

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт усовершенствования врачей

УТВЕРЖДАЮ,  
Ректор  
профессор И.Д. Шалыгин  
«...» \_\_\_\_\_ 2021 год



**ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ  
«АМБУЛАТОРНАЯ ПРАКТИКА»**

Кафедра травматологии и ортопедии

Специальность – 31.08.66 Травматология и ортопедия  
Направленность (профиль) программы - Травматология и ортопедия  
Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации  
Форма обучения - очная

Рекомендовано  
учебно-методическим советом  
Протокол № 1  
« 02 » февраля 2021 год

МОСКВА, 2021

Составители:

Пиманчев О.В., к.м.н., заведующий кафедрой травматологии и ортопедии.  
Брижань Л.К., д.м.н., доцент, профессор кафедры травматологии и ортопедии


Рецензенты:

Джоджуа А.В., к.м.н., доцент, доцент кафедры травматологии и ортопедии

Программа производственной практики «Амбулаторная практика» оформлена и структурирована в соответствии с требованиями Приказа от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации специальность 31.08.66 Травматология и ортопедия, утв. приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 26.08.2014 г. № 1103.

Программа производственной практики рассмотрена на Учебно-методическом Совете Института и рекомендована к использованию в учебном процессе.

Согласовано с учебно-организационным отделом:

Начальник учебно-организационного отдела  О.Е. Коняева

Согласовано с библиотекой:

Заведующая библиотекой



Н.А. Мухашина

# 1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Практика «Амбулаторная практика» относится к вариативной части Блока 3.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестры 1
Сроки проведения практики: 4 недели	108	108
Вид промежуточной аттестации	зачет	зачет
Общая трудоемкость зачетные единицы	108 3	108 3

## 2. Цели и задачи практики

**Цель** практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

**Задачи** практики:

По окончании практики врач травматолог-ортопед должен уметь:

- Проводить первичный прием пациента
- Собирать анамнез
- Проводить диагностику и дифференциальную диагностику патологии по профилю «Травматология и ортопедия»
- Осуществлять ведение послеоперационных больных на амбулаторном этапе
- Оказывать амбулаторную помощь больным с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

## 3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

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

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

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).

## 4. Базы практики

Практика проводится на базе отделения травматологии и ортопедии НМХЦ им. Н.И. Пирогова, центре травматологии ГВКГ им. Н.Н. Бурденко и КДЦ «Измайловский».

## 5. Содержание практики

Основная часть подготовки врачей-ординаторов это отработка практических

навыков, необходимых для самостоятельной работы в качестве врача травматолога-ортопеда. Работа проводится по индивидуальному плану с учетом их будущей работы. План составляется руководителем врача-ординатора, вносится в дневник.

Врач-ординатор работает в качестве ординатора отделения травматологии и ортопедии, поликлиники под руководством опытных врачей, которые утверждены руководителями ординаторов;

При необходимости допускается временный перевод ординатора в другие больницы, утвержденные как базы, для работы по тем разделам программы и плана, для которых нет условий в основной базовой больнице.

#### **6. Обязанности руководителя практики от ИУВ:**

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практик

#### **7. Обязанности обучающихся на практике:**

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана; оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от ИУВ письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

#### **8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.**

Методические требования к порядку прохождения практики представлены в дневнике учета работы врача-ординатора, и заполняются ординатором. Формы в дневнике представлены ниже:

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. месяц  
Раздел индивидуального плана \_\_\_\_\_ отделения

пп	1. Первичная консультация больных (диагнозы заболеваний)	Число больных за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	

	2. Диагностические и	Количество за каждый месяц	Подпись
--	----------------------	----------------------------	---------

пп	лечебные мероприятия	I	II	III	IV	Всего	заведующего отделением

пп	3. Самостоятельно выполненные консультации	Количество за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	

пп	4. Ассистирование на консультациях	Количество за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	

Изученная медицинская литература:

\_\_\_\_\_

### **СТАЦИОНАРНАЯ ПРАКТИКА:**

Лечебное учреждение, отделение \_\_\_\_\_

Характеристика отделения

\_\_\_\_\_

пп	1. Первичная консультация больных (диагнозы заболеваний)	Число больных за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	

пп	2. Диагностические и лечебные мероприятия	Количество за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	

пп	3. Самостоятельно выполненные консультации	Количество за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	

**Примечание:** при написании характеристики должны быть отражены следующие данные:

- а) уровень теоретической подготовки;
- б) владение практическими навыками;
- в) выполнение УИР;
- г) соблюдение принципов медицинской этики;
- д) отношение к работе и участие в общественной жизни, санитарно-просветительной работе;
- е) выполнение программы практики полностью.

