

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«09» сентября 20 21 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,  
председатель Учебно-методического совета,  
д.м.н., профессор В.И. Овечко

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому, дополнительному  
профессиональному образованию и региональному  
развитию здравоохранения,  
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

## ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования  
(программам ординатуры) по специальности  
31.08.66 «Травматология и ортопедия»  
Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;

- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.17 «Травматология и ортопедия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1059;

- Профессиональным стандартом «Врач-травматолог-ортопед», утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12 ноября 2018 г. № 698н;

- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;

- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;

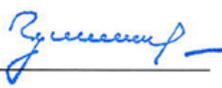
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;

- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;

- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическим специальностям на базах учреждений, подведомственных роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

Разработчики программы:

Зав. кафедрой экстремальной медицины,  
травматологии, ортопедии и ВПХ  
д.м.н., профессор

  
(подпись)

Е.К. Гуманенко

Профессор кафедры хирургических  
болезней детского возраста, д.м.н.

  
(подпись)

Н.Г. Жила

Программа рассмотрена на заседании кафедры экстремальной медицины, травматологии,  
ортопедии и ВПХ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России,  
протокол № 1 от « 30 » 08 2022 года.

Зав. кафедрой экстремальной медицины,  
травматологии, ортопедии и ВПХ  
д.м.н., профессор

  
(подпись)

Е.К. Гуманенко

## **1. Общие положения**

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.66 «Травматология и ортопедия» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.66 «Травматология и ортопедия» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.66 «Травматология и ортопедия» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

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

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

## **2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций**

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.

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.

### **3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации**

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.**

#### ***Универсальные компетенции (УК):***

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

#### ***Профессиональные компетенции (ПК):***

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).

#### **4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации**

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

## **5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК 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. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

## **6. Программа государственного экзамена**

### **6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену**

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

### **6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен**

#### **6.2.1. Вопросы для собеседования**

1. Определение предмета травматологии и ортопедии. Цели и задачи. Основные пути развития травматологии и ортопедии в историческом аспекте (травматологические и ортопедические школы Санкт-Петербурга).
2. Закрытые травмы грудной клетки без повреждения внутренних органов: переломы ребер,

грудины, лопатки. Классификация закрытых травм грудной клетки, диагностика, лечение. Множественные переломы ребер, виды, особенности диагностики. «Рёберный клапан» - определение, виды, способы лечения.

3. Опухоли костей, классификация. Первичные доброкачественные опухоли хрящевого и костного происхождения: хондрома, хондробластома, остеобластокластома, остеома, остеоид-остеома. Диагностика, профилактика и лечение. Современные технологии хирургического лечения.

4. Принципы организации травматолого-ортопедической службы в Российской Федерации. Современные достижения травматологии и ортопедии.

5. Закрытые травмы груди с повреждением внутренних органов. Классификация. Гемоторакс: определение, диагностика, классификация, принципы лечения. Гемоторакс, Пневмоторакс: определение, классификация, способы диагностики и лечения. Хирургическая технология дренирования плевральной полости при напряжённом пневмотораксе и большом гемотораксе.

6. Системный остеопороз. Классификация. Эпидемиология. Методы диагностика и принципы лечения. Шкала оценки 10-летнего риска остеопорозных переломов (FRAX).

7. Современная система организации медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми травмами, сопровождающимися травматическим шоком. Содержание экстренной специализированной травматологической помощи в травмоцентре 1-го уровня. Силы и средства для ее оказания.

8. Переломы грудины и ключицы. Классификация, клиника, диагностика. Способы консервативного и хирургического лечения. Ушиб и тампонада сердца: определение, диагностика, принципы лечения. Остеосинтез ключицы – современные технологии.

9. Вторичные злокачественные опухоли: метастатические и прорастающие в кость (синовиома). Диагностика, профилактика и лечение. Современные технологии хирургического лечения.

10. Современная система организации медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми травмами, сопровождающимися травматическим шоком. Содержание экстренной специализированной догоспитальной медицинской помощи и экстренной многопрофильной специализированной медицинской помощи в травмоцентрах.

11. Разрыв ключично-акромиального и грудинно-ключичного сочленения. Классификация, клиника, диагностика. Способы консервативного и хирургического лечения.

12. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга-Кальве-Пертеса). Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.

13. Современная система организации медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми травмами, сопровождающимися травматическим шоком. Структура травмоцентров 1-го уровня и содержание их работы по оказанию экстренной многопрофильной специализированной хирургической помощи.

14. Переломы диафиза плечевой кости: классификация, механизм травмы, диагностика, способы лечения. Способы фиксации на догоспитальном и госпитальном этапе. Признаки повреждения лучевого нерва: способы профилактики и лечения. Объективный выбор лечебной тактики при политравмах. Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (Orthopedics damage control) или тактика раннего полного объема травматологической помощи (Early total care): определение и содержание.

15. Рассекающий остеохондрит тазобедренного и коленного суставов (болезнь Кенига). Этиология и патогенез. Клинические стадии заболевания. Диагностика и лечение.

16. Реабилитация, ее виды, цели, задачи, этапы. Реабилитационный потенциал – определение. Реализация реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата в системе отечественного здравоохранения.

