



**федеральное государственное
бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)**

Программа заслушана и утверждена
на заседании ЦКМС
протокол № 7 от 15 мая 2019г.

Изменения и дополнения
утверждены на заседании ЦКМС
Протокол № 4 от 16 мая 2023 года

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по молодежной политике
и региональному развитию

С.В. Соловьева
15.06.2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Производственной (клинической) практики
Б2.В.01 (П) «Травматология детского возраста»
Специальность 31.08.16 Детская хирургия
(программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре)
Кафедра детской хирургии
Год обучения: 1,2
Семестр: 1,3
Вид практики: производственная
Способ проведения практики: стационарная, выездная
Форма проведения практики: дискретная
Зачетные единицы 12
Форма контроля (зачет) 3 семестр
Всего: 432 часа

Тюмень, 2023

Разработчики:

Кафедра детской хирургии

Заведующий кафедрой, д.м.н., доцент Аксельров М.А.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры педиатрии
(протокол № 8 от 23.04.2019 года)

Заведующий кафедрой детской хирургии Уральского ГМУ, д.м.н., профессор Цап Н.А.

Заведующий кафедрой хирургических болезней лечебного факультета тюменского ГМУ, д.м.н., профессор Махнев А.В.

Заместитель главного врача по детскому стационару ГБУЗ ТО «ОКБ №2» Бодрова Т.В.

Рабочая программа дисциплины (модуля) составлена в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам по специальности 31.08.16 Детская хирургия, утверждённого приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 г. № 1058; Профессионального стандарта «Врач-детский хирург», утверждённого приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 14.03.2018 г. № 134н.

Согласование и утверждение

№	Подразделение или коллегиальный орган	Ответственное лицо	ФИО	Виза	Дата, протокол (при наличии)
1	Методический совет по последипломному образованию	Председатель методического совета	Жмуров В.А.	Согласовано	14.05.2019, № 6
2	Центральный координационный методический совет	Председатель ЦКМС	Фролова О.И.	Согласовано	15.05.2019, № 7

Актуализация

№	Подразделение или коллегиальный орган	Ответственное лицо	ФИО	Виза	Дата, протокол (при наличии)
1	Методический совет по последипломному образованию	Председатель методического совета	Жмуров В.А.	Согласовано	16.05.2023, № 4
2	Центральный координационный методический совет	Председатель ЦКМС	Василькова Т. Н.	Согласовано	17.05.2023, № 9

1. Целью производственной практики по специальности 31.08.16 «Детская хирургия» является подготовка врача детского хирурга, владеющего глубокими теоретическими знаниями и способного оказать квалифицированную травматолого-ортопедическую помощь детям.

2. Задачами производственной практики являются:

- освоение методов диагностики, используемых при обследовании детей с травматологическими заболеваниями;
- освоение методики проведения предоперационной подготовки у детей страдающих травматолого-ортопедическими заболеваниями;
- освоение современных методик проведения операций у детей с травмами и врожденной патологией скелета;
- освоение методики проведения инфузионной терапии в послеоперационном периоде у детей;
- освоение методики проведения сердечно-легочной реанимации у детей;
- формирование теоретических знаний и практических умений по травматологическим и ортопедическим заболеваниям у детей;
- обучение профилактике, выявлению и устранению осложнений при лечении травм у детей;
- ознакомление с принципами профилактики внутрибольничной инфекции и создания благоприятных условий пребывания больных детей в стационаре и условий труда медицинского персонала;
- изучение порядка оформления медицинской документации при ведении пациентов с травмами и ортопедической патологией;
- формирование практических умений по травматологии и ортопедии, необходимых для самостоятельной работы врача детского хирурга в амбулаторных условиях;
- обучение основным требованиям врачебной этики и деонтологических принципов;
- освоение ординаторами профилактики и устранения возможных осложнений при лечении травм у детей.

2. Перечень компетенций, осваиваемых в процессе освоения дисциплины

Процесс прохождения производственной практики «Основы детской травматологии» по специальности «Детская хирургия» 31.08.16 направлен на формирование у обучающегося следующих компетенций:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения травм и ортопедических 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 детьми и подростками с хирургической патологией (ПК-2);

лечебная деятельность:

готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в детской хирургической помощи (ПК-6);

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

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике хирургических заболеваний (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к определению тактики ведения пациентов, нуждающихся в помощи при сочетанной травме, оказанию неотложной специализированной травматологической и хирургической помощи детям (ДПК-2)

В результате прохождения производственной практики **ординатор первого года обучения** должен:

Знать:

- Нормальную возрастную анатомию детского организма;
- Классификации, этиологию, патогенез травм и врожденных заболеваний скелета у детей;
- Методы обследования, диагностики, профилактики и лечение травм у детей;
- Причины осложнений в травматологической практике и способы их предупреждения;

Уметь:

- Получить информацию о развитии и течении заболевания;
- Выявить факторы риска возникновения и развития механизма травм, дать рекомендации в отношении мер профилактики детского травматизма;
- Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки травм у детей;
- Оценить тяжесть состояния больного, определить необходимость, объем и последовательность лечебных, в том числе, реанимационных мероприятий;
- Оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях;
- Определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических и функциональных), интерпретировать полученные данные;
- Определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать транспортировку и госпитализацию в соответствии с состоянием пациента;
- Составить дифференцированный план обследования и лечения больного, проводить его коррекцию в динамике;
- Разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции;
- Определить группу крови и выполнить внутривенное или внутриаптериальное переливание крови, реинфузию;
- Выявить возможные трансфузионные осложнения и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия;
- Решить вопрос об инвалидизации больного;
- Вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями;
- Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность;
- Проводить анализ основных показателей деятельности лечебно-профилактического учреждения;
- Проводить санитарно-просветительную работу в дошкольных и школьных учреждениях о профилактике детского травматизма;
- Интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования;
- Составить план обследования и лечения пациента с учетом привлечения смежных специалистов;
- Выбирать оптимальный вариант консервативного лечения, назначать медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждения их нежелательных побочных действий;

- Оказывать неотложную помощь при лечении травм у детей.

Владеть:

- Манипуляции:
- местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая, различные виды новокаиновых блокад);
- пункция и катетеризация центральных и периферических вен;
- люмбальная пункция;
- пункции суставов;
- транспортная иммобилизация;
- репозиция переломов костей;
- вправление вывихов суставов;
- наложение гипсовых повязок;
- наложение кожного и скелетного вытяжения;
- остановка кровотечения, перевязка и тампонада ран;
- плевральная пункция;
- массаж сердца, искусственное дыхание.