## **9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.**

### **Тесты**

001. Клинически ось нижней конечности проходит через все следующие образования, исключая

- а) передне-верхнюю ось подвздошной кости
  - б) наружный край надколенника
  - в) внутренний край надколенника
  - г) середину проекции голеностопного сустава
  - д) первый палец стопы

002. Клинически ось верхней конечности проходит через все следующие образования, кроме

- а) акромиального отростка лопатки
  - б) середины проекции головки плечевой кости
  - в) центра головчатого возвышения плеча
  - г) головки лучевой кости
  - д) головки локтевой кости

003. Суммарная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза

- а) до большого вертела бедра
- б) до суставной щели коленного сустава
- в) до края наружной лодыжки
- г) до пяточного бугра

004. Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка

- а) до середины проекции головки плеча
  - б) до наружного мыщелка
  - в) до шиловидного плеча отростка лучевой кости
  - г) до конца третьего пальца
  - д) до конца пятого пальца

005. При определении характера искривления позвоночника учитывают все перечисленное, кроме

- а) отклонения вершины остистых отростков от линии, проведенной от заднего края большого затылочного отверстия, 7-го шейного позвонка до середины нижнего конца крестца
- б) длины ног
  - в) величины реберного горба
  - г) ширины таза
  - д) отклонения от горизонтали линии, соединяющей ости таза

006. Линия и треугольник Гютера применяется при исследовании нормального локтевого сустава. Для его определения необходимо знать все перечисленные ориентиры, кроме

- а) оси плеча
  - б) расположения надмыщелков
  - в) расположения вершины локтевого отростка

- г) при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток) составляют прямую линию
- д) при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник
007. Линия Розер-Нелатона применяется при исследовании нормального тазобедренного сустава. Ее определяют все перечисленные образования, кроме
- а) точки верхней подвздошной кости
- б) точки седалищного бугра
- в) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в  $135^{\circ}$ , которая располагается выше этой линии
- г) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в  $135^{\circ}$ , которая располагается на этой линии
008. Треугольник Бриана применяется при исследовании тазобедренного сустава, на нормальном суставе его определяет все перечисленное, кроме
- а) горизонтальной линии, проведенной через большой вертел у больного, лежащего на спине
- б) из точки на верхней ости подвздошной кости опускается перпендикуляр
- в) соединяют вершину большого вертела с верхней остью подвздошной кости и получают равнобедренный треугольник
009. Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава
- а) проходит через точку на вершине большого вертела
- б) проходит через точку на передней верхней ости подвздошной кости
- в) проходит ниже пупка, если линия соединяет точки А и Б
- г) проходит через пупок или чуть выше его, если линия соединяет точки А и Б
010. При патологии тазобедренного сустава линия лонного сочленения, соединяющая точку на вершине большого вертела с точкой на вершине лонного сочленения горизонтальной линией
- а) перпендикулярна к оси туловища
- б) не перпендикулярна к оси туловища
- в) составляет с осью туловища угол более  $70^{\circ}$
011. При исследовании нормального тазобедренного сустава определяют чрезвертельную линию.
- При патологии ее определяют следующим образом
- а) определяют точки над вершинами обоих вертелов
- б) определяют точки над вершинами обоих вертелов остей таза
- в) соединяют горизонтальными линиями две пары этих точек
- г) получают параллельные прямые
- д) параллельных прямых не получается
012. Перкуссия не позволяет выявить
- а) наличия жидкости в полости очага или сустава
- б) наличия газа в полости или суставе
- в) степени сращения переломов длинных трубчатых костей
- г) степени кровоснабжения конечностей
- д) наличия больших полостей в эпифизах или метафизах конечностей
013. Сукуссия суставов позволяет определять все перечисленное, кроме
- а) обычного (нормального) количества синовиальной жидкости в здоровом суставе
- б) наличия крови при гемартрозе
- в) наличия синовиальной жидкости при выраженном синовите
- г) наличия небольшого количества жидкости в больном или травмированном суставе
- д) наличия гноя в полости сустава при артрите
014. При истинном костном, функционально выгодном анкилозе коленного сустава

походка человека определяется перечисленными терминами, исключая

- а) шадящую хромоту
- б) нешадящую хромоту
- в) "утиную" походку
- г) подпрыгивающую

015. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

- а) как анкилоз
- б) как контрактура
- в) как ригидность
- г) как патологическая подвижность
- д) все правильно

016. Отведение и приведение конечностей - это движения

- а) в сагитальной плоскости
- б) во фронтальной плоскости
- в) в аксиальной плоскости
- г) внутреннее движение вокруг продольной оси
- д) наружное движение вокруг продольной оси

