии скелета.

63. Врождённый вывих бедра: анатомо-физиологические особенности тазобедренного сустава у новорожденных; этиология; диагностика; радиологическое исследование, лечение в разных возрастных группах.

64. Врождённая косолапость: этиология, диагностика, раннее функциональное лечение; показания, виды, техника оперативного лечения.

65. Врождённая мышечная кривошея: этиология, дифференциальная диагностика, консервативное и оперативное лечение.

66. Болезнь Шпренгеля. Диспластические дефекты развития грудной клетки.

67. Неравенство длины нижних конечностей у детей и подростков.

68. Артрогрипоз.

69. Остеоартроз. Определение и патоморфология. Классификация: Н.С. Косинской; ICRS. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика; алгоритм диагностики остеоартроза.

70. Определение тяжести остеоартроза; индекс Лекена. Дифференциальный диагноз. Принципы и методы консервативного лечения остеоартроза. Показания и методы хирургического лечения.

71. Околосуставные поражения: плечелопаточный синдром, эпикондилит, стилоидит.

72. Остеохондропатии (асептические некрозы): определение, патогенез, классификация.

73. Варианты остеоохондропатий- болезни: Легга-Кальве-Пертеса; Келлера I, II; Кинбека; Кальве; Осгуда-Шлаттера; Шинца-Хаглунга; Шойермана-Мау.

74. Принципы лечения метаболические заболевания костной системы.

75. Несовершенный остеогенез.

76. Болезнь Педжета (деформирующая остеодистрофия).

77. Аномалии развития позвоночника. Люмбализация и сакрализация. Незаращение позвонка. Аномалии тропизма. Боковые полупозвонки.

78. Определение осанки. Сагиттальный и фронтальный баланс позвоночника. Нарушение осанки и их профилактика.

79. Сколиоз: определение; классификация; понятие торсии позвонков; радиологическая диагностика - определение угла по методу Кобба, определение степени (метод В.Д. Чаклина), расчёт индекса стабильности.

80. Прогностические клинические и радиологические тесты. Тест Риссера. Показания и виды хирургических вмешательств при сколиозе.

81. Анатомо-физиологические особенности стопы. Функции стопы. Статические деформации стоп. Функциональная перегрузка стопы.

82. Плоскостопие, полая стопа. Плантография.

83. Вальгусное отклонение I пальца стопы, молоткообразные деформации пальцев, пяточная шпора, болезнь Фрейберга.
84. Маршевые переломы.
85. Вросший ноготь. Измерение индекса Фридланда.
86. Методы консервативного и хирургического лечения патологии стопы.
87. Церебральные параличи и методы ортопедической коррекции осложнений. Вялые параличи и деформации конечностей при них. Профилактика ортопедических последствий полиомиелита.
88. Анатомо-физиологические особенности позвоночно-двигательного сегмента.
89. Спондилолиз и спондилолистез: этиология, патогенез, диагностика.
90. Определение нестабильности позвоночно-двигательного сегмента.
91. Дегенеративные поражения позвоночника: остеохондроз, спондилёз, фиксирующий лигаментоз - болезнь Форестье, дисгормональная спондилопатия, спондилоартроз.
92. Стеноз позвоночного канала. Диагностические возможности рентгенографии (статические, функциональные исследования).
93. Ортопедические подходы к лечению дегенеративно-дистрофических поражения позвоночника- консервативные и оперативные методы.
94. Эндопротезирование крупных суставов. Виды эндопротезов.
95. Эндопротезирование при патологии коленного, тазобедренного и голеностопного суставов.
96. Ошибки и осложнения при эндопротезировании. Нестабильность эндопротезов. Ревизионное эндопротезирование.
97. Артроскопия. Определение методики, показания, противопоказания. История развития и современное состояние артроскопии. Условия для выполнения артроскопических вмешательств. Артроскопические доступы к суставам.
98. Оперативные вмешательства при ортопедической патологии коленного, тазобедренного и голеностопного суставов
99. Ревматоидный артрит (РА): этиология, патогенез и патоморфология, классификация, клиника и диагностика. Внесуставные проявления РА.
100. Консервативные и оперативные методы лечения РА. Болезнь Бехтерева (идиопатический анкилозирующий спондилоартрит).
101. Ворсинчатоузловой синовит. Острый гематогенный остеомиелит и деформации костей и суставов при остеомиелите.
102. Костно-суставной туберкулёз. Эпидемиология. Туберкулёзный спондилит, дифференциальный диагноз с неспецифическими спондилитами.
103. Туберкулёз суставов конечностей. Хирургическое лечение

поражений костей и суставов при туберкулёзе.