Операции:

- металлоостеосинтез
- венесекция, внутривенные вливания, трансфузия крови;
- трахеотомия, трахеостомия;
- первичная хирургическая обработка поверхностных ран;
- перевязка сосудов;
- остеоперфорация;
- удаление поверхностно расположенных инородных тел;
- удаление поверхностных доброкачественных опухолей костей и суставов;
- обработка термических ожогов;
- ампутация конечностей;
- диагностическая и лечебная артроскопия;

В результате прохождения производственной практики **ординатор второго года обучения** должен:

Знать:

- Ошибки, возникающие при хирургическом лечении травм и врожденных аномалий развития скелета, методы их профилактики и устранения;
- Принципы и методы комплексного амбулаторного лечения, включающего консервативные мероприятия при ортопедических заболеваниях у детей;
- Должностные обязанности детского хирурга по оказанию неотложной травматологической помощи;
- Оперативную, учетно-отчетную документацию;
- Контингенты, подлежащие диспансерному наблюдению;
- Нормативы при диспансеризации, диспансерные группы учета;
- Контроль за качеством лечения.

Уметь:

- Оказать срочную помощь при неотложных состояниях;

- Определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные;
- Определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать транспортировку, госпитализацию в соответствии с состоянием пациента;
- Составить дифференцированный план обследования и лечения больного, проводить его коррекцию в динамике;
- Разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции;
- Определить группу крови и выполнить внутривенное или внутриаrтериальное переливание крови, реинфузию;
- Выявить возможные трансфузионные осложнения и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия;
- Решить вопрос об инвалидизации больного;
- Вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями;
- Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность;
- Проводить анализ основных показателей деятельности лечебно-профилактического учреждения;
- Проводить санитарно-просветительную работу в дошкольных и школьных учреждениях о профилактике детского травматизма;
- Интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования;
- Составить план обследования и лечения пациента с учетом привлечения смежных специалистов;
- Оказывать неотложную помощь при травмах у детей.

Владеть:

Манипуляции:

- местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая, различные виды новокаиновых блокад);
- пункция и катетеризация центральных и периферических вен;
- люмбальная пункция;
- пункции суставов;
- транспортная иммобилизация;
- репозиция переломов костей;
- вправление вывихов суставов;
- наложение гипсовых повязок;
- наложение кожного и скелетного вытяжения;
- остановка кровотечения, перевязка и тампонада ран;
- плевральная пункция;
- массаж сердца, искусственное дыхание;
- пункция брюшной полости;
- массаж сердца, искусственное дыхание;
- зондирование желудка.

Операции:

- при врожденном вывихе бедра;
- врожденной косолапости;

- врожденной кривошее
- оперативная коррекция синдактилий

3. Структура дисциплины

Продолжительность практики – 432 часа (12 зач. единицы)

Способы проведения производственной (клинической) практики: стационарная и амбулаторная.

Место проведения практики: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области "Областная клиническая больница №2", г.Тюмень, ул.Мельникайте 75

№	Наименование раздела практики	Место прохождени я практики	Продолжительно сть циклов		Формируемые компетенции	Форма контрол я
			ЗЕТ	Часы		
Первый семестр						
1	Травматологический пункт детского стационара	ГБУЗ ТО «ОКБ№2»	2	72	ПК-1, ПК- 2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ДПК-2,	Зачет
2	Отделение детской травматологии и ортопедии	ГБУЗ ТО «ОКБ№2»	2	72	ПК-1, ПК- 2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ДПК-2,	
1	Отделение детской травматологии и ортопедии	ГБУЗ ТО «ОКБ№2»	2	72	ПК-1, ПК- 2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ДПК-2,	
Третий семестр						
1	Отделение анестезиологии и реанимации№1	ГБУЗ ТО «ОКБ№2»	2	72	ПК-1, ПК- 2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ДПК-2,	Зачет
2	Отделение термической травмы	ГБУЗ ТО «ОКБ№1»	2	72	ПК-1, ПК- 2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ДПК-2,	
3	Детская поликлиника (прием врача травматолога)	ГБУЗ ТО «ОКБ№2»	2	72	ПК-1, ПК- 2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ДПК-2,	

4. Содержание программы практики

Практическая подготовка врача детского хирурга осуществляется непрерывным циклом, с обязательными дежурствами в тесной связи с теоретическим обучением.

Базой практики клинических ординаторов, являются клинические базы ГБОУ ВПО ТюмГМА, имеющие лицензии по соответствующим видам медицинской деятельности.

Основной базой послевузовской подготовки врачей-детских хирургов является детский стационар и детская поликлиника ГБУЗ ТО «ОКБ№2» г. Тюмени, куда госпитализируются дети с различной хирургической патологией. Взаимоотношения

между ГБОУ ВПО ТюмГМА и клинической базой регулируются договором безвозмездного пользования.

Руководство обучающихся на клинической базе кафедры осуществляется заведующим кафедрой детской хирургии, травматологии и реанимации и преподавателем, специально назначенным ответственным в соответствии с объемом учебной нагрузки.

Во время прохождения практической подготовки обучающиеся обязаны соблюдать правила охраны труда и правила внутреннего распорядка, действующие в ГБОУ ВПО ТюмГМА и на базе подготовки.

Содержание раздела практики.