017. Разгибание и сгибание конечности - это движения

- а) в сагитальной плоскости
- б) во фронтальной плоскости
- в) в аксиальной плоскости
- г) внутреннее движение вокруг продольной оси
- д) наружное движение вокруг продольной оси

018. В нормальном (здоровом) коленном суставе не возможно движение

- а) сгибание -  $130^\circ$
- б) разгибание -  $180^\circ$
- в) переразгибание -  $15^\circ$
- г) отведение -  $20^\circ$
- д) ротация (в положении сгибания) до  $15^\circ$

019. В нормальном (здоровом) тазобедренном суставе не бывает движений

- а) сгибания -  $130^\circ$
- б) ротации внутренней -  $90^\circ$
- в) ротации наружной -  $90^\circ$
- г) разгибания -  $45^\circ$
- д) отведения -  $70^\circ$

020. В нормальном (здоровом) голеностопном суставе не возможно движение

- а) тыльное сгибание -  $20^\circ$
- б) подошвенное сгибание -  $45^\circ$
- в) супинация -  $30^\circ$
- г) пронация -  $20^\circ$
- д) ротация -  $45^\circ$

021. При параличе мышц тазобедренного сустава

- а) нет сгибательной контрактуры бедра
- б) нет активного приведения бедра
- в) нет активного отведения бедра
- г) нет активного разгибания бедра
- д) нет активной ротации бедра

022. При паралитической деформации коленного сустава не бывает

- а) сгибательной контрактуры голени
- б) X-образного искривления сустава вследствие подвывиха голени назад
- в) рекурвации коленного сустава из-за паралича мышц сгибателей
- г) сгибательных контрактур тазобедренного и голеностопного суставов



- д) У-образного искривления за счет поражения полусухожильной, полуперепончатой мышц, а также мышцы, натягивающей апоневроз
023. При параличе мышц голени не развиваются
- а) паралитическая вальгусная стопа
  - б) паралитическая конская стопа
  - в) паралитическая косялапость
  - г) паралитическое удлинение конечности
  - д) паралитическая пяточная стопа
024. Рентгенографическое исследование дает возможность установить перечисленное, кроме
- а) наличия костных переломов и степени их консолидации
  - б) характера смещения отломков
  - в) изменения структуры костной ткани
  - г) степени регенерации поврежденного хряща
  - д) разрывов крупных сухожилий, наличия свободного газа и жидкости в полостях, мягкотканых опухолей
025. При прочтении рентгенограммы нельзя определить
- а) форму оси конечности, строение кортикального и губчатого слоев
  - б) форму и ширину, симметрию суставной щели
  - в) форму и характер прикрепления мышц и степень их развития
  - г) состояние росткового слоя и ядер окостенения
  - д) наличие кист, полостей, секвестров
026. В ортопедии и травматологии получили распространение все перечисленные методы исследования, исключая
- а) рентгенографию
  - б) рентгеноскопию
  - в) контрастную рентгенографию
  - г) магнитно-полусную контрастную рентгенографию
  - д) томографию
027. Ядерно-магнитный резонанс, в основе которого лежит резонансное поглощение электромагнитных волн веществом в постоянном магнитном поле, имеет по сравнению с обычным рентгенологическим исследованием все перечисленные преимущества, исключая
- а) относительную биологическую безопасность метода
  - б) возможность диагностировать мягкотканые объемные процессы до возникновения реакции со стороны костной ткани
  - в) возможность судить о наличии и характере обменных процессов и, таким образом, диагностировать патологические процессы до появления ответных реакций со стороны костной ткани
  - г) более точную диагностику перелома костей
  - д) возможность диагностировать ранние сроки воспалительного процесса в тканях
028. Радиоизотопная диагностика, основанная на различном избирательном поглощении радиоактивных изотопов нормальной и опухолевой костной тканью, не показана
- а) при подозрении на первичную злокачественную опухоль при наличии нормальной рентгенограммы
  - б) при дифференциальной диагностике нормальной и злокачественной костной тканью
  - в) при уточнении места расположения опухолевого процесса
  - г) при сканировании трудных для рентгенографического выявления областей скелета - грудины, ребер, лопатки
  - д) при установлении степени сращения костной ткани
029. Обычное рентгенологическое исследование дает возможность выявить всю перечисленную патологию, кроме

- а) перелома или трещины кости
- б) вывиха, подвывиха фрагментов сустава
- в) костной опухоли
- г) мягкотканной опухоли
- д) повреждения хрящевой ткани

030. При чтении рентгенограммы необходимо обращать внимание на все перечисленное, за исключением