17. Переломы головки и шейки плечевой кости: классификация, механизм травмы, диагностика, лечение. Способы фиксации на догоспитальном и госпитальном этапе. Показания и содержание хирургического лечения.

18. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуда-Шляттера), ладьевидной кости стопы (болезнь Келлера 1), головок 2-3 плюсневых костей (болезнь Келлера 2). Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Показания и содержание хирургического лечения.
19. Организация лечения травматологических и ортопедических больных в амбулаторных условиях. Организация работы травматологического пункта, задачи и структурно-функциональные подразделения.
20. Вывихи плеча: классификация, механизм травмы, диагностика. Способы вправления вывиха плеча. Способы фиксации на догоспитальном и госпитальном этапе. Способы последующего лечения. Показания к хирургическому лечению.
21. Остеохондропатия апофизов тел позвонков (болезнь Шейермана-Мау), тела позвонка (болезнь Кальве), травматический спондилит (болезнь Кюммеля). Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Показания и содержание хирургического лечения.
22. Особенности, показания и содержание амбулаторного лечения травматологических больных: транспортная и лечебная иммобилизация, показания к смене гипсовых повязок, показания и содержание хирургического лечения, физиотерапия и лечебная физкультура в условиях поликлиники, сроки амбулаторного лечения.
23. Повреждение мышц и связок плеча: механизм травмы, классификация, диагностика. Клиника и диагностика повреждений вращательной манжеты плеча. Клиника и диагностика повреждений сухожилия длинной головки бицепса. Показания и содержание хирургического лечения.
24. Ревматоидный артрит. Патогенез, клиника, диагностика. Современные подходы к лечению.
25. Объективные критерии исходов лечения травматологических больных, шкалы.. Определение трудоспособности травматологических больных и порядок их направления на врачебно-трудовую экспертизу (ВТЭК).
26. Вывихи предплечья и переломы венечного отростка. Классификация и механизм травмы. Способы фиксации на догоспитальном и госпитальном этапе. Клиника, диагностика, лечение. Показания и содержание хирургического лечения.
27. Деформирующий артроз тазобедренного сустава. Патогенез, классификация, консервативное и оперативное лечение. Эндопротезирование: показания, виды эндопротезов, хирургические доступы, технология оперативного вмешательства.
28. Репаративная регенерация костной ткани. Источники и этапы репаративной регенерации. Определение понятий “замедленная консолидация” и “ложный сустав”. Патогенез и ятрогенные причины. Клиника и диагностика. Показания и содержание хирургического лечения.
29. Перелома-вывихи Монтеджи и Галеацци: определение, механизм травмы. Способы фиксации на догоспитальном и госпитальном этапе. Клиника, диагностика, лечение. Показания и содержание хирургического лечения.
30. Деформирующий артроз коленного сустава. Патогенез, классификация, консервативное и оперативное лечение. Эндопротезирование: показания, виды эндопротезов, хирургические доступы, технология оперативного вмешательства.
31. Классификация переломов костей: по виду, характеру, локализации, линии перелома и характеру смещения. Международная классификация АО/ASIF.
32. Переломы диафиза костей предплечья: классификация, механизм травмы. Клиника, диагностика, лечение. Способы фиксации на догоспитальном и госпитальном этапе. Показания и содержание хирургического лечения.
33. Деформирующий артроз тазобедренного сустава. Патогенез, классификация, консервативное и оперативное лечение. Эндопротезирование: показания, виды эндопротезов, хирургические доступы, технология оперативного вмешательства.
34. Принципы и современные способы диагностики переломов костей. Основные методы лечения переломов костей. Консервативные методы, показания и способы: гипсовая повязка

и скелетное вытяжение.

35. Переломы лучевой кости в типичном месте (переломы Колеса, Смита): определение, механизм травмы, классификация. Способы фиксации на догоспитальном и госпитальном этапе. Клиника, диагностика, лечение. Техника репозиции и лечебной гипсовой иммобилизации, длительность лечения и принципы реабилитации, срок восстановления трудоспособности.

36. Деформирующий артроз плечевого сустава. Патогенез, классификация, консервативное и оперативное лечение. Эндопротезирование: показания, виды эндопротезов, хирургические доступы, технология оперативного вмешательства.

37. Открытые переломы длинных трубчатых костей. Современная классификация, клиника и диагностика. Оказание травматологической помощи на догоспитальном и госпитальном этапе. Показания, вид и содержание хирургического лечения. Причины, частота и виды осложнений.

38. Повреждение сухожилий и нервов предплечья: клиника, диагностика, лечение. Способы иммобилизации на догоспитальном этапе. Показания и содержание хирургического лечения.

39. Болезнь Бехтерева. Патогенез, клиника, диагностика. Современные подходы к лечению.

40. Источники и этапы репаративной регенерации костной ткани. Определение понятий «замедленная консолидация», «несращение перелома» и «ложный сустав». Патогенез и ятрогенные причины. Клиника и диагностика. Показания и содержание хирургического лечения.

41. Переломы и вывихи костей кисти: классификация и механизм травмы. Способы фиксации на догоспитальном и госпитальном этапе. Клиника, диагностика, лечение. Показания и содержание хирургического лечения.