104. Клиническая классификация дисплазий и опухолей костей С.Т. Зацепина. Опухоли из хрящевой, костной ткани; невыясненной природы; соединительной ткани. Переходные формы опухолей.

105. Цели восстановительного лечения. Показания. Методы восстановительного лечения: лечебная физическая культура (ЛФК), механотерапия, мануальная терапия, массаж, тракционная терапия, физиотерапия, рефлексотерапия.

106. ЛФК как основной метод восстановительного лечения. Основные концепции ЛФК. Теория моторно-висцеральных рефлексов. Специальные физические упражнения: пассивные, активно-пассивные, активодинамические, изометрические, идеомоторные, корригирующие, постуральные. Задачи ЛФК периоды: иммобилизации, пост-иммобилизационный период, восстановительный период.

107. Гидрокинезотерапия. Механотерапия и современные механотерапевтические аппараты. Показания и виды тракционной и мануальной терапии у ортопедических больных.

108. Мотивирование к здоровому образу жизни в работе врача.

109. Коммуникативные ресурсы врача.

110. Приемы и техники эффективного общения.

111. Основы бесконфликтного поведения.

112. Категории и понятия педагогики как науки.

113. Современные теории обучения.

114. Педагогические способности врача.

115. Педагогические ситуации в работе врача.

116. Цели педагогической деятельности врача.

117. В каких случаях оказывается скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь гражданам Российской Федерации?

118. Основные мероприятия по организации подготовки органов управления, медицинских формирований и учреждений службы медицины катастроф к действиям в ЧС (в соответствии с Организационно-методическими указаниями Минздрава России).

119. Порядок оценки эффективности оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС.

120. Задачи и основы деятельности отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации ТЦМК.

121. Принципы оказания медицинской помощи пострадавшим в очаге землетрясения.

Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку выпускника:

1. Диагностика неотложных и угрожающих жизни состояний у пострадавших с механическими и термическими поражениями и оказания первой, первичной врачебной и скорой медицинской специализированной помощи;

2. Проведение медицинской сортировки в случаях массовых поражений в догоспитальном периоде;

3. Выполнение анестезии места перелома;

4. Выполнение инфильтрационной анестезии;

5. Выполнения шейной вагосимпатической блокады по Вишневскому

6. Выполнение внутритазовой блокады по Школьникову-Селиванову;

7. Выполнение заградной новокаиновой блокады;

8. Выполнение межреберной блокады;

9. Выполнение блокады вертебральной по Шнеку;

10. Выполнение паравертебральной блокады;

11. Выполнение паранефральной блокады;

12. Выполнения транспортной иммобилизации при различных повреждениях конечностей, таза, позвоночника;

13. Наложение и снятие гипсовых повязок - лонгетных, циркулярных, окончатых, мостовидных, этапных, шарнирно-гипсовых, корсетных; остановки наружного кровотечения;

14. Осуществление контроля в стационарных и амбулаторных условиях над вытяжением, гипсовыми повязками, аппаратами внеочаговой фиксации, положением костных отломков, ходом сращения переломов в процессе лечения;

15. Наложение скелетного вытяжения за пяточную кость, за дистальный метаэпифиз большеберцовой кости, за бугристость большеберцовой кости, за мыщелки бедренной кости, за локтевой отросток, за плечевую кость;

16. Вправление вывихов и репозиции переломов костей конечности на скелетном вытяжении;

17. Пункция тазобедренного, коленного, голеностопного, плечевого, локтевого, лучезапястного суставов;

18. Проведение закрытой ручной репозиции переломов ключицы, плечевой кости, диафизарных переломов костей предплечья, переломов лучевой кости в типичном месте (Коллеса, Смита), перелома Беннета, изолированных переломов мыщелков бедра, изолированных переломов мыщелков большеберцовой кости, переломов дистального метаэпифизов костей голени (наружной, внутренней лодыжек, с переломом заднего края большеберцовой кости, с подвывихом стопы «кнаружи», «кнутри», «кпереди», «кзади»);