- а) плотности рентгенологического рисунка кости (остеопороз, остеосклероз)
- б) нарушения кортикального и последующего слоев кости
- в) состояния окружающих кость тканей
- г) изменения оси, формы костного органа
- д) степени плотности (засветки) полей рентгенограммы вне исследуемого органа

031. Рентгенодиагностика переломов позвоночника основывается на всех перечисленных признаках, кроме

- а) снижения высоты тела позвонка
- б) изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)
- в) нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела
- г) степени смещения межпозвоночного диска
- д) наличия гематомы в мягких тканях и тела позвонка

032. Ориентиром при счете позвонков на спондилограмме шейного отдела является

- а) основание черепа
- б) остистый отросток 1-го шейного позвонка
- в) зуб 2-го шейного позвонка
- г) остистый отросток 2-го шейного позвонка
- д) правильно в) и г)

033. 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

034. Основное лечение в диагностике медиального перелома шейки бедра имеет укладка при рентгенограмме

- а) передне-задняя
- б) боковая (профильная)
- в) аксиальная
- г) с ротацией бедра
- д) правильно а) и в)

035. Для выявления перелома зуба 2-го шейного позвонка следует производить рентгенографию, используя укладку

- а) передне-заднюю через открытый рот
- б) боковую (профильную)
- в) аксиальную
- г) при максимальном наклоне головы
- д) правильно б) и г)

036. Для рентгенологической диагностики разрывов крестцово-седалищных сочленений со смещением фрагментов в сагитальной плоскости основное значение имеет укладка по Драчуку

- а) передне-задняя, но с разведением бедер
- б) боковая, профильная, но с приведением к животу бедер
- в) кассета с пленкой устанавливается между ног, и луч аппарата проходит через

большое тазовое отверстие

г) положение больного на животе с разведенными бедрами

д) рентгеновский луч направляется под углом  $45^\circ$  по направлению к сочленениям

037. Для выявления спондилолистеза так называемым функциональным методом применяются все перечисленные проекции спондилограмм, исключая

а) боковую проекцию в положении максимального сгибания

б) боковую проекцию в положении максимального разгибания

в) аксиальную проекцию в положении ротации туловища

г) передне-заднюю проекцию с максимальными наклонами в сторону (в бок)

д) спондилограмму в вертикальном положении больного

038. Используя контрастную рентгенографию в отличие от классической, можно выявить

а) подвывих фрагмента мелкого сустава

б) повреждения хрящевой прослойки сустава

в) секвестры в трубчатой кости

г) скрытую полость в диафизе кости

д) правильно в) и г)

039. При контрастной рентгенографии коленного сустава не представляется возможным определить

а) разрыв наружного мениска

б) разрыв внутреннего мениска

в) наличие суставной "мышы"

г) разрыв крестообразных связок

040. Контрастная ангиография помогает точной диагностике всей перечисленной патологии, исключая

а) разрыв сосуда

б) обтурацию сосуда

в) сужение участка сосуда

г) опухоли сосуда

д) выявления рентгеноконтрастного тела в массиве мышц

041. Чаще всего с применением пневмографии исследуется

а) плечевой сустав

б) локтевой сустав

в) коленный сустав

г) тазобедренный сустав

д) голеностопный сустав

042. Томография костей помогает выявить все перечисленное, кроме

а) наличия перелома

б) отсутствия перелома

в) наличия костного сращения перелома

г) наличия ложного сустава и несросшегося перелома

д) разрывов мышц, связок и сухожилий

043. Используя метод ядерно-магнитного резонанса, можно осуществить все перечисленное, кроме

а) диагностики перелома

б) диагностики вывиха

в) исследования структуры кости

г) диагностики опухоли

д) выявления инородных тел и секвестров

044. Контрастная рентгенография костей не дает возможности

а) определить связь свищевых отверстий с костным органом

б) определить ход канала свищевого хода

в) диагностировать наличие скрытых костных полостей и кист

г) определить сроки образования свищевых ходов, полостей и секвестров

д) диагностировать наличие костных и хрящевых секвестров и рентгеноконтрастных

инородных тел

045. Контрастная рентгенография суставов не позволяет диагностировать

- а) повреждение связочного аппарата сустава
- б) разрывы менисков
- в) наличие свободных внутрисуставных тел ("суставных мышей")
- г) наличие синовита и гемартроза
- д) слипчатые процессы в суставе, облитерацию заворотов и бурс

046. Рентгеноконтрастное исследование свищей дает возможность выявить все перечисленное, кроме

- а) связи мягкотканых свищей с костным органом
- б) характера и топографии свищевого хода в мягких тканях и кости
- в) наличия абсцессов и полостей в тканях
- г) наличия секвестров и инородных тел в мягких тканях и кости
- д) причины и механизм образования свищевого хода

047. Рентгеноконтрастное исследование сосудов позволяет диагностировать все перечисленное, исключая

- а) повреждение сосуда
- б) тромбоз сосуда
- в) образование аневризмы или варикоза сосуда
- г) повреждение нервов, сопровождающих сосудов
- д) образование артерио-венозного соустья

048. При артропневмографии коленного сустава оптимальным давлением вводимого газа является

- а) максимально достижимое
- б) 50-100 мм рт. ст.
- в) 110-130 мм рт. ст.
- г) 150-150 мм рт. ст.
- д) 200-250 мм рт. ст.