- Работа в профильных отделениях.
- Ведение больных под руководством сотрудников кафедры и опытных врачей.
- Оформление историй болезни, дневников курации, этапных и выписных эпикризов.
- Представление больных заведующему отделением, ассистенту, доценту, профессору.
- Участие в консилиумах, тематических разборах больных.
- Работа в гипсовых и перевязочных кабинетах.
- Работа в кабинете функциональной диагностики: снятие и расшифровка ЭКГ, УЗИ исследование суставов;
- Работа в рентген-кабинете: присутствие при рентгенографии и КТ костей скелета;
- Присутствие при эндоскопических исследованиях;
- Присутствие и участие (доклады) на клинических и клинико-анатомических конференциях, секциях умерших больных.
- Объем, практической работы ординатора составляет:
- Клиническое обследование и ведение больного с травматолого-ортопедической патологией;
- Оценка данных осмотра и опроса: обоснование и формулировка предварительного диагноза; составление плана обследования и лечения.
- Определение необходимости госпитализации больного с травмой, врожденной аномалией скелета ;
- Определение ближайшего отдаленного прогноза;
- Составление плана обследования больного. Обоснование назначения лабораторных и инструментальных методов обследования и анализ полученных результатов.
- Обоснование лечения больных с травмами и врожденными аномалиями скелета в соответствии с нозологической формой заболевания, тяжестью состояния, возрастом:
 - проведение адекватной операции;
 - назначение адекватной этиотропной терапии, определение разовых, суточных, курсовых доз при конкретных заболеваниях;
 - назначение адекватной дезинтоксикационной терапии, определение состава, доз вводимых препаратов;
 - назначение адекватной регидратационной терапии, определение состава и расчет объема вводимых растворов;
 - выписка необходимых средств, для амбулаторного лечения;
- Заполнение первичной документации при первичном приеме больного
- Оформление медицинской документации на стационарного больного (экстренное извещение, история болезни, лист назначений)
- Навыки оказания лечебно-диагностической помощи в условиях стационара:
 - составление плана ведения больного с травмами
 - составление плана ведения больного, поступившего в экстренном порядке;
- Навыки по оказанию неотложной помощи при инфекционных заболеваниях и urgentных состояниях: ИТШ, ГВШ, ОПЭ, ОППН, ОПН, кишечном кровотечении,

отеке и набухании вещества головного мозга, отёке легких, отёке гортани.

Выполнение следующих манипуляций:

- все виды инъекций (подкожные, внутримышечные и внутривенные);
 - капельное и струйное переливание лекарств;
 - введение специфических иммуноглобулинов, сывороток (человеческих, гетерогенных);
 - переливание крови и кровезаменителей (необходимые пробы на совместимость, оценка годности гемотрансфузионной среды)
 - введение профилактических вакцин;
 - плевральная пункция (освоение на элективных курсах);
 - стеральная пункция (освоение на элективных курсах);
 - аспирация слизи из верхних дыхательных путей, методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации жидкостью;
 - оксигенотерапия;
 - снятие и расшифровка ЭКГ;
- оценка физического развития:
 - оценка функционального состояния организма;
 - исследование моторных качеств (поза, мышечный тонус, контрактура, атрофия мышц);
 - определение чувствительности;
 - исследование сухожильных рефлексов;
 - оценка координации движений.
 - Оценка результатов специальных исследований:
 - водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса;
 - биохимических исследований.
 - Оценка полученных результатов лабораторной и инструментальной диагностики:
 - лабораторная диагностика нарушений белкового, жирового, углеводного, пигментного обменов, ферментных нарушений;
 - лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения, клиническое исследование:
 - периферической крови;
 - пунктата костного мозга;
 - клиническое исследование мочи;
 - сатурация кислородом;
 - рентгенологические методы исследования: значение для диагностики заболеваний костей и суставов;
 - ультразвуковые методы диагностики;
 - методы эндоскопии: артроскопия;
 - современные методы лучевой диагностики: компьютерная томография, магнитно – ядерный резонанс.
 - Участие в перевязках, операциях и манипуляциях

5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины
Информационно-библиотечное и методическое обеспечение

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
	Основная литература		экз
1.	Травматология и ортопедия детского возраста : учебное пособие / ред. М. П. Разин, ред. И. В. Шешунов. - Москва : ГЭОТАР- Медиа , 2016. - 240 с.	1	1

2.	Исаков Ю.Ф., Разумовский А.Ю. Детская хирургия: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1040с.:ил.	1	2
3.	Леванович В.В., Жила И.Г., Комиссаров И.А. Амбулаторная хирургия детского возраста. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 144с.:ил.	1	1
	Дополнительная литература		ЭКЗ
1.	Жила, Н. Г. Диагностика заболеваний и повреждений костно-суставного аппарата у детей : учебное пособие / Н. Г. Жила, В. В. Леванович, И. А. Комиссаров. - Москва : ГЭОТАР- Медиа , 2015. - 96 с.		1
2.	Травматология : национальное руководство / ред. Г. П. Котельников , ред. С. П. Миронов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 808 с	1	1
3.	Котельников, Г. П. Травматология и ортопедия : учебник с приложением на компакт-диске / Г. П. Котельников, С. П. Миронов, В. Ф. Мирошниченко. - Москва : ГОЭТАР-Медиа, 2009. - 400 с.	10	4
4.	Неотложная травматология : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / ред. С. П. Миронов. - 2-е изд. - М. : МИА, 2006. - 744 с.	1	1
5.	Ортопедия : национальное руководство / ред. С. П. Миронов, ред. Г. П. Котельников. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР- Медиа , 2013. - 944 с.		1
6.	Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. Н. В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.studmedlib.ru		

6. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Наименование учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), практики, иных видов учебной деятельности, предусмотренных учебным планом образовательной программы	Наименование помещений для проведения всех видов учебной деятельности, предусмотренной учебным планом, в том числе помещения для самостоятельной работы, с указанием перечня основного оборудования, учебно-наглядных пособий и используемого программного обеспечения	Адрес (местоположение) помещений для проведения всех видов учебной деятельности, предусмотренной учебным планом (в случае реализации образовательной программы в сетевой форме дополнительно указывается наименование организации, с которой заключен договор)
---	---	---

Детская хирургия	Помещение №158 (Конференц-зал) для проведения учебных занятий лекционного типа, оборудованная мультимедийными средствами обучения (помещение №158): Специализированная мебель на 42 посадочных мест (стол – 1 шт., стул – 42 шт., проектор – 1 шт., ноутбук – 1 шт.). Компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Университета – 1 шт.	г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 75, 1 этаж, № 158 ГБУЗ ТО «ОКБ №2», детский стационар (2 корпус) ДБП № 1210/8190067 от 31.07.2019 до 31.07.2025
-------------------------	--	---

	Аудитория №160 для проведения практических занятий и консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации (помещение №160): Специализированная мебель на 12 посадочных мест (стол – 1 шт., стул – 12 шт., негатоскоп – 1 шт., проектор – 1 шт., компьютер в комплекте – 1 шт., принтер – 1 шт., меловая доска – 1шт.). Компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Университета – 1 шт. Типовой набор профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, индивидуально Учебно-наглядные пособия (стенды, муляжи)	г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 75, 1 этаж, №160 ГБУЗ ТО «ОКБ №2», детский стационар (2 корпус) ДБП № 1210/8190067 от 31.07.2019 до 31.07.2025
--	--	--