вправления вывихов костей конечностей;

19. Проведение первичной хирургической обработки ран;

20. Наложение подкожного шва при повреждении сухожилий мышц-разгибателей пальцев кисти; транскутанного шва и пластики ахиллова сухожилия по Чернавскому; наложение стержневых аппаратов (типа АО, ЦИТО) при переломах бедренной кости, костей голени, плечевой кости, таза;

21. Сборка и наложение аппарата Илизарова при различных повреждениях;

22. Выполнение интрамедуллярного остеосинтеза бедренной, большеберцовой, плечевой костей;

накостного остеосинтеза пластинами;

23. Выполнение остеосинтеза переломов локтевого отростка и надколенника; шейки бедренной кости; переломов и вывихов ключицы; переломов лодыжек;

24. Удаление металлофиксаторов;

25. Выполнение открытой репозиции вывихов в суставах;

26. Выполнение репозиции при компрессионных переломах тел позвонков в нижнегрудном и поясничном отделах;

27. Проведение кожной пластики (свободной, итальянской, по Красовитову, расщепленным кожным лоскутом);

28. Выполнение эндопротезирования тазобедренного сустава;

29. Удаление внутричерепных гематом;

30. Проведение артроскопической менискэктомии;

31. Осуществление расчета и анализа статистических показателей, характеризующих состояние здоровья населения и системы здравоохранения;

32. Осуществление анализа деятельности различных подразделений медицинской организации;

33. Составление различных отчетов, подготовки организационно-распорядительных документов;

34. Оформление официальных медицинских документов, ведения первичной медицинской документации;

35. Осуществление работы с медицинскими информационными ресурсами и поиска профессиональной информации в сети Интернет;

36. Осуществление работы с научно-педагогической литературой; приемами психической саморегуляции в процессе обучения других;

37. Осуществление общения по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

38. Выполнение основных врачебных диагностических и лечебных

мероприятий по оказанию первичной врачебной медико-санитарной помощи при угрожающих жизни состояниях;

39.Осуществление организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера в мирное и военное время;

40.Осуществление правильного ведения медицинской документации в чрезвычайных ситуациях.

Примеры ситуационных задач, выявляющих сформированность компетенций выпускника, регламентированных образовательной программой ординатуры:

Задача 1.

Ныряльщик ударился головой о грунт на мелководье. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

Какие дополнительные исследования следует выполнить?

На какие возможные осложнения следует обратить внимание?

Как осуществить транспортную иммобилизацию?

Какое лечение следует назначить?

Задача 2.

Больной Ж. 37 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на резкие боли в правой половине таза. Со слов больного, за 40 минут до поступления был сбит автомашиной, получил удар в область правой половины таза. Сознание не терял. При осмотре выявлено: в области крыла правой подвздошной кости имеется обширная подкожная гематома, резкая болезненность при пальпации лонной и седалищной костей, а также в области крыла подвздошной кости справа. Правая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и несколько ротирована к наружи.

При измерении длины правой ноги абсолютного укорочения не определяется, однако при измерении длины от мечевидного отростка имеется относительное укорочение на 2,5 см. Положительны симптом Ларрея и симптом Вернейля.

ВОПРОСЫ:

Ваш предположительный диагноз?

К какой группе переломов костей таза относится данное повреждение?

Какая анестезия выполняется при данном повреждении?

В чем заключаются симптомы Ларрея и Вернейля?

Ваша тактика лечения?

Задача 3.

Молодой мужчина упал с высоты 2 м. Основной удар пришелся на левую пятку. Доставлен в травматологическое отделение больницы. Объективно: левая пятка уплощена,

расширена и отечна. Под внутренней лодыжкой кровоподтек. Продольный свод стопы уплощен. Нагрузка на пятку невозможна из-за сильных болей. Пальпация пятки болезненна. Сокращение мышц голени вызывает усиление болей в пятке. При осмотре сзади обеих стоп видно, что на поврежденной стороне лодыжки стоят ниже, а ось пяточной кости наклонена внутрь. Активные приведение и отведение, пронация и супинация отсутствуют.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

1. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
2. Какова тактика лечения?

Задача 4.