049. Пневмографическое исследование рационально применять

- а) при свежих переломах длинных трубчатых костей
- б) при свежих переломах плоских костей
- в) при свежих ранах и разрывах мышц
- г) при повреждении крупных сухожилий
- д) при повреждении крупных нервных стволов

050. При термографическом методе исследования нижних конечностей в норме более высокую температуру имеют

- а) стопа
- б) область голеностопного сустава
- в) нижняя треть голени
- г) средняя и верхняя треть голени
- д) коленный сустав и нижняя треть бедра

051. Тепловидение или термографический метод исследования позволяет производить диагностику

- а) свежего перелома длинной трубчатой кости
- б) свежего ушиба или гематомы
- в) разрыва связочного аппарата
- г) злокачественного опухолевого процесса или острого воспаления
- д) свежего внутриполостного кровотечения

052. При артроскопии коленного сустава возможно выявить или произвести все перечисленное, кроме

- а) повреждения суставного хряща
- б) повреждения менисков
- в) наличия дополнительной связки - медиопателлярной связки, связки надколенника

(третьего мениска коленного сустава)

г) частичного или полного рассечения связки, взятия биопсии, удаления части разорванного мениска

д) восстановления разорванной крестообразной связки коленного сустава

053. Пневмоскопическое исследование плевральной полости не позволяет обнаружить

а) повреждение плевры, ткани легкого

б) наличия в плевральной полости свободной жидкости

в) наличия слипчивого процесса, шварт плевры

г) воспалительные изменения висцеральной или париетальной плевры

д) проявления синдрома "шокового легкого"

054. При лапароскопии брюшной полости невозможно определить

а) наличие свежей крови, гноя, экссудата, желудочного или кишечного содержимого

б) разрыва ткани печени и ее связок

в) разрыва ткани селезенки или ее капсулы

г) наличия забрюшинной гематомы

д) язвенных эрозий желудка и кишки

055. Из перечисленных методов инструментального исследования в диагностике частичного повреждения ахиллова сухожилия следует в первую очередь применять

а) термографический

б) полярографический

в) УЗИ (ультразвуковая доплерография)

г) электромиографический

056. УЗИ (ультразвуковое исследование) дает возможность выявить различные повреждения, кроме

а) разрыва хрящевой губы суставной поверхности лопатки

б) кальцификации дельтовидной мышцы

в) частичного разрыва икроножной мышцы

г) перелома плоских костей

д) внутримышечной гематомы четырехглавой мышцы бедра

057. УЗИ (ультразвуковое исследование) мягких тканей плечевого пояса дает возможность выявить перечисленные повреждения, исключая

а) разрыв дельтовидной мышцы

б) надрыв ротаторной манжетки (ротаторного кольца)

в) разрыв стволов плечевого сплетения

г) атрофию подостной мышцы лопатки

д) разрыв акромиально-ключичного сочленения

058. При выявлении разрыва внутреннего мениска коленного сустава следует отдать предпочтение методу исследования

а) рентгенографическому

б) термографическому

в) УЗИ

г) артроскопическому

д) артропневмографическому

059. Преимущества УЗИ состоят в перечисленном, исключая

а) простоту метода исследования

б) возможность одновременного сравнения данных исследования симметричной стороны

в) безопасность многочисленных исследований для больного

г) безопасность многочисленных исследований для врача

д) дешевизну исследования

060. Применение УЗИ не показано

- а) у больных с высокой температурой
- б) в области сегмента, закрытого гипсовой повязкой
- в) в области обширного кровоизлияния в мягкие ткани
- г) правильно б) и в)
- д) правильно все

061. 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

062. Операция лапароскопии включает в себя следующие манипуляции, исключая

- а) местную анестезию
- б) разрез кожи по средней линии выше пупка на 5 см
- в) прошивание или захватывание зажимов Кохера срединного апоневризма
- г) приподнимание брюшной стенки конусообразно за держалку и прокалывание троакара
- д) введение через тубус троакара в брюшную полость катетера

063. При лапароцентезе следует выполнять все перечисленное, исключая

- а) введение катетера в брюшную полость длиной не менее 30 см
- б) введение катетера диаметром не менее 5 мм
- в) оставление катетера в брюшной полости сроком не более 24 часов
- г) введение в брюшную полость через катетер не менее 400 мл физиологического раствора
- д) подключение к катетеру брюшной полости отсоса разряжением 0.3-0.5 атм.