	Помещение для проведения учебных занятий (помещение №1), оборудованное фантомной и симуляционной техникой: Специализированная мебель на 20 посадочных мест; Компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Университета; Типовой набор фантомной и симуляционной техники, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства: Манекен-тренажер оживленная Анна - тренажер (туловище) для освоения сердечно-легочной реанимации, - ALS-тренажер с симулятором VitalSim, - муляж, - системы для внутривенного введения, оксигенотерапии, - тренажер (туловище) для освоения сердечно-легочной реанимации, - ALS-тренажер с симулятором VitalSim, - муляж, - системы для внутривенного введения, оксигенотерапии, Комплект для проведения ручной вспомогательной искусственной вентиляции легких Laerdal Silicone Resuscitators для взрослых в комплекте: губной клапан, маска, кислородный резервуар, плоский клапан (Laerdal Medical AS, Норвегия) Комплект для проведения ручной вспомогательной	г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75, этаж 1, №1, ГБУЗ ТО «ОКБ №2» Договор безвозмездного пользования № 1209//8190066 от 01.08.2019г. по 31.07.2025г.
--	--	---

	Помещение №160, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам (помещение №160), в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями: приемное отделение, процедурный кабинет, больничные палаты, хирургическое отделение Специализированное оборудование и медицинские изделия: тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, электронные весы для детей до, пособия для оценки психофизического развития ребенка, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, пеленальный стол, сантиметровые ленты, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментальный	г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 75, 1 этаж ГБУЗ ТО «ОКБ №2», детский стационар (2 корпус) <u>договор № 9180161 от 16.11.2018</u> об организации практической подготовки обучающихся, заключаемый между образовательной 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
--	---	---

	Помещение №808 для самостоятельной работы (помещение №31,33): Специализированная мебель и оборудование на 20 посадочных мест; Мультимедийный проектор; Компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Университета (20 моноблоков DELL i5 3470S 4GB, HDD 500 GB)	г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54, главный учебный корпус, 8 этаж, №31, №33 Выписка из Единого государственного реестра прав на недвижимое имущество и сделок с ним, удостоверяющая проведенную государственную регистрацию прав от 07.09.2016 г. Без срока действия
--	---	---

Минимально необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

помещения предусмотренные для работы с биологическими моделями; аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства (фонтом для обучения приемам сердечно-легочной реанимации, для имитации состояния острой дыхательной недостаточности и обучения восстановления проходимости верхних дыхательных путей; устройства позволяющие формировать навыки наложения швов на кожу и внутренние органы, для наложения трахеостомии, наложения торакоцентеза, катетеризации сосудов, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, электронные весы для детей до года, пособия для оценки психофизического развития ребенка, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, пеленальный стол, сантиметровые ленты, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с креплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, низкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп

операционный, видеогастроскоп педиатрический, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп педиатрический, видеоколоноскоп диагностический, аргонно-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, набор для эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

7. Фонд оценочных средств по дисциплине

Вопросы для тестового контроля:

Типичная локализация перелома кости у новорожденных?

- 1) Эпифиз.
- 2) Диафиз. - правильный ответ
- 3) Метафиз.

Локализация наиболее часто встречающихся открытых переломов фаланг пальцев кисти у детей?

- 1) Проксимальная фаланга.
- 2) Средняя фаланга.
- 3) Дистальная фаланга. - правильный ответ

Переломы, каких костей у новорожденных отмечаются наиболее часто?

- 1) Ключицы, бедра. - правильный ответ
- 2) Локтевой и пяточной костей.
- 3) Фаланг пальцев кисти и малоберцовой кости.

Наиболее частая локализация места перелома ключицы у детей?

- 1) Акромиальная часть ключицы.
- 2) Средняя треть ключицы. - правильный ответ
- 3) Стерральная часть ключицы.

Наиболее часто применяемая повязка для лечения переломов ключицы у детей?

- 1) Повязка Очкура.
- 2) Повязка Дезо.
- 3) "Восьмиобразная" повязка. - правильный ответ

Куда открыт угол при экстензионном переломе верхней трети плечевой кости?

- 1) Открыт кзади. - правильный ответ
- 2) Открыт кнаружи.
- 3) Открыт кпереди.

При переломах какой локализации накладывается повязка Уитмена - Громова?

- 1) При переломах ключицы.
- 2) При переломах нижней трети плечевой кости.
- 3) При переломах верхней трети плечевой кости. - правильный ответ

Гипсовая повязка, наиболее часто применяющаяся при лечении переломов верхней трети плечевой кости у детей?

- 1) Повязка Уитмена - Громова.
- 2) Гипсовая лангета по Волковичу. - правильный ответ
- 3) Повязка Дезо.

Наиболее оптимальный вид анестезиологического пособия при лечении внутрисуставных переломов нижней трети плечевой кости со смещением?

- 1) Местная анестезия.
- 2) Общая анестезия. - правильный ответ
- 3) Внутрикостная анестезия.

Наиболее часто используемая методика репозиции при переломе шейки головки лучевой кости со смещением у детей?

- 1) Репозиция по Свинухову. - правильный ответ
- 2) Открытая репозиция.

Какое отдаленное осложнение может возникнуть, если при переломе нижней трети лучевой кости пострадала зона роста?

- 1) Неврит лучевого нерва.
- 2) Тендовагинит сухожилий сгибателей пальцев кисти.
- 3) Лучевая косоруконость. - правильный ответ

Что понимается под переломом Монтеджи?

- 1) Сочетание перелома локтевой кости на границе верхней и средней третей с вывихом головки лучевой кости. - правильный ответ
- 2) Сочетание перелома лучевой кости на границе средней и нижней третей с вывихом головки локтевой кости.
- 3) Сочетания перелома обеих костей предплечья в средней трети.

Что понимается под переломом Галеацци?

- 1) Сочетание перелома локтевой кости на границе верхней и средней третей с вывихом головки лучевой кости.
- 2) Сочетание перелома лучевой кости на границе средней и нижней третей с вывихом головки локтевой кости. - правильный ответ
- 3) Сочетания перелома обеих костей предплечья в средней трети.

Наиболее тяжелое осложнение при переломах шейки бедренной кости?