Больной К., 32 лет доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение. Со слов больного: упал с высоты 1,5 м, ударился головой и правой половиной грудной клетки. Отмечает потерю сознания при травме. Жалобы на головокружение, тошноту, боль в правой половине грудной клетки. Невозможность из-за боли глубоко вздохнуть. При кашле боль в правой половине грудной клетки резко усиливается. Общее состояние средней тяжести, в сознании, контактен, ориентирован. Кожные покровы бледно-розовой окраски. В легких дыхание несколько ослаблено. ЧДД- 16 мин АД-130/80, пульс- 74/мин. В неврологическом статусе в момент осмотра горизонтальный нистагм. Местный статус: в области лба из-под сбившейся повязки видна рана с неровными краями размерами 5 x 1,5 см. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При пальпации грудной клетки резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность 4,5,6,7 ребер справа по передней подмышечной линии. Подкожной эмфиземы нет.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует произвести при поступлении больного.
3. Виды блокад.
4. На что следует обратить внимание при производстве ПХО раны
5. Лечебная тактика у данного больного.

Задача 5.

Мужчина 20 лет доставлен в приемное отделение через 1 час после пулевого ранения грудной клетки, полученного с близкого расстояния. При осмотре: касательное пулевое ранение левой половины грудной клетки в 6 межреберье по задней и средней подмышечной линиям. Рана умеренно кровоточит. Поступления воздуха в рану при дыхательных движениях нет. Состояние средней тяжести. Умеренный цианоз. Пульс 110 уд. в мин. удовлетворительного наполнения. АД=140/100, ЧДД до 40 в мин., поверхностное. Левая половина грудной клетки почти не участвует в дыхании, несколько выбухает. Перкуторный звук слева коробочный. Дыхание не проводится. Аускультативно - смещение проекции тонов сердца вправо.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы обследования показаны этому больному?
3. Перечислите лечебные мероприятия по оказанию помощи пациенту.

Задача 6.

Юноша упал с высоты около 3 м. Основная сила удара пришлась на левую ногу. Самостоятельно подняться не мог. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре левое бедро припухшее, деформировано, ось его искривлена. Ощупывание места травмы болезненно. Отмечается патологическая подвижность в средней трети бедра. Не может поднять левую ногу. Чувствительность и двигательная функция стопы сохранены в полном объеме. Пульс на периферических артериях сохранен.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Какова тактика лечения?
4. Как будет произведена анестезия?
5. Что следует выполнить после анестезии?
6. Сроки реабилитации.

Задача 7.

Ученик VI класса средней школы катался на лестничных перилах. При очередной попытке съехать вниз упал на разогнутую в локтевом суставе левую руку с опорой на ладонь. Предплечье при этом как бы "переразогнулось". В результате этой травмы появились сильные боли в локтевом суставе. Обратился за помощью в травматологический пункт. Объективно: левый локтевой сустав увеличен в объеме, деформирован, локтевая ямка сглажена. При осторожном ощупывании сзади выступает локтевой отросток. Ось плеча смещена вперед. Рука находится в вынужденном полуразогнутом положении. Активные движения в локтевом суставе невозможны. При попытке пассивных - пружинящее сопротивление.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Какие из перечисленных симптомов абсолютные для данного повреждения?
4. Каким способом будет осуществляться лечение повреждения?
5. Как будет осуществляться иммобилизация локтевого сустава?

Задача 8.

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

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какой метод лечения следует избрать?
3. Какова техника оперативного лечения?
4. Особенности послеоперационного ведения больного?
5. В каких случаях оперативное лечение не производят?

Задача 9.

Больной Д., 23 лет, сбит легковой автомашиной на проезжей части улицы вне пешеходного перехода. Прохожими вызвана "скорая помощь", которая доставила пострадавшего через 40 мин. после травмы в приемное отделение городской больницы. При поступлении: бледность кожных покровов, в сознании, ретроградной амнезии нет, ПУЛЬС 100 уд. в мин. удовлетворительного наполнения. АД 100/60 мм рт. ст. Левая нижняя конечность фиксирована транспортной шиной от пальцев стопы до в/з голени. В н/з голени марлевая повязка обильно промокла кровью. Пальцы стопы теплые, обычной окраски активные движения невозможны из-за боли. По снятии повязки на передней поверхности голени рваная рана размерами 3х5 см с осадненными краями. Голень деформирована на границе средней и нижней трети под углом открытым кнутри и кпереди. Пульс на артериях стопы определяется четко. Чувствительность не нарушена. Кровотечение из раны на голени небольшое.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Правильно ли наложена транспортная шина?
3. Какие еще манипуляции следовало бы сделать сотрудникам "скорой помощи"?
4. Ваши действия при поступлении пострадавшего?
5. Какова лечебная тактика при подобных повреждениях?