42. Продольное и поперечное плоскостопие, hallux valgus, молоткообразная деформация пальцев. Патогенез, диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению. Способы хирургического лечения hallux valgus.

43. Хирургические методы лечения переломов костей, показания и способы. Интрамедуллярный остеосинтез: современные подходы, способы, современные импланты. Сроки вертикализации, длительность нетрудоспособности, преимущества и недостатки. Понятие стабильного минимально инвазивного остеосинтеза.

44. Гигромы кисти: определение и патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и содержание хирургического лечения.

45. Пороки осанки. Типы, этиология и патогенез. Профилактика, диагностика, лечение. Показания и содержание хирургического лечения.

46. Хирургические методы лечения переломов костей, показания и способы. Накостный остеосинтез: современные подходы, способы, современные импланты. Сроки вертикализации, длительность нетрудоспособности, преимущества и недостатки. Понятие стабильного минимально инвазивного остеосинтеза.

47. Переломы таза. Классификация и механизм травмы. Клиника и диагностика множественных ротационно-нестабильных переломов. Способы фиксации ротационно-нестабильных переломов таза на догоспитальном и госпитальном этапе. Принципы и способы экстренной хирургической фиксации. Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (Orthopedics damage control).

48. Сколиоз. Определение, классификация, патогенез. Диагностика, профилактика, лечение. Показания и содержание хирургического лечения.

49. Определение понятий: «изолированная», «множественная», «сочетанная» и «комбинированная» травма, «политравма». Клиническая характеристика политравм. Алгоритм экстренной диагностики и оказания экстренной многопрофильной медицинской помощи в травмоцентрах 1-го уровня. Современные стратегии хирургического лечения. Тактики и методы лечения повреждений опорно-двигательного аппарата.

50. Травмы таза с переломами костей и повреждением тазовых органов. Классификация и механизм травмы. Иммобилизация таза на догоспитальном и госпитальном этапе. Классификация, клиника, диагностика и принципы экстренного хирургического лечения повреждений уретры, мочевого пузыря и прямой кишки.
51. Врожденный вывих бедра: этиология и патогенез. Клиника, диагностика и лечение. Показания и содержание хирургического лечения.
52. Современные подходы к объективной оценке тяжести травм. Способы объективной оценки тяжести повреждений. Способы объективной оценки тяжести состояния пострадавших. Значение объективной оценки тяжести травм в определении рациональной тактики лечения переломов длинных трубчатых костей, таза и позвоночника при политравмах.
53. Переломы бедренной кости: классификация. Клиника и диагностика переломов проксимального отдела бедренной кости. Способы фиксации на догоспитальном и госпитальном этапе. Способы консервативного лечения. Показания, виды и содержание хирургического лечения: внутренний накостный и внутрикостный остеосинтез, наружный внеочаговый остеосинтез. Определение миниинвазивного остеосинтеза. Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения при политравмах (Orthopedics damage control).
54. Врожденные деформации: косолапость, косорукость, синдактилия. Патогенез, диагностика, профилактика, лечение. Показания и содержание хирургического лечения.
55. Травматический шок и острая массивная кровопотеря. Классификация, этиология и патогенез, взаимосвязь. Роль кровопотери в патогенезе травматического шока. Принципы оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и в травмоцентрах.
56. Переломы бедренной кости: классификация. Клиника и диагностика переломов диафиза бедренной кости. Способы фиксации на догоспитальном и госпитальном этапе. Способы консервативного лечения. Показания, виды и содержание хирургического лечения: внутренний накостный и внутрикостный остеосинтез, наружный внеочаговый остеосинтез. Определение миниинвазивного остеосинтеза. Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения при политравмах (Orthopedics damage control).
57. Классификация церебральных (спастических) параличей. Этиология и патогенез. Клиника и ортопедические методы лечения. Показания и содержание хирургического лечения.
58. Синдром длительного сдавления: этиология, патогенез, клиника. Классификация острой ишемии конечности и ее значение при определении лечебной тактики. Диагностика синдрома длительного сдавления, особенности оказания догоспитальной медицинской помощи, особенности интенсивной терапии и хирургического лечения.
59. Травмы коленного сустава. Гемартроз – определение. Повреждение связок коленного сустава: механизм, классификация, клиника, диагностика. Способы фиксации сустава на догоспитальном и госпитальном этапе. Показания и способы хирургического лечения. Артроскопия: показания, технология оперативного вмешательства. Длительность лечения. Способы реабилитации.
60. Вялый паралич. Этиология, патогенез и клиническая характеристика. Ортопедические методы лечения. Показания и содержание хирургического лечения.
61. Травматический шок. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Принципы оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Содержание специализированной хирургической многопрофильной помощи в травмоцентре 1-го уровня.
62. Артроскопия тазобедренного, голеностопного, плечевого, локтевого и лучезапястного суставов: показания, технология оперативного вмешательства. Длительность лечения. Способы реабилитации.
63. Остеохондроз позвоночника: этиология, патогенез, классификация. Диагностика и лечение. Показания и содержание хирургического лечения.
64. Жировая эмболия. Этиология и патогенез. Клинические проявления, особенности и