- 1) Плоскостопие.
- 2) Контрактура коленного сустава.
- 3) Асептический некроз головки бедра. - правильный ответ

Наиболее часто применяющийся метод лечения переломов средней трети бедренной кости со смещением у детей в возрасте от 6 до 8 лет?

- 1) Лейкопластырное вытяжение.
- 2) Скелетное вытяжение. - правильный ответ
- 3) Интрамедуллярный остеосинтез

Какая гипсовая повязка накладывается при переломах средней трети бедренной кости со смещением у детей в возрасте от 8 до 12 лет?

- 1) Тутор.
- 2) Гипсовая лангета до верхней трети бедра.
- 3) Тазобедренная гипсовая повязка. - правильный ответ

Что характерно для реабилитации больных с внутрисуставными переломами коленного сустава?

- 1) Поздняя нагрузка на поврежденную нижнюю конечность и ранняя разработка контрактуры коленного сустава. - правильный ответ
- 2) Поздняя разработка контрактуры коленного сустава и ранняя нагрузка на поврежденную нижнюю конечность.
- 3) Ранняя нагрузка на поврежденную нижнюю конечность и ранняя разработка контрактуры коленного сустава.

Какая гипсовая повязка накладывается у детей с гемартрозом коленного сустава?

- 1) Тутор. - правильный ответ
- 2) Гипсовая лангета до верхней трети бедра.
- 3) Тазобедренная гипсовая повязка.

Какая гипсовая повязка накладывается при переломах обеих костей голени в средней трети у детей в возрасте от 8 до 14 лет?

- 1) Тутор.
- 2) Циркулярная гипсовая повязка до верхней трети бедра. - правильный ответ
- 3) Тазобедренная гипсовая повязка.

Какое осложнение наиболее часто встречается у детей после переломов костей стопы?

- 1) Остеомиелит костей стопы.

2) Плоскостопие. - правильный ответ

3) Стойкие контрактуры межфаланговых суставов пальцев стопы.

Какой срок консолидации перелома ключицы у новорожденных детей?

1) 7 дней. - правильный ответ

2) 10 дней.

3) 14 дней.

Какой срок консолидации перелома ключицы у детей в возрасте 8 - 15 лет?

1) 14 дней.

2) 14 - 21 день.

3) 21 день. - правильный ответ

Какой срок консолидации перелома плечевой кости в области диафиза у грудных детей?

1) 10 - 14 дней.

2) 14 дней. - правильный ответ

3) 21 день.

Какой срок консолидации перелома плечевой кости в области хирургической шейки у детей в возрасте 1 - 3 лет?

1) 10 - 14 дней.

2) 14 дней. - правильный ответ

3) 21 день.

Какой срок консолидации перелома плечевой кости в области головчатого возвышения у детей в возрасте 8 - 14 лет?

1) 10 - 14 дней.

2) 14 дней.

3) 21 день. - правильный ответ

С какого возраста можно рентгенологически диагностировать перелом блока плечевой кости у ребенка?

1) С 1 - 3 лет. - правильный ответ

2) С 4 - 7 лет.

3) С 8 - 15 лет.

С какого возраста можно рентгенологически диагностировать чрезмыщелковый перелом плечевой кости у ребенка?

1) С грудного возраста.

2) С 1 - 3 лет. - правильный ответ

3) С 4 - 7 лет.

С какого возраста можно рентгенологически диагностировать эпифизиолиз головки лучевой кости у ребенка?

1) С 1 - 3 лет.

2) С 4 - 7 лет. - правильный ответ

3) С 8 - 15 лет.

До какого возраста может встречаться у детей подвывих головки лучевой кости?

1) До 5 лет.

2) До 8 лет.

3) До 12 лет. - правильный ответ

Какой срок консолидации перелома лучевой кости в нижней трети без смещения у детей в возрасте 8 - 14 лет?

1) 14 дней.

2) 21 день. - правильный ответ

3) 30 дней.

Какой срок консолидации перелома малоберцовой кости в нижней трети без смещения у детей в возрасте 8 - 14 лет?

1) 21 день. - правильный ответ

2) 25 дней.

3) 30 дней.

Какой срок консолидации перелома бедренной кости в области диафиза у грудных детей?

- 1) 14 дней. - правильный ответ
- 2) 14 - 21 день.
- 3) 21 день.

С какого возраста можно рентгенологически диагностировать перелом пяточной кости у ребенка?

- 1) С 1 - 3 лет. - правильный ответ
- 2) С 4 - 7 лет.
- 3) С 8 - 15 лет.

Наиболее частая причина травматизма у грудных детей?

- 1) Автотравмы.
- 2) Невнимательное и неосторожное отношение родителей. - правильный ответ

Наиболее частые обстоятельства травматизма у детей школьного возраста?

- 1) Бытовые.
- 2) Уличные. - правильный ответ
- 3) Школьные.

Где должен находиться ребенок 2 лет при его перевозке на автомобиле?

- 1) На переднем сидении рядом с водителем.
- 2) На заднем сидении по середине.
- 3) На заднем сидении за водителем в специальном кресле - правильный ответ

Для какой локализации компрессионных переломов тел позвонков у детей, характерен симптом "посттравматического апноэ"?

- 1) Шейный отдел позвоночника.
- 2) Грудной отдел позвоночника. - правильный ответ
- 3) Поясничный отдел позвоночника.

Какая локализация компрессионных переломов тел позвонков у детей наиболее частая?

- 1) Шейный отдел позвоночника.
- 2) Грудной отдел позвоночника. - правильный ответ
- 3) Поясничный отдел позвоночника.

Какой механизм компрессионных переломов тел позвонков наиболее часто встречается у детей?

- 1) Чрезмерное сгибание. - правильный ответ
- 2) Чрезмерное разгибание.
- 3) Чрезмерная ротация.

Наиболее часто встречающаяся рентгенологическая картина при компрессионном переломе тела позвонка у детей?

- 1) "Бочкообразная" форма тела позвонка.
- 2) Клиновидная деформация тела позвонка различной степени выраженности.
- 3) Клиновидная деформация тела позвонка различной степени выраженности со сползанием замыкательной пластины с образованием клиновидного выступа - правильный ответ

Наиболее часто используемые методы дополнительной диагностики при подозрении на компрессионный перелом тела позвонка у детей?

- 1) Лабораторный.
- 2) Ультразвуковой.
- 3) Рентгенологический. - правильный ответ

При переломах тел позвонков, какой локализации накладывается торококраниальная гипсовая повязка у детей??