Задача 10.

Ранен пулей в грудь и область позвоночника. Сразу упал и подняться не смог. В МПП состояние тяжелое. Пульс 96 уд. в мин. АД- 95/50 мм рт.ст. Мышечный тонус на нижних конечностях резко снижен, движения и чувствительность отсутствуют. Мочевой пузырь переполнен, позывов к мочеиспусканию нет. На уровне 7 грудного позвонка, слева от остистых отростков имеется рана размеров 2 на 2 см. Вторая рана справа на уровне 5го ребра по средней подмышечной линии. Дыхание над правым легким не прослушивается.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Объем помощи на поле боя.
3. Объем помощи на МПП.
4. Объем помощи на ОМЕДБ.
5. Примите решение о дальнейшей эвакуации.

Задача 11.

Подросток упал с качелей и ударился наружной поверхностью правого плечевого сустава о землю. Появились сильные боли в области ключицы. Обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре отмечается деформация правой ключицы, правое надплечье укорочено и опущено ниже левого. Здоровой рукой пациент придерживает поврежденную руку за предплечье, согнутую в локтевом суставе, прижимает ее к туловищу. Область правой ключицы отечна. При пальпации появляется резкая болезненность и удается определить концы отломков. Движения в правом плечевом суставе болезненны, особенно при попытке поднять и отвести руку.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Как будет осуществляться анестезия?
3. Какова тактика лечения?
4. Как будет осуществляться иммобилизация?
5. Показания для оперативного лечения?

Задача 12.

Водитель легкового автомобиля резко затормозил перед близко идущим пешеходом. В результате он сильно ударился грудной клеткой о рулевое колесо. Обратился в травматологическое отделение больницы. Пострадавший жалуется на сильные боли в месте травмы, возрастающие при глубоком вдохе, кашле и ощупывании. Пациент сидит в вынужденной позе неподвижно, наклонив туловище вперед, сутулится, часто и поверхностно дышит. Грудина болезненная, имеет ступенчатую деформацию (тело грудины смещено назад), особенно заметную при пальпации.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Как будет производиться анестезия?
4. Какова тактика лечения? Показания к хирургическому лечению.
5. Длительность иммобилизации?

Задача 13.

Мужчина средних лет нес в правой руке груз, оступился и упал на правое плечо. Сильный удар пришелся на область плечевого сустава, максимально опущенного в это время

вниз под тяжестью груза. Мужчина почувствовал сильную боль в области надплечья. Через сутки обратился в травматологическое отделение больницы. При сравнительном осмотре здорового и поврежденного надплечья правое отечно, наружный (акромиальный) конец ключицы ступенеобразно выпячивается. Отмечается локальная болезненность в ключично-акромиальном сочленении. Движения в плечевом суставе, особенно отведение и поднятие плеча вверх, ограничены и болезненны. При надавливании на акромиальный конец ключицы она опускается, после прекращения давления она вновь поднимается - пружинящая подвижность ключицы.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Каким еще термином обозначают симптом пружинящей фиксации при данном повреждении?
4. Какова тактика лечения?
5. Как будет осуществляться оперативное вмешательство?

Задача 14.

Больной Ж. 37 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на резкие боли в правой половине таза. Со слов больного, за 40 минут до поступления был сбит автомашиной, получил удар в область правой половины таза. Сознание не терял. При осмотре выявлено: в области крыла правой подвздошной кости имеется обширная подкожная гематома, резкая болезненность при пальпации лонной и седалищной костей, а так же в области крыла подвздошной кости справа. Правая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и несколько ротирована к наружи. При измерении длины правой ноги абсолютного укорочения не определяется, однако при измерении длины от мечевидного отростка имеется относительное укорочение на 2,5 см.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. К какой группе переломов костей таза относится данное повреждение?
3. Какая анестезия выполняется при данном повреждении?
4. Ваша тактика лечения?

Задача 15.