064. 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

065. 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

066. Рентгенологическое обследование при переломах костей необходимо

- а) в случаях, где диагноз твердо установлен клинически
- б) для проверки и контроля эффективности лечения
- в) для получения всесторонней клинической картины
- г) правильно б) и в)
- д) правильно все

067. Поликлиническое лечение травматологических больных осуществляют все перечисленные учреждения, исключая

- а) травматологический пункт
- б) травматологический кабинет поликлиники
- в) медсанчасть учреждения
- г) стационар на дому

068. Для выявления повреждения используются все приведенные ниже диагностические

приемы, кроме

- а) сбора анамнеза
  - б) осмотра
  - в) взвешивания массы тела
  - г) определения механизма травмы
  - д) рентгенологического исследования

069. Травматологического больного после произведенной травмы следует проводить через ВТЭК для получения разрешения на продление ему больничного листа

- а) через 1 месяц
  - б) через 2 месяца
  - в) через 3 месяца
  - г) через 4 месяца
  - д) через 5 месяцев

070. При осуществлении блокады по А.В.Вишневскому используют раствор новокаина концентрации

- а) 0.1%
  - б) 0.25%
  - в) 0.5%
  - г) 1.0%
  - д) 2.0%

071. 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

072. После наложения циркулярной гипсовой повязки на конечность могут возникнуть все перечисленные ниже осложнения, за исключением

- а) образования пролежней
  - б) гибели всей сапрофитной кожной микрофлоры с дальнейшим замещением ее грибков
  - в) сдавления (ишемии) питающих сосудов
  - г) сдавления нервных стволов с дальнейшим образованием невритов и фолькмановской контрактуры на верхней конечности

073. Средний срок временной нетрудоспособности пострадавшего, получившего перелом лучевой кости в "типичном месте" со смещением отломков равен

- а) 2 недели
  - б) 4 недели
  - в) 5-6 недель
  - г) 7-8 недель
  - д) 8-10 недель

074. На основании санитарных норм на одного больного в палате травматологического отделения стационара выделяется площадь

- а) в 2 м<sup>2</sup>
  - б) в 3 м<sup>2</sup>
  - в) в 3 м<sup>2</sup>
  - г) в 6 м<sup>2</sup>
  - д) в 7 м<sup>2</sup>

075. 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

076. Для наложения стандартной гипсовой кокситной повязки необходимо иметь гипсовые бинты в количестве а) 4-5

- б) 6-7
- в) 8-9
- г) 10-12
- д) 16-18

077. Абсолютными показаниями для операции остеосинтеза при переломе костей будут все перечисленные, кроме

- а) закрытого перелома, отломки которого угрожают перфорации кожи
- б) сдавления отломками кости сосудисто-нервного пучка
- в) явной интерпозиции мягких тканей между отломками
- г) открытого перелома

д) перелома костей, осложненного повреждением крупных сосудов, требующих оперативного восстановления их проходимости

078. При лечении переломов диафиза плечевой кости приходится прибегать к остеосинтезу

- а) в 5-6% случаев
- б) в 10-12% случаев
- в) в 26-30% случаев
- г) в 32-38% случаев
- д) в 40-43% случаев

079. Оперативное лечение при переломах обеих костей предплечья в средней трети со смещением отломков осуществляется

- а) в 5-6% случаев
- б) в 10-20% случаев
- в) в 25-30% случаев
- г) в 40-50% случаев

080. Из перечисленных видов обезболивания при операциях на кисти и пальцах нерационально использовать

- а) местную анестезию
- б) проводниковую анестезию
- в) новокаиновую блокаду плечевого сплетения
- г) внутрикостную новокаиновую блокаду со жгутом

081. Из предложенных методов оперативного и консервативного лечения многооскольчатых переломов плюсневых костей не следует использовать

- а) создание костного синостоза с соседними неповрежденными плюсневыми костями
- б) скелетное вытяжение за кольца
- в) остеосинтез штифтом или спицами
- г) внеочаговый остеосинтез аппаратом

082. Из перечисленных видов швов сухожилий сгибателей пальцев кисти в области сухожильных влагалищ используются все перечисленные, кроме

- а) по Кюнео
- б) по Розову
- в) по Долецкому - Пугачеву
- г) по Усольцевой
- д) по Беннелю