- 1) Шейный отдел позвоночника. - правильный ответ
- 2) Копчик.
- 3) Поясничный отдел позвоночника.

Гипсовая повязка, наиболее часто применяющаяся при лечении компрессионных переломов тел позвонков в грудном и поясничном отделе у детей?

- 1) Торококраниальная гипсовая повязка.
- 2) Гипсовая кровать.

3) Реклинирующий гипсовый корсет. - правильный ответ

Повязка, применяющаяся при лечении ущемления капсулы атлanto-аксиального сустава у детей?

1) Воротник Шанца. - правильный ответ

2) Торококраниальная гипсовая повязка.

3) Реклинирующий гипсовый корсет.

Какая клиническая картина характерна для ущемления капсулы атлanto-аксиального сустава у детей?

1) Поворот головы в сторону ущемления и наклон в противоположную. - правильный ответ

2) Наклон головы в сторону ущемления и поворот в противоположную.

Какая клиническая картина характерна для подвывиха атланта у детей?

1) Поворот головы в сторону подвывиха и наклон в противоположную.

2) Наклон головы в сторону подвывиха и поворот в противоположную. - правильный ответ

Какие обстоятельства травмы наиболее часто встречаются у детей с компрессионными переломами тел позвонков?

1) Падение с высоты. - правильный ответ

2) Удар автомобилем.

3) Удар ногой.

Как должен транспортироваться ребенок с подозрением на компрессионный перелом тела позвонка?

1) Лежа на спине на жестком щите. - правильный ответ

2) Сидя на сидении.

3) Лежа на спине на жестком щите с валиком под коленными суставами

Какие обстоятельства травмы наиболее часто встречаются у детей с переломами костей таза?

1) Падение с высоты.

2) Удар автомобилем. - правильный ответ

3) Удар ногой.

Как должен транспортироваться ребенок с подозрением на переломы костей таза?

1) Лежа на спине на жестком щите.

2) Сидя на сидении.

3) Лежа на спине на жестком щите с валиком под коленными суставами - правильный ответ

Как должен быть уложен ребенок с переломом костей таза на ортопедическую кровать?

1) В положении на спине на жестком щите.

2) В положение по Волковичу. - правильный ответ

3) В гамаке.

Какая местная анестезия выполняется при переломах костей таза у детей?

1) По Школьникову - Селиванову. - правильный ответ

2) По Витюгову.

3) По Оберсту - Лукашевичу.

Сколько процентный раствор новокаина применяется при местной анестезии по Школьникову - Селиванову?

1) 2%.

2) 1%.

3) 0,25%. - правильный ответ

Как должен быть уложен ребенок с разрывом лонного сочленения на ортопедическую кровать?

1) В положении на спине на жестком щите.

2) В положение по Волковичу.

3) В гамаке. - правильный ответ

При какой локализации переломов костей таза наиболее часто отмечается травма мочеиспускательного канала и мочевого пузыря?

- 1) Лонные и седалищные кости. - правильный ответ
- 2) Вертлужная впадина.
- 3) Крылья подвздошной кости.

Какое осложнение наиболее часто встречается у детей с переломами костей таза?

- 1) Остеомиелит костей таза.
- 2) Травма мочевыделительной системы. - правильный ответ
- 3) Стойкие контрактуры тазобедренных суставов.

Какая причина интранатальных черено-мозговых травм встречается у детей наиболее часто?

- 1) Случайное падение ребенка.
- 2) Преждевременные роды. - правильный ответ
- 3) Дорожно-транспортный травматизм

Какая причина черено-мозговых травм у детей раннего детского возраста встречается наиболее часто?

- 1) Случайное падение ребенка. - правильный ответ
- 2) Преждевременные роды.
- 3) Дорожно-транспортный травматизм.

Чем характеризуется фаза клинической компенсации при черено-мозговой травме у детей?

- 1) Общемозговая и очаговая симптоматика отсутствует, либо резидуальная. Социально-трудовая адаптация восстановлена. - правильный ответ
- 2) Общее состояние обычно удовлетворительное. Сознание ясное, либо элементы оглушения. Очаговые неврологические симптомы мягко выражены, ствольные отсутствуют. Жизненно важные функции не нарушены.
- 3) Общее состояние больного обычно средней тяжести, умеренное оглушение. Часто выражены признаки внутричерепной гипертензии, выражены очаговые симптомы, появляются вторичные ствольные симптомы. Появляются симптомы нарушения жизненно важных функций.

Длительность фазы клинической компенсации при сотрясении головного мозга у детей?

- 1) До 1 недели.
- 2) До 2 недель.
- 3) До 3 недель. - правильный ответ

Ушиб головного мозга средней степени согласно классификации относится?

- 1) К черепно-мозговой травме лёгкой степени. - правильный ответ
- 2) К черепно-мозговой травме средней степени.
- 3) К черепно-мозговой травме тяжелой степени.

Эпидурально-поднадкостничная гематома (без сдавления мозга) согласно классификации относится?

- 1) К черепно-мозговой травме лёгкой степени.
- 2) К черепно-мозговой травме средней степени. - правильный ответ
- 3) К черепно-мозговой травме тяжелой степени.

Внутричерепные гематомы со сдавлением мозга согласно классификации относятся?

- 1) К черепно-мозговой травме лёгкой степени.
- 2) К черепно-мозговой травме средней степени.
- 3) К черепно-мозговой травме тяжелой степени. - правильный ответ

Диффузное аксональное повреждение мозга согласно классификации относится?

- 1) К черепно-мозговой травме лёгкой степени.
- 2) К черепно-мозговой травме средней степени.
- 3) К черепно-мозговой травме тяжелой степени. - правильный ответ

Продолжительность начального периода в течении черепно-мозговой травмы у детей?

- 1) 2 - 3 часа.
- 2) 12 - 18 часов. - правильный ответ

3) 23 - 28 часов.

Продолжительность раннего периода в течении черепно-мозговой травмы у детей?

1) 12 - 18 часов.

2) 23 - 28 часов.

3) До 2 - 6 недель. - правильный ответ

Продолжительность позднего периода в течении черепно-мозговой травмы у детей?

1) До 9 - 15 лет.

2) До 1 - 1,5 лет. - правильный ответ

3) До 2 - 6 недель.

Что является характерной чертой для клиники сотрясения головного мозга у детей?