- современные способы диагностики. Принципы интенсивной терапии. Показания, сроки и способы фиксации переломов длинных трубчатых костей при жировой эмболии. Исходы.
65. Травмы коленного сустава. Переломы и вывихи надколенника: механизм, классификация, клиника диагностика. Способы фиксации сустава на догоспитальном и госпитальном этапе. Показания и способы хирургического лечения.
66. Спондилез и спондилоартроз: этиология, патогенез, классификация. Диагностика и лечение. Показания и содержание хирургического лечения.
67. Инфекционные осложнения тяжелых травм: причины, классификация, диагностика. Системный воспалительный ответ и его роль в развитии раневой инфекции: определение, патогенез, стадии и их клиническое значение. Принципы патогенетической терапии, роль хирургической профилактики и лечения.
68. Переломы костей голени: механизм. Классификация и диагностика. Способы фиксации голени на догоспитальном и госпитальном этапе. Показания и способы хирургического лечения: внутренний накостный и внутрикостный остеосинтез, наружный внеочаговый остеосинтез. Определение миниинвазивного остеосинтеза. Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения при политравмах (Orthopedics damage control).
69. Протезирование – определение. Цель и задачи протезирования. Показания и противопоказания. Виды протезов: косметические, активно-косметические. Экспресс-протезирование.
70. Инфекционные осложнения тяжелых травм: причины, классификация, диагностика. Местные инфекционные осложнения: клинические формы и клинические проявления. Нагноение раны и раневая инфекция: определения, патогенез, клинические проявления. Показания и способы хирургического лечения.
71. Повреждения голеностопного сустава: переломы лодыжек, заднего края большеберцовой кости, разрыв межберцового синдесмоза, перелома-вывих. Механизм травмы, классификация, диагностика. Способы фиксации голеностопного сустава на догоспитальном и госпитальном этапе. Показания и способы хирургического лечения: внутренний накостный и внутрикостный остеосинтез, наружный внеочаговый остеосинтез. Длительность лечения. Способы реабилитации.
72. Протезирование – определение. Цель и задачи протезирования. Показания и противопоказания. Подготовка больного и культы к протезированию. Болезни культы, их профилактика и лечение.
73. Посттравматический остеомиелит - определение. Классификация, этиология и патогенез, диагностика. Консервативное лечение и его эффективность: общее и местное. Современные патогенетические способы хирургического лечения.
74. Повреждения стопы: таранной и пяточной костей, плюсневых костей и фаланг пальцев, подтаранный вывих. Механизм травмы, классификация, диагностика. Способы фиксации стопы на догоспитальном и госпитальном этапе. Показания и способы хирургического лечения: внутренний накостный и внутрикостный остеосинтез, наружный внеочаговый остеосинтез. Длительность лечения. Способы реабилитации.
75. Внешние ортопедические аппараты: назначение, устройство, показания к применению. Ортопедические корсеты: фиксирующие и корригирующие. Типы, устройство, показания к применению.
76. Сепсис. Современная классификация и диагностика. Этиология и патогенез хирургического сепсиса. Синдром системного воспалительного ответа: определение и критерии, роль в патогенезе сепсиса. Принципы и виды антибиотикопрофилактики, принципы антибактериального лечения сепсиса. Роль и место хирургического лечения в профилактике и лечении сепсиса.
77. Травмы позвоночника без повреждения спинного мозга. Трёхколонная концепция стабильности позвоночника. Классификация и механизм повреждений заднего опорного комплекса позвоночника: связок, отростков и дужек позвонков. Иммобилизация

позвоночника на догоспитальном и госпитальном этапе. Клиника, диагностика, принципы лечения. Показания, сроки, способы и содержание хирургического лечения. Длительность лечения. Способы реабилитации.

78. Ортопедическая обувь: показания к применению. Ортопедические приспособления при продольно-поперечном плоскостопии.

79. Современные тактики хирургического лечения переломов длинных трубчатых костей при политравмах. Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (Damage control orthopedics) и тактика раннего полного объема травматологической помощи (Early total care). Определение, показания, содержание, этапы, отличия. Объективные способы выбора рациональной тактики.

80. Травмы позвоночника без повреждения спинного мозга. Трёхколонная концепция стабильности позвоночника. Классификация и механизм повреждений переднего и среднего опорного комплекса позвоночника: тел позвонков, дисков, связочного аппарата. Иммобилизация позвоночника на догоспитальном и госпитальном этапе. Клиника, диагностика, принципы лечения. Консервативное лечение: функциональное, одномоментная и постепенная репозиция. Показания, сроки, способы и содержание хирургического лечения. Длительность лечения. Способы реабилитации.

81. Фемороацетабулярный импинджмент. Определение, классификация. Этиология и факторы риска. Диагностика. Методики хирургического лечения и прогноз.

82. Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (Damage control orthopedics) переломов длинных трубчатых костей при политравмах: определение, показания, этапы и их содержание.

83. Травмы позвоночника с повреждением спинного мозга. Трёхколонная концепция стабильности позвоночника. Механизм, клиника и диагностика нестабильных переломов позвоночника. Механизм, клиника и диагностика повреждений спинного мозга и его корешков. Иммобилизация позвоночника на догоспитальном и госпитальном этапе. Принципы, сроки и содержание экстренной специализированной хирургической помощи. Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (Orthopedics damage control). Осложнения повреждений спинного мозга, их профилактика и лечение: отведение мочи профилактика пролежней. Длительность лечения. Способы и сроки реабилитации.