083. Физиотерапевтическое лечение не противопоказано

- а) при сердечно-сосудистой недостаточности в стадии декомпенсации
- б) при злокачественных новообразованиях
- в) при открытой форме туберкулеза легких
- г) при комбинированных радиационных повреждениях

084. К профессиональной реабилитации травматологических больных относится все перечисленное, кроме

- а) профессионального обучения и переучивания
- б) приспособления станков и орудий труда к возможностям инвалида
- в) создания новых специальностей
- г) создания специальных трудовых институтов в виде артелей и мастерских
- д) обеспечения орудиями производства и технологией по месту жительства инвалидов

## Ответы

001 - б 013 - а 025 - в 037 - в 049 - г 061 - г 073 -  
в  
002 - а 014 - б 026 - д 038 - д 050 - г 062 - б 074 -  
д  
003 - г 015 - д 027 - г 039 - г 051 - г 063 - д 075 -  
в  
004 - д 016 - б 028 - д 040 - д 052 - д 064 - в 076 -  
в  
005 - г 017 - а 029 - д 041 - в 053 - д 065 - б 077 -  
б  
006 - а 018 - г 030 - д 042 - д 054 - д 066 - г 078 -  
г  
007 - в 019 - д 031 - г 043 - в 055 - в 067 - г 079 -  
б  
008 - в 020 - д 032 - д 044 - г 056 - г 068 - в 080 -  
г  
009 - в 021 - г 033 - г 045 - г 057 - в 069 - г 081 -  
а  
010 - б 022 - д 034 - д 046 - д 058 - в 070 - б 082 -  
а  
011 - д 023 - г 035 - д 047 - г 059 - г 071 - в 083 -  
а  
012 - г 024 - г 036 - в 048 - г 060 - б 072 - б 084 -  
г

## Ситуационная задача.

### Задача 1.

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 2.**

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 3.**

Ранен пулей в грудь справа. Появились значительный кашель с кровянистой мокротой, нарастающая одышка. Кожные покровы цианотичны. Холодный пот. Дыхание значительно затруднено. Пульс 120 в минуту. На уровне 3-го ребра справа по средней ключичной линии имеется рана размером 1x1 см, у нижнего угла правой лопатки вторая рана размером 2,5x2,0 см. Подкожная эмфизема распространяется на шею, лицо, живот. Глаза открыть не может из-за эмфиземы век. Перкуторно сердечная тупость значительно смещена влево.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите объем первой помощи.
3. Перечислите мероприятия первой врачебной помощи.
4. Объем помощи в ОМЕДБ.
5. Примите решение о медицинской сортировке.

#### **Задача 4.**

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<sup>9</sup>
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 5.**

Ранен осколком снаряда в грудь. Дыхание затруднено. Одышка. Кровохарканье. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 110 в минуту. На уровне 4 ребра по боковой поверхности правой половины грудной клетки имеется рана размером 3x4 см,

которая в момент вдоха присасывает воздух. При кашле из-под повязки выделяется пенная кровь.

**ВОПРОСЫ:**

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

**Задача 6.**

Во время взрыва, полковник М., получил удар твердым предметом по голове. Кратковременно терял сознание. Испытывает умеренную тошноту. В лобно-теменной области справа - обширный кровоподтек, ссадины. Заторможен, вял. Жалобы на сильную головную боль; пульс 60 уд. в мин., напряжен. Повторная рвота. Анизокория, правый зрачок шире. Сухожильные рефлексy справа снижены.

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Объем помощи на поле боя.
3. Объем помощи на МПП.
4. Объем помощи на ОМЕДБ.
5. Очередность эвакуации.

**Задача 7.**

Женщина стояла у закрытой двери. Внезапно дверь быстро распахнулась и ударила ее по выпрямленным напряженным пальцам левой кисти. В результате травмы ногтевая фаланга III пальца резко согнулась и как бы "повисла". В ближайшее время после травмы пациентка обратилась в травматологический пункт. Объективно: на тыльной поверхности III пальца левой кисти в дистальном межфаланговом суставе имеется небольшой отек, при пальпации умеренно болезнен. Ногтевая фаланга согнута и самостоятельно не разгибается. Пассивные движения сохранены.

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какой целью следует произвести рентгенографию 3 п. лев. кисти?
3. Каким способом будет осуществляться лечение повреждения и почему возможно применить такую тактику?
4. В каком положении следует осуществлять иммобилизацию пальца?
5. Длительность иммобилизации?

**Задача 8.**

Ранен пулей в левое бедро. Рана умеренно кровоточит. Сразу упал, на ногу встать не может. Бедро укорочено, деформировано. Общее состояние тяжелое. Бледен. Пульс 115 в минуту, АД 80/60 мм рт.ст. Стопа теплая, кожная чувствительность сохранена.