1) Спонтанный, быстро проходящий, мелкоамашистый горизонтальный нистагм. - правильный ответ

2) Парез взора вверх.

3) Грубые нарушения частоты и ритма дыхания.

Что является характерной чертой для клиники диффузного аксонального повреждения головного мозга у детей?

1) Спонтанный, быстро проходящий, мелкоамашистый горизонтальный нистагм.

2) Парез взора вверх.

3) Грубые нарушения частоты и ритма дыхания. - правильный ответ

Что является характерной чертой для клиники ушиба головного мозга у детей?

1) Спонтанный, быстро проходящий, мелкоамашистый горизонтальный нистагм.

2) Парез взора вверх. - правильный ответ

3) Грубые нарушения частоты и ритма дыхания.

Какой синдром является ранним признаком дислокации ствола мозга у детей?

1) Спонтанный, быстро проходящий, мелкоамашистый горизонтальный нистагм.

2) Парез взора вверх. - правильный ответ

3) Грубые нарушения частоты и ритма дыхания

Что является грозным диагностическим признаком вклинения головного мозга в шейно-дуральную воронку при черепно-мозговых травмах у детей?

1) Брадикардия, сочетающаяся с аритмией. - правильный ответ

2) Четверохолмный синдром.

3) Выраженная анемия.

Какая продолжительность длительного сдавления головы легкой степени?

1) От 20 минут до 5 часов. - правильный ответ

2) От 5 часов до 48 часов.

3) Более 2 суток.

Какой клинической симптоматикой сопровождаются повреждения глазодвигательного нерва при черепно-мозговых травмах у детей?

1) Птозом, неподвижным расширенным зрачком и расходящимся косоглазием. - правильный ответ

2) Сходящимся косоглазием.

3) Офтальмоплегией, птозом, расширением зрачка.

Какой клинической симптоматикой сопровождаются повреждения блокового нерва при черепно-мозговых травмах у детей?

1) Птозом, неподвижным расширенным зрачком и расходящимся косоглазием.

2) Сходящимся косоглазием. - правильный ответ

3) Офтальмоплегией, птозом, расширением зрачка.

Какой клинической симптоматикой сопровождаются повреждения III, IV и VI пар черепно-мозговых нервов при травмах у детей?

1) Птозом, неподвижным расширенным зрачком и расходящимся косоглазием.

2) Сходящимся косоглазием.

3) Офтальмоплегией, птозом, расширением зрачка. - правильный ответ

К функциям детских травматологических пунктов не относятся?

1) Экспертиза временной нетрудоспособности больных.

- 2) Диспансеризация больных после травм.
- 3) Диспансеризация неврологических больных. - правильный ответ

К задачам медицинских работников по профилактике травматизма относится?

- 1) Обучение детей само- и взаимопомощи при травмах. - правильный ответ
- 2) Выполнение технических работ по приведению мест детского отдыха в соответствии требованиям безопасности.

Как часто должны посещать врачи травматологи-ортопеды закрепленные за ними детские учреждения?

- 1) 1 раз в неделю.
- 2) 2 раза в месяц.
- 3) 3 - 4 раза в год. - правильный ответ

Сколько времени должно выделяться врачу травматологу-ортопеду на одно посещение закрепленного за ними детского учреждения?

- 1) 3,5 - 4 часа. - правильный ответ
- 2) 5 часов.
- 3) 6 - 8 часов.

Лечение, каких повреждений в острый период травмы в травматологическом пункте не проводится?

- 1) Подногтевых гематом.
- 2) Переломов костей таза. - правильный ответ
- 3) Неинфицированных ожогов I степени.

Лечение, каких повреждений в острый период травмы в травматологическом пункте не проводится?

- 1) Переломов обеих лодыжек без смещения.
- 2) Переломов тел позвоночного столба. - правильный ответ
- 3) Переломов надколенника без смещения.

Лечение, каких повреждений в острый период травмы в травматологическом пункте не проводится?

- 1) Травматических вывихов головки бедра. - правильный ответ
- 2) Вывихов в локтевом суставе.
- 3) Вывихов надколенника.

Лечение, каких повреждений в острый период травмы в травматологическом пункте не проводится?

- 1) Переломов ключицы.
- 2) Ампутаций бедра. - правильный ответ
- 3) Переломов хирургической шейки плечевой кости.

Лечение, каких повреждений в острый период травмы в травматологическом пункте не проводится?

- 1) Закрытых переломов пястных костей и костей запястья.
- 2) Изолированных переломов ребер без повреждения плевры
- 3) Оскольчатых переломов пяточных костей. - правильный ответ

Какие операции не должны выполняться в детском травматологическом пункте?

- 1) Удаление инородных тел.
- 2) Задний спондилодез позвоночного столба. - правильный ответ
- 3) ПХО ран.

Какие операции не должны выполняться в детском травматологическом пункте?

- 1) Шов сухожилий разгибателей пальцев и кисти.
- 2) Остеосинтез спицами при переломах пястных костей фаланг пальцев кисти и стопы.
- 3) Интрамедуллярный остеосинтез переломов бедра. - правильный ответ

К медицинской документации связанной с экспертизой степени ограничения жизнедеятельности и трудоспособности в детском травматологическом пункте относится?

- 1) Журнал выдачи листков нетрудоспособности ф. 36. - правильный ответ
- 2) Контрольные карты диспансерных больных ф. 30.
- 3) Журнал вакцинации против столбняка - 064/У.

Какой процент не должны превышать послеоперационные осложнения при проведении операций в амбулаторных условиях у детей?

- 1) 2%. - правильный ответ
- 2) 6%.
- 3) 10%.

К медицинской документации связанной с лечебной работой в детском травматологическом пункте относится?

- 1) Листки нетрудоспособности.
- 2) Журнал учета бесед с врачами.
- 3) История болезни 025/У. - правильный ответ

К медицинской документации связанной с учетом травм и работы врачей в детском травматологическом пункте относится?

- 1) Справки ф. 295-А по бытовой травме.
- 2) Талон уточненных диагнозов ф. 025-2/У. - правильный ответ
- 3) История болезни 025/У.

Что наблюдается при врожденном вывихе головки бедра?

- 1) Головка полностью теряет контакт с вертлужной впадиной. - правильный ответ
- 2) Головка частично теряет контакт с вертлужной впадиной.
- 3) Нарушение развития тазобедренного сустава без смещения сочленяющих элементов сустава.