84. Ревизионное эндопротезирование крупных суставов конечностей. Показания. Планирование и техника ревизионной операции.

85. Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (Damage control orthopedics) нестабильных множественных переломов костей таза при политравмах: определение, показания, этапы и их содержание.

86. Политравма: определение, объективные критерии и классификация по тяжести. Способы объективного определения рациональной тактики лечения переломов длинных трубчатых костей при политравмах. Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (Orthopedics damage control): этапы тактики, содержание и сроки каждого этапа. Длительность лечения. Способы и сроки реабилитации.

87. Вывихи надколенника. Классификация. Диагностика. Привычный вывих надколенника. Принципы оперативного лечения.

88. Врожденная мышечная кривошея. Болезнь Клиппеля-Фейля и болезнь Гризеля. Шейные ребра. Врожденное высокое стояние лопатки. Крыловидная лопатка. Диагностика, клиника, лечение. Показания и содержание хирургического лечения.

## 6.2.2. Ситуационные задачи

### Задача № 1

Больной, 23 лет, травму получил в автокатастрофе. Жалуется на боли в правом тазобедренном суставе. Вынужденно лежит на спине. Правая нога несколько синюшного цвета, согнута, отведена и ротирована кнаружи. Анатомическая длина конечностей

одинаковая. Большой вертел пальпируется плохо. Пальпаторно ощущается плотное образование под пупартовой связкой справа. Движения в правом тазобедренном суставе резко ограничены, болезненны. Отмечается положительный симптом «пружинящего сопротивления».

1. Предварительный диагноз в приёмном отделении стационара.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Окончательный диагноз.
4. Лечебная тактика.

### **Задача № 2**

Больная, 63 лет, поскользнувшись, упала на приведённую к туловищу левую руку. Почувствовала резкую боль в плечевом суставе. Верхняя треть плеча отёчна, движения в суставе ограниченные из-за боли. Положительный симптом осевой нагрузки. Головка плеча находится в суставной впадине, при пальпации резкая боль ниже головки плечевой кости. На рентгенограмме определяется перелом плеча. Линия излома проходит ниже бугорков. Центральный отломок смещён кпереди, кнаружи и ротирован кнаружи. Периферический отломок располагается кнаружи от центрального, под углом, открытым кнутри.

1. Предварительный диагноз в приёмном отделении стационара.
2. Причины и механизмы смещения костных отломков.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Окончательный диагноз.
5. Лечебная тактика.

### **Задача № 3**

У больного, 30 лет, при падении возник поперечный перелом плеча на границе средней и нижней третей. Определяются все клинические признаки перелома за исключением крепитации. На уровне нарушения целостности кости имеется некоторое западение мягких тканей за счёт втяжения с ограниченной их подвижностью. На рентгенограмме определяется поперечный перелом плеча со смещением по длине и ширине. Центральный отломок расположен кнутри от периферического и не соприкасается с ним, образуя расхождение между ними до 2–2,5 см. Трёхкратная попытка ручной и аппаратной репозиции успеха не дала.

1. Почему не удастся репозиция?
2. Предварительный диагноз в приёмном отделении стационара.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Причины диастаза между костными отломками.
5. Окончательный диагноз.
6. Лечебная тактика стационара.

### **Задача № 4**

Больная, 76 лет, поступила в стационар по поводу косоугольного перелома левого плеча в средней трети. На рентгенограммах видно, что линия излома идёт косо вверх от средней трети плечевой кости до уровня хирургической шейки. Больная около 20 лет страдает атопической (неинфекционно-аллергической) формой бронхиальной астмы с частыми приступами.

1. Предварительный диагноз в приёмном отделении стационара.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Окончательный диагноз.
4. Лечебная тактика.

### **Задача № 5**

У больного, 36 лет, возник перелом правого плеча в средней трети. Лечился скелетным

вытяжением в течение 4 недель, затем гипсовой повязкой по Турнеру, которая сломалась через 2 недели и была заменена новой. Ещё через 2 недели без гипса произведена контрольная рентгенограмма — костная мозоль практически отсутствует. Наложена гипсовая лонгета на 4 недели, затем на 6 недель и последний раз - ещё на 6 недель. После снятия иммобилизации отмечается выраженная атрофия мышц правого плеча и надплечья, качательные движения в зоне перелома, практически безболезненные. На рентгенограммах прослеживается щель между отломками, концы их утолщены, костномозговые каналы зарощены.

1. Диагноз в травматологическом отделении стационара.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Причины сформировавшегося осложнения.

Лечебная тактика.