**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 9.**

Рядовой «Б» 20 лет, из роты охраны аэродрома. Получил слепое осколочное ранение левого бедра с переломом кости. В ОМО доставлен через 20 часов после ранения в очень тяжелом состоянии. Сознание затемнено, возбужден, рвота. Дыхание учащено. Пульс слабого наполнения 150 в 1 мин. А/Д = 90/40.

По снятии шины Дитрикса и повязки обнаружено, что раненое бедро вздуто. На кожи синеватого и бронзового оттенка пятна. При пальпации бедро холодное, ткани плотные.

Определяется крепитация в мягких тканях, преимущественно вокруг раны. Рана располагается на передневнутренней поверхности бедра размерами около 4х6 см. Из раны выпирает тусклая, вареного вида мышца. Выделения довольно обильные, сукровичные, почти без запаха. Вместе с жидкостью из раны выделяются пузырьки газа. Стопа и голень холодные. Пульсация сосудов стопы не определяется.

**ВОПРОСЫ:**

1. Какое осложнение раневого процесса возникло у пострадавшего?
2. Как Вы классифицируете данное осложнение?
3. Какое оперативное вмешательство показано раненому?
4. На каком этапе медицинской эвакуации следует оперировать раненого?
5. Каков прогноз состояния пострадавшего?

**Задача 10.**

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. Пострадавший придерживает ее здоровой рукой. Активные движения в локтевом суставе невозможны. При попытке пассивных движений ощущается 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?

**а) основная литература**

1. Травматология: национальное руководство / Под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1104 с.
2. Травматология : нац. руководство: краткое издание / [авт.-сост.: О. Е. Агранович и др.] ; под ред. Г. П. Котельникова, С. П. Миронова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 524 с. - (Национальные руководства).
3. Ортопедия : национальное руководство / Под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 944 с.
4. Протоколы диагностики и лечения пострадавших с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком : метод. рек. / А. А.
5. Лобжанидзе, О. Н. Эргашев, П. Н. Рязанов, А. В. Вальденберг ; [под ред. С. Ф. Багненко] ; Ком. по здравоохранению Ленингр. обл., Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова. - СПб. : Изд-во ПСПбГМУ, 2014. - 53 с. : табл

**б) дополнительная литература:**

1. Реабилитация в травматологии: руководство. Епифанов В.А., Епифанов А.В. 2010. - 336 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") (ЭБС Консультант студента)
2. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика: руководство. Загородный Н.В. 2012. - 704 с.: ил. (ЭБС Консультант студента)
3. Травмы кисти / И. Ю. Клюквин, И. Ю. Мигулева, В. П. Охотский. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2014. - 192 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). (ЭБС Консультант студента)

4. Остеопороз: руководство. Котельников Г.П., Булгакова С.В. 2010. - 512 с.: ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста") (библиотека 2 экз; ЭБС Консультант студента)
5. Боли в суставах. Дифференциальная диагностика: руководство. Филоненко С.П., Якушин С.С. 2010. - 176 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
6. Черепно-мозговая травма: руководство. Шагинян Г.Г., Древаль О.Н., Зайцев О.С. / Под ред. О.Н. Древаля. 2010. - 288 с.: ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста") (ЭБС Консультант студента)
7. Межвертельная ротационная остеотомия при лечении асептического некроза головки бедренной кости : метод. рекомендации / Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. травматологии и ортопедии ; [Сост.: Н. В. Корнилов, О. П. Большаков, Р. М. Расулов и др.]. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2010

**1. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.**

1. Электронные базы данных "Консультант+"
2. ЭБС «Консультант студента»
3. База данных рефератов и цитирования SCOPUS.
4. Электронный информационный ресурс ClinicalKey
5. ЭБС «Консультант врача»

**11. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики**

Отделение травматологии НМХЦ им. Н.И. Пирогова, травматологический центр ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, КДЦ «Измайловский»

**Обеспечение образовательного процесса медицинской техникой (оборудованием) используемой для проведения практических занятий в ходе лечебно-диагностической работы, необходимой для осуществления образовательной деятельности по заявленным к лицензированию образовательным программам**

№ п/п	Наименование помещения	Перечень медицинской техники (оборудования) используемой Учреждением совместно с Учебным заведением	Адрес, месторасположение	Общая площадь
1	Кабинет	Компьютер с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационнообразовательную среду организации. 4 шт.	Ул. Нижняя первомайская д. 65 КДЦ «Измайловский»	20,5 м <sup>2</sup>
2	Поликлиника	Перевязочный кабинет, гипсовый кабинет, ординаторская	Ул. Нижняя первомайская д. 65 КДЦ «Измайловский»	Оперативное управление