Раненный Д. 20 лет, при взрыве получил сильный удар в области правой половины грудной клетки крупным отломком бетонной стены. Доставлен на МПП в тяжелом состоянии. Жалобы на резкие боли, ощущение нехватки воздуха. Выраженный цианоз. Дыхание поверхностное до 36 в мин. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный, АД = 140/100. Перкуторно - звук справа с коробочным оттенком. Дыхание резко ослаблено. Притупление в реберно-диафрагмальном синусе. При пальпации- " хруст снега ", тестоватая консистенция грудной стенки и крепитация газа в мягких тканях. Отмечается западение спереди грудной стенки между передней и задней подмышечными линиями на уровне 3 и 4 межреберий.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Методы дополнительного обследования.
3. Объем оказания помощи пострадавшему.

Задача 16.

Молодой человек попытался поднять большой груз. Почувствовал треск и сильную боль в правом плечевом суставе. Первые 2 дня после травмы за медицинской помощью не обращался, и только на 3-й день обратился в травматологический пункт. Объективно: на передней поверхности правого плеча в верхней трети появился кровоподтек, сила двуглавой мышцы снижена. Функция локтевого и плечевого суставов не нарушена. При сгибании предплечья в локтевом суставе появляется выпячивание шаровидной формы на

передненаружной поверхности плеча величиной с куриное яйцо. При разгибании предплечья это образование исчезает. С помощью ощупывания выяснилось, что это образование относится к длинной головке двуглавой мышцы плеча.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. В каком участке наиболее часто происходит повреждение?
3. Какова тактика лечения?
4. Как осуществляется иммобилизация?

Задача 17.

Пожилая полная женщина шла по обледенелому тротуару. Поскользнулась и упала, опираясь на ладонь вытянутой правой руки. Появились сильные боли в лучезапястном суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: правый лучезапястный сустав отечный, движения в нем очень болезненные и ограниченные. Отчетливо определяется "штыкообразная" деформация сустава (дистальный отломок вместе с кистью смещен к тылу). Пальпация тыльной поверхности сустава болезненна. Осевая нагрузка вызывает усиление болей в месте травмы.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует выполнить?
3. Как будет осуществлена анестезия?
4. Какой способ лечения следует избрать?
5. Как будет осуществляться иммобилизация области повреждения?

Задача 18.

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

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

ВОПРОСЫ:

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

Задача 19.

Молодой человек упал и ударился левым локтевым суставом о твердый предмет, при этом рука была согнута. Обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левая рука выпрямлена, свисает. Больной щадит ее, придерживая здоровой рукой. Локтевой сустав увеличен в объеме, по задней поверхности определяется припухлость. Пальпация сустава болезненна, боль особенно усиливается при надавливании на локтевой отросток. Между отростком и локтевой костью прощупывается поперечная щель. Локтевой отросток слегка смещается в боковых направлениях. Пассивные движения в локтевом суставе свободны, но болезненны. Активное разгибание невозможно, а сгибание сохранено, но болезненно.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

1. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
2. Какова тактика лечения в данном случае?
3. Как будет осуществляться лечебная иммобилизация?

Задача 20.

Нырлящик ударился головой о грунт на мелководье. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует выполнить?
3. На какие возможные осложнения следует обратить внимание?
4. Как осуществить транспортную иммобилизацию?
5. Какое лечение следует назначить?

Задача 21.

Молодой человек, защищаясь от удара палкой, поднял над головой левую руку, согнутую в локтевом суставе. Удар пришелся по верхней трети предплечья. Появились сильные боли в месте травмы. Предплечье согнуто в локтевом суставе, в верхней трети деформировано, имеется западение со стороны локтевой кости и выпячивание по передней поверхности предплечья. Пострадавший обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левого локтевого сустава прощупывается головка лучевой кости. Пальпация деформированной области резко болезненна. Поврежденное предплечье несколько укорочено. Активные и пассивные движения предплечья резко ограничены и болезненны. Чувствительность кисти и предплечья не нарушена.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Какова разновидность данного повреждения в зависимости от направления смещения фрагментов?
4. Какова тактика лечения?
5. Как следует произвести иммобилизацию предплечья?

Пример формирования билета для итогового собеседования

Билет 1

1. Травматическая болезнь. Определения понятия «травматическая болезнь». Эпидемиология, классификация

2. Клиническая характеристика статического плоскостопия, поперечного плоскостопия, вальгусного отклонения большого пальца стопы, молоткообразной деформации пальцев стоп, пяточной шпоры, болезни Дойчлендера.