### **6.2.3. Перечень практических навыков**

1. Алгоритм блокады при переломах, вывихах, заболеваниях суставов и позвоночника, паранефральные.
2. Алгоритм пункции суставов, бурситов, гематом.
3. Алгоритм пункции и дренирования плевральной полости.
4. Алгоритм надлобковой пункции мочевого пузыря.
5. Алгоритм троакарной эпицистостомии.
6. Алгоритм вправления вывихов.
7. Алгоритм закрытой репозиции переломов и фиксации гипсовыми и другими повязками переломов кисти.
8. Алгоритм закрытой репозиции переломов и фиксации гипсовыми и другими повязками переломов предплечья.
9. Алгоритм закрытой репозиции переломов и фиксации гипсовыми и другими повязками переломов плеча.
10. Алгоритм закрытой репозиции переломов и фиксации гипсовыми и другими повязками переломов стопы.

### **6.2.4. Тестовые задания**

1. При сдавлении грудной клетки пострадавшему нужно ввести обезболивающее и уложить на:

- а) живот
- б) спину
- в) на бок
- г) полусидячее положение

2. Большой бугорок плечевой кости можно прощупать:

- а) ниже акромиона и кзади
- б) ниже акромиона и снаружи
- в) ниже акромиона и спереди
- г) ниже акромиона и изнутри
- д) прощупать нельзя

3. При вывихе головки плеча часто травмируется:

- а) подмышечный нерв
- б) шейное сплетение
- в) подключичная вена
- г) подключичная артерия

д) плечевое сплетение

4. Застарелый вывих плеча более 3-месячной давности целесообразно:

- а) вправить закрытым способом
- б) вправить открытым способом
- в) вопрос о целесообразности открытого вправления решается в зависимости от возраста
- г) оперировать с артродезом сустава

5. Как лечить вывих головки плечевой кости с одновременным переломом ее хирургической шейки у пациентов молодого возраста?

- а) показано закрытое вправление вывиха по Джанелидзе с последующим одномоментным сопоставлением и фиксацией гипсом отломков
- б) показано оперативное лечение

6. Каков наиболее рациональный способ лечения вколоченного перелома хирургической шейки плеча без или с умеренной степенью углового смещения отломков у пожилых?

- а) одномоментное исправление угловой деформации (если она есть) и фиксация торакобрахиальной гипсовой повязкой
- б) гипсовая повязка без репозиции отломков
- в) накостный остеосинтез
- г) функциональное лечение по Е.Ф. Древинг и З.П. Нечаевой на косынке

7. Под каким углом следует фиксировать отводящую шину при диафизарных переломах плечевой кости?

- а) 30-40° вперед от фронтальной плоскости
- б) 30-40° назад от фронтальной плоскости
- в) 20° вперед от фронтальной плоскости
- г) 20° назад от фронтальной плоскости

8. Какие из перечисленных ниже способов лечения Т- и V-образных межмышечковых переломов плечевой кости со смещением отломков дают наилучшие результаты?

- а) скелетное вытяжение, гипс, ЛФК
- б) лечение гипсовой повязкой с последующей ЛФК
- в) накостный остеосинтез и ЛФК
- г) массаж с форсированными движениями в суставе

9. При перилунарном вывихе костей запястья происходит:

- а) вывих дистального ряда костей запястья, включая ладьевидную и трехгранную по отношению к полулунной
- б) вывих полулунной кости по отношению к остальным костям запястья
- в) вывих ладьевидной кости по отношению к остальным, включая полулунную
- г) вывих дистальной части костей запястья с частью сломанной ладьевидной костью по отношению к полулунной

10. Вывихи полулунной кости и перилунарные вывихи удается бескровно вправить в сроки:

- а) 3-10 дневной давности
- б) 16-20 дневной давности
- в) месячной давности
- г) давностью более 3 месяцев

11. Какой из перечисленных ниже способов восстановления функции большого пальца кисти наименее травматичен и эффективен при его отсутствии:
- а) протезирование большого пальца
  - б) реплантация пальца со стопы или кисти больного
  - в) фалангизация I пястной кости
  - г) удлинение I пястной кости по Илизарову
12. Перелом Бенетта относится:
- а) к внесуставным
  - б) к внутрисуставным
13. Наиболее эффективные способы фиксации отломков фаланг кисти с точки зрения восстановления их функции и малой травматичности:
- а) гипсовые повязки
  - б) накостный остеосинтез
  - в) чрескостный внеочаговый остеосинтез
  - г) параоссальная фиксация
14. Какие оперативные вмешательства осуществляются при контрактуре Фолькмана?
- а) иссечение ладонного апоневроза
  - б) рассечение кожи на предплечье, фасциотомия и ревизия артерий предплечья
  - в) ушивание рассеченных фасций
  - г) ушивание кожных разрезов
15. Для фиксации отломков локтевого отростка по Веберу необходимо использовать:
- а) винты с отверткой
  - б) лавсановую ленту
  - в) лавсановую нить
  - г) проволоку
  - д) проволоку и спицу
16. Дистальный конец сухожилия двуглавой мышцы плеча при его отрыве от бугристости лучевой кости целесообразнее подшить:
- а) к бугристости лучевой кости
  - б) к сухожилию плечевой мышцы и к костному "навесу" под шейкой лучевой кости
  - в) к локтевой кости вблизи места отрыва сухожилия
17. Прогрессирующее течение запястного синдрома сдавления срединного нерва можно снять или значительно ослабить путем:
- а) анестезии срединного нерва
  - б) физиотерапевтических процедур
  - в) рассечения поперечной связки запястья
  - г) рассечения гайонова канала
  - д) резекцией прилегающих костей запястья
18. После вправления головки лучевой кости при ее изолированном вывихе предплечью придают положение:
- а) супинации и сгибания в локтевом суставе
  - б) пронации и сгибания в локтевом суставе
  - в) среднее между пронацией и супинацией со сгибанием
19. При вывихе головки лучевой кости может быть поврежден:

- а) локтевой нерв или его ветви
  - б) срединный нерв или его ветви
  - в) лучевой нерв или его ветви
  - г) повреждений нервов не бывает
20. Оптимальный вариант лечения нестабильного, оскольчатого варианта перелома луча в типичном месте:
- а) ручная репозиция с гипсовой иммобилизацией
  - б) репозиция и фиксация отломков спицами с гипсовой иммобилизацией
  - в) чрескостный внеочаговый остеосинтез
21. В случае сочетания перелома локтевого отростка с передним вывихом локтевой кости остеосинтез локтевого отростка лучше проводить с помощью:
- а) узловых швов
  - б) проволочной петлей по веберу
  - в) длинным винтом или гвоздем
  - г) чрескостным внеочаговым остеосинтезом
22. Оптимальным методом лечения закрытого диафизарного перелома лучевой кости со смещением отломков является:
- а) накостный остеосинтез и чрескостный остеосинтез
  - б) гипсовая повязка
23. В полости плечевого сустава проходит сухожилие:
- а) длинной головки двуглавой мышцы
  - б) короткой головки двуглавой мышцы
  - в) сухожилия в полости сустава нет
  - г) клювовидно-плечевой мышцы
  - д) трехглавой мышцы
24. Мягкие ткани задней поверхности лопатки делят на 2 ямки:
- а) широчайшая мышца спины
  - б) лопаточная ость
  - в) акромиальный отросток
  - г) клювовидный отросток
  - д) трапецевидная мышца
25. Оптимальными способами лечения ложного сустава ключицы являются:
- а) накостный металлоостеосинтез
  - б) интрамедуллярный металлоостеосинтез
  - в) внутрикостный металлоостеосинтез с костной пластикой места перелома и чрескостный внеочаговый остеосинтез
  - г) длительная иммобилизация гипсовой повязкой Смирнова-Вайнштейна
26. Наилучшая фиксация костных отломков ключицы при ее остеосинтезе достигается:
- а) внутрикостным стержнем и накостный остеосинтез
  - б) тонкой спицей
  - в) фиксация отломков кетгутowymi или шелковыми швами
  - г) фиксация отломков проволокой
27. При консервативном лечении переломов ключицы шину снимают:
- а) через 1 неделю

- б) через 2 недели
  - в) через 3 недели
  - г) через 4 недели
  - д) более, чем через 5 недель
  - е). после рентгенологического контроля состояния костной мозоли
28. При застарелом вывихе грудинного конца ключицы допустимы следующие операции:
- а) вправление и фиксация без удаления измененного диска
  - б) резекцию медиальной части ключицы
  - г) вправление и фиксация после удаления измененного диска
29. После вправления вывиха плеча накладывают фиксирующую повязку сроком:
- а) на 1 неделю
  - б) на 2-3 недели
  - в) на 4-5 недель
  - г) на 6-7 недель
  - д) на 8 недель
30. Причиной болезненного "лопаточного хруста" чаще всего может быть:
- а) дисплазия тела лопатки
  - б) подлопаточный бурсит и деформации угла лопатки
  - в) остеофиты
  - г) экзостозы
31. Причиной "травматической крыловидной лопатки" является:
- а) травма подлопаточной мышцы
  - б) разрыв трапецевидной мышцы
  - в) разрыв широчайшей мышцы спины
  - г) травма подкрыльцового нерва
  - д) ушиб, растяжение длинного нерва грудной клетки
32. Межреберную блокаду проводят инъекцией анестетиков в межреберные промежутки:
- а) по срединно-ключичной линии
  - б) по передней аксиллярной линии
  - в) по средней аксиллярной линии
  - г) по задней аксиллярной линии
  - д) по лопаточной линии
33. При закрытой травме груди с синдромом флотирующей грудной стенки - главная цель лечения:
- а) снять боль при дыхании
  - б) обеспечить дренажную функцию бронхов
  - в) восстановить каркасность грудного скелета
  - г) уменьшить пневмо - и гемоторакс
  - д) предупредить возможные повреждения легких отломками ребер
34. В ранней диагностике внутреннего кровотечения в плевральную полость в первую очередь лучше ориентироваться:
- а) по тахикардии, тахипноэ. Жажде
  - б) по данным перкуссии и аускультации легких
  - в) по рентгенологическим данным
  - д) по данным плевральной пункции