3. Синдром длительного сдавления. Классификация, клиника, лечение, осложнения.

4. Ситуационная задача.

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

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

В каком участке наиболее часто происходит повреждение данной мышцы?

Какова тактика лечения?

К чему фиксируют поврежденный конец сухожилия?

Как осуществляется иммобилизация?

IV. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА

4.1. Критерии оценки при междисциплинарном тестировании:

Отлично - правильных ответов 90-100%.

Хорошо - правильных ответов 80-89%.

Удовлетворительно - правильных ответов 70-79%.

Неудовлетворительно - правильных ответов 69% и менее.

4.2. Критерии оценки ответов обучающихся при собеседовании:

Характеристика ответа	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному	Отлично
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному	Хорошо
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены,	Удовлетворительно

теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки	
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение <u>качества выполнения учебных заданий</u> .	Неудовлетворительно

4.3. Критерии уровней подготовленности к решению профессиональных задач:

Уровень	Характеристика
Высокий (системный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями
Средний (междисциплинарный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при нетипичности профессиональной задачи
Низкий (предметный)	Действие осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия

V. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

5.1. Справочные материалы по нормативно-правовому и методическому обеспечению программы

Основная литература:

1. Травматология [Текст] : нац. руководство / гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.
2. Травматология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [О. Е. Агранович и др.] ; под. ред. Г. П. Котельникова, С. П. Миронова. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 1102 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
3. Ортопедия: нац. руководство / Ассоц. мед. о-в по качеству ; А. В. Амбросенков и др. ; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.
4. Ортопедия: учеб.-метод. пособие / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; [Е. П. Кузнечихин, В. М. Крестьяшин, Д. Ю. Выборнов и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва: РГМУ, 2010.
5. Избранные труды по комбустиологии / под ред. Н. В. Островского ; [А. А. Алексеев, В. Б. Бабкин, И. Б. Белянина и др.] ; МУЗ "Городская клиническая больница № 7" ; Саратовский центр термических поражений. - М. : Науч. кн., 2009. - 275 с.
6. Королук, И. П. Лучевая диагностика [Текст] : [учеб. для вузов] / И. П. Королук, Л. Д. Линденбратен. - 3-е изд., перераб и доп. - Москва : БИНОМ, 2015.
7. Лучевая диагностика [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / [Г. Е. Труфанов и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2013. - 496 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
8. Бургенер, Ф. А. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов [Текст] : руководство : атлас : более 1000 рентгенограмм / Ф. А. Бургенер, М. Кормано, Т. Пудас ; пер. с англ. под ред. С. К. Тернового, А. И. Шехтера. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Пер. изд.: Bone and joint disorders differential diagnosis in conventional radiology / F. A. Burgener et al. - 2nd rev. ed. - Stuttgart ; New York : Thieme.

Дополнительная литература:

1. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / под ред. Н. В. Корнилова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 585 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
2. Травматология и ортопедия [Текст] : [учебник для высших учебных заведений] / [Г. М. Кавалерский, Л. Л. Силин, А. В. Гаркави и др.] ; под ред. Г. М.

Кавалерского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : Академия, 2008. - 623 с. : ил. - (Высшее профессиональное образование : Медицина).

3. Соков, Л. П. Курс травматологии и ортопедии : учеб. для студентов по спец. 060101 (040100) - Лечеб. дело / Л. П. Соков. - М. : РУДН, 2007.

4. Реуцкий, И. А. Диагностика ревматических заболеваний [Текст] : рук. для врачей. Москва : МИА, 2011. Злокачественные опухоли костей [Текст] : [руководство] / под ред. М. Д. Алиева. - Москва : Изд. гр. РОНЦ, 2008. - 405 с.

5. Гайворонский, И. В. Остеология [Текст] : [учебное пособие для факультетов подготовки врачей]. - 4-е изд. - Санкт-Петербург : ЭЛБИ-СПб., 2012.

6. Ветрилэ, С. Т. Краниовертебральная патология / С. Т. Ветрилэ, С. В. Колесов. - Москва : Медицина, 2007. - 317 с. : ил. - (Библиотека практикующего врача).

7. Новосельцев, С. В. Введение в остеопатию [Текст] : краниодиагностика и техники коррекции : практ. рук. для врачей / С. В. Новосельцев. - СПб. : ФОЛИАНТ, 2007.

8. Рыбаков, Г. Ф. Черепно-мозговая травма и клапанная с демпферным механизмом костесохраниющая хирургия [Текст]. - Изд. 2-е, доп., уточн. - Чебоксары : Новое Время, 2012.

9. Сидоркина, А. Н. Биохимические аспекты травматической болезни и ее осложнений / А. Н. Сидоркина, В. Г. Сидоркин. - 2-е изд., перераб. и доп. - Н. Новгород : НИИТО Росмедтехнологий, 2009.

10. Ахмадов Т. З. Устройства и методики исследования функционального состояния позвоночника: учебное пособие / Т. З. Ахмадов ; Чеченский государственный университет. - Грозный : ЧГУ, 2007.

11. Малышев, В. Г. Основные механизмы развития посттравматической вертебро-базилярной сосудистой недостаточности [Текст] / В. Г. Малышев, Е. В. Малышева. - М. : Наука, 2012. - 238 с.

12. Малышев, В. Г. Ведущие механизмы вертебро-базилярной недостаточности при ротационной цервикальной травме / В. Г. Малышев. - М. : Компания Спутник+, 2008. - 264 с.

13. Практическое руководство по амбулаторной ортопедии детского возраста [Текст] / [О. В. Васильева, А. И. Гуревич, А. О. Домарев]; под ред. В. М. Крестьяшина. - М.: МИА, 2013.

14. Кун, Ф. Травматология глазного яблока [Электронный ресурс] : пер. с англ. / Ф. Кун. - Москва : Логосфера, 2011. - 556 с. - URL : <http://books-up.ru>.

15. Травматические повреждения детского возраста: учебно-методическое пособие

/ Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии; [Е. П. Кузнечихин, Д. Ю. Выборнов, В. М. Крестьяшин и др. ;

под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.

16. Детская хирургия. Диагностика и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста: [учебно-методическое пособие для лечеб. факультетов] / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; [С. Л. Коварский, Л. Б. Меновщикова, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010. - 190 с.

18. Бундало, Н. Л. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство [Текст] / Н. Л. Бундало. - Красноярск : КрасГМУ, 2009. - 349 с.

19. Кампхаузен, У. Уход в хирургической практике : [руководство] / У. Кампхаузен; пер. с нем. М. Д. Дибирова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 469 с. : ил. - Пер. изд.: Klinikleitfaden Chirurgische Pflege / hrsgb. U. Kamphausen. (2. vol. uber. Aufl. Munchen: Jena: Elsevier : Urban und Fischer).

20. Основы лучевой диагностики и терапии [Электронный ресурс] : [нац. рук.] / [Абдураимов А. Б. и др.] ; гл. ред. сер. и тома С. К. Терновой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 996 с.: ил. - URL: <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

21. Терновой, С. К. Лучевая диагностика и терапия : [учебник для вузов] / С. К. Терновой, В. Е. Синицын. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 300 с.

22. Васильев, А. Ю. Лучевая диагностика [Текст] : [учеб. для педиатр. вузов и фак.] / А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова. - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.

23. Полунин, В. С. Профилактические рекомендации по здоровому образу жизни на 2014 год [Текст] / В. С. Полунин ; Каф. обществ. здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - [19-е изд.]. - Москва : РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2013. - 139 с. : ил., портр. - Изд. подгот. в связи с 90-летием кафедры. - На обл. и тит. л. : Здоровая Россия, 1924-2014.

24. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] : [учебник] / под ред. А. В. Решетникова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 191 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

25. Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : [учеб. для системы послевуз. проф. образования врачей]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.

26. Управление и экономика здравоохранения [Текст] : учеб. пособие для вузов / [А. И. Вялков, В. З. Кучеренко, Б. А. Райзберг и др.] ; под ред. А. И. Вялкова. - 3-е изд., доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 658 с.

Перечень лицензионного программного обеспечения

- Windows ОС (Windows 10 Pro)

- OpenOffice, Версия 4
- 1С: Предприятие
- КИС ЕМИАС
- МИС Медиалог
- Парус Бюджет 8 (СКУУ ЕМИАС)
- ПО "Интеллект"
- Kaspersky Anti-Virus Suite

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся демонстрировать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.