35. При открытом пневмотораксе главной целью лечения является:
- а) профилактика последствий плевропульмонального шока
  - б) герметизация поврежденной плевральной полости и борьба с гипоксией
  - в) борьба с дыхательным ацидозом
36. О продолжающемся кровотечении в плевральную полость свидетельствует:
- а) свертывание пунктата при проведении пробы Рувилуа-Грегуара
  - б) сгустки в крови, полученной с помощью пункции из плевральной полости
  - в) отсутствие сгустков в крови, полученной при диагностической пункции из плевральной полости
37. Показаниями торакотомии при ранениях грудной клетки являются все перечисленные, кроме:
- а) открытого пневмоторакса
  - б) ранения сердца
  - в) продолжающегося кровотечения в плевральную полость
  - г) закрытого пневмоторакса
  - д) свернувшегося гемоторакса
38. На этапе квалифицированной помощи по жизненным показаниям не следует производить:
- а) первичную хирургическую обработку раны
  - б) декомпрессионную трепанацию черепа
  - в) окончательную остановку кровотечения
  - г) операции по поводу анаэробной инфекции
  - д) торакотомию и лапаротомию при ранении органов грудной и брюшной полостей
39. Причиной ложно-абдоминального синдрома при сочетанной травме является:
- а) перелом грудины и травма органов средостения
  - б) вывих тазобедренного сустава
  - в) травма груди с переломом ребер в средне-нижней зоне
  - г) ушиб шейно-грудного отдела позвоночника
40. Отправными точками при счете ребер на рентгеновском снимке грудной клетки являются все перечисленные ориентиры, исключая
- а) 1-е ребро и ключицу
  - б) контуры сердца
  - в) нижний угол лопатки
  - г) реберную дугу
  - д) 12-й грудной позвонок
41. При повреждении органов груди и живота, используя метод УЗИ, удастся определить наличие жидкости (кровь, экссудат) в плевральной и брюшной полостях в объеме
- а) 50 мл
  - б) 100 мл
  - в) 150 мл
  - г) 200 мл
  - д) 300 мл
42. Торакоцентез следует осуществлять
- а) при простом переломе ребер

- б) при сложном переломе ребер
- в) при осложненном переломе ребер
- г) при переломе тела грудины
- д) при переломе рукоятки грудины

43. Компьютерная томография при травме грудной клетки дает возможность получить дополнительную информацию по перечисленной патологии, исключая

- а) коллапс, ателектаз легкого
- б) хилоторакс
- в) гемоторакс
- г) пневмоторакс
- д) смещение средостения

44. Показаниями торакотомии при ранениях грудной клетки являются все перечисленные, кроме:

- а) открытого пневмоторакса
- б) ранения сердца
- в) продолжающегося кровотечения в плевральную полость
- г) закрытого пневмоторакса
- д) свернувшегося гемоторакса

45. Деформация треугольника Гюнтера свидетельствует о вывихе в суставе:

- а) тазобедренном;
- б) коленном
- в) голеностопном;
- г) локтевом
- д) плечевом

46. К перелому Беннета относится:

- а) переломы основных и средних фаланг пальцев кисти
- б) вывихи основных и средних фаланг пальцев
- в) внутрисуставные переломы основных и средних фаланг пальцев
- г) перелом луча с подвывихом в лучезапястном суставе
- д) внутрисуставной перелом основания 1-й пястной кости с ее подвывихом

47. По какому из перечисленных признаков Вы определите, что кровотечение в плевральную полость продолжается?

- а) бледность кожных покровов
- б) низкое артериальное давление
- в) кровохарканье
- г) притупление перкуторного звука на стороне травмы
- д) положительная проба Рувирова – Грегуара

48. При повреждении лучевого нерва отмечается

- а) "свисающая кисть"
- б) "когтистая лапа";
- в) обезьянья лапа
- г) сгибательная контрактура I, II и III пальцев и разгибательная контрактура IV и V пальцев

49. Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является

- а) стерилизация ран скальпелем
- б) удаление инородных тел и сгустков крови
- в) иссечение всех нежизнеспособных тканей и создание "бесплодной каменистой почвы для

развития микробной инвазии"

г) возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными

д) удаление сгустков крови и перевязка тромбированных сосудистых стволов с целью профилактики вторичного кровотечения

50. Клинический диагноз травматологическому больному стационара должен быть поставлен после госпитализации

а) на 1-е сутки

б) на 2-е сутки

в) на 3-и сутки

г) на 4-е сутки

д) перед выпиской больного

### **6.3. Рекомендуемая литература**

#### **Основная литература:**

1. Травматология. Национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442210.html>
2. Клинические рекомендации. Травматология и ортопедия детского и подросткового возраста [Электронный ресурс] / под ред. С.П. Миронова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442449.html>
3. Амбулаторная травматология детского возраста. Руководство [Электронный ресурс] / Р.М. Бениашвили [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441190.html>
4. Травматология и ортопедия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 760 с. Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448960.html>

#### **Дополнительная литература:**

1. Реабилитация в травматологии и ортопедии [Электронный ресурс] / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434451.html>
2. Ортопедия / под ред. Миронова С. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-4520-4. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445204.html>
3. Атлас рентгеноанатомии и укладок : руководство для врачей / М. В. Ростовцев, Г. И. Братникова, Е. П. Корнева [и др. ] ; под ред. М. В. Ростовцева. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. : ил. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6025-2. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460252.html>
4. Травматология детского возраста : учебное пособие / Н. Г. Жила, В. И. Зорин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-5819-8. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458198.html>
5. Переломы проксимального отдела бедренной кости / Загородний Н. В. , Белинов Н. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5435-0. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454350.html>