Что наблюдается при врожденном подвывихе головки бедра?

- 1) Головка полностью теряет контакт с вертлужной впадиной.
- 2) Головка частично теряет контакт с вертлужной впадиной. - правильный ответ
- 3) Нарушение развития тазобедренного сустава без смещения сочленяющих элементов сустава.

Что наблюдается при врожденном предвывихе головки бедра?

- 1) Головка полностью теряет контакт с вертлужной впадиной.
- 2) Головка частично теряет контакт с вертлужной впадиной.
- 3) Нарушение развития тазобедренного сустава без смещения сочленяющих элементов сустава. - правильный ответ

Какой вид подвывиха головки бедра не встречается?

- 1) Первичный.
- 2) Боковой или переднебоковой. - правильный ответ
- 3) Остаточный (после вправления головки бедра).

Какой вид врожденного вывиха головки бедра не встречается?

- 1) Надацетабулярный.
- 2) Подвздошный (высокий).
- 3) Остаточный (после вправления головки бедра). - правильный ответ

Какой угол скошености крыши вертлужной впадины отмечается при дисплазии?

- 1) 10.
- 2) 30. - правильный ответ
- 3) 60.

Какой объективный симптом указывает на наличие дисплазии тазобедренного сустава у пациента?

- 1) Симптом "соскальзывания" в тазобедренном суставе. - правильный ответ
- 2) Асимметрия расположения кожных складок на бедрах: на стороне поражения их больше и они глубже.
- 3) Симптом Аликса.

К какому возрасту ребенка исчезает симптом "соскальзывания" в тазобедренном суставе?

- 1) К 2 неделям. - правильный ответ
- 2) К 1 месяцу.
- 3) К 6 месяцам.

До какого возраста надо показать первый раз ребенка ортопеду?

- 1) До 2 недель. - правильный ответ
- 2) До 1 месяца.
- 3) До 6 месяцев.

Для чего предназначена схема Хильгенрейнера?

- 1) Для клинической диагностики врожденного вывиха бедра.
- 2) Для лабораторной диагностики врожденного вывиха бедра.
- 3) Для рентгенологической диагностики врожденного вывиха бедра. - правильный ответ

Какое в норме на схеме Хильгенрейнера максимально допустимое расстояние "h"?

- 1) 0,5 см.
- 2) 1 см. - правильный ответ
- 3) 2 см.

Какое в норме на схеме Хильгенрейнера максимально допустимое расстояние "d"?

- 1) 1 см.
- 2) 1,5 см. - правильный ответ
- 3) 2 см.

Какой метод инструментальной диагностики позволяет наиболее рано диагностировать дисплазию тазобедренного сустава?

- 1) Рентгенологический.
- 2) Лабораторный.
- 3) Ультразвуковой. - правильный ответ

Какой вид пеленания показан детям с подозрением на дисплазию тазобедренного сустава?

- 1) Классическое.
- 2) Свободное. - правильный ответ

Какая гипсовая повязка накладывается после вправления врожденного вывиха бедра?

- 1) Тазобедренная лонгета.
- 2) Лонгета по Волковичу.
- 3) По Лоренцу. - правильный ответ

Какой угол сгибания в тазобедренных суставах должен быть у ребенка в гипсовой повязке по Лоренцу?

- 1) 30.
- 2) 60.
- 3) 90. - правильный ответ

В какой части ключицы локализуется процесс при остеохондропатии?

- 1) В стеральной части. - правильный ответ
- 2) В средней трети.
- 3) В акромиальной части.

Какой метод лечения применяется при реабилитации детей с остеохондропатией ключицы?

- 1) Консервативный. - правильный ответ
- 2) Сочетание консервативного и оперативного метода лечения.
- 3) Оперативный.

Какая локализация поражения при болезни Кенига?

- 1) Ладьевидная кость.
- 2) Суставные поверхности костей. - правильный ответ
- 3) Гороховидная кость.

Какой сустав наиболее часто поражается при болезни Кенига?

- 1) Тазобедренный.
- 2) Локтевой.
- 3) Коленный. - правильный ответ

При какой стадии болезни Кенига может отмечаться синовит?

- 1) I.
- 2) II.
- 3) III. - правильный ответ

Какой метод лечения применяется при реабилитации детей с III стадией болезни Кенига?

- 1) Консервативный.
- 2) Сочетание консервативного и оперативного метода лечения.
- 3) Оперативный. - правильный ответ

Какой метод лечения применяется при реабилитации детей с остеохондропатией полулунной кости кисти?

- 1) Консервативный. - правильный ответ
- 2) Сочетание консервативного и оперативного метода лечения.
- 3) Оперативный.

Какая часть надколенника поражается при остеохондропатии?

- 1) Верхний полюс.
- 2) Весь надколенник.
- 3) Нижний полюс. - правильный ответ

Какой метод лечения применяется при реабилитации детей с остеохондропатией ладьевидной кости стопы?

- 1) Консервативный. - правильный ответ
- 2) Сочетание консервативного и оперативного метода лечения.
- 3) Оперативный.

В каком возрасте обычно возникает болезнь Келера I?

- 1) 6 - 7 лет.
- 2) 8 - 12 лет. - правильный ответ
- 3) 13 - 15 лет.

Применение какого метода лечения является залогом получения хороших результатов реабилитационных мероприятий у детей с болезнью Келера I?

- 1) Оперативного.
- 2) Физиотерапевтического.
- 3) Ортезирования. - правильный ответ

Какая локализация поражения при болезни Келера II?

- 1) Головки II и III плюсневых костей. - правильный ответ
- 2) Головки I и IV плюсневых костей.
- 3) Головки IV и V плюсневых костей.

Какая локализация поражения при болезни Шинца?

- 1) Тело позвонка.
- 2) Головка бедра.
- 3) Пяточная кость. - правильный ответ

В каком возрасте обычно возникает болезнь Кальве?

- 1) 5 - 6 лет.
- 2) 7 - 14 лет. - правильный ответ
- 3) 15 лет.

Какой процесс лежит в основе патогенеза болезни Осгуда - Шлаттера?

- 1) Нарушение процесса окостенения. - правильный ответ
- 2) Гнойный некроз кости.
- 3) Асептический некроз кости.

Какая локализация поражения при болезни Пертеса?

- 1) Тело позвонка.
- 2) Головка бедра. - правильный ответ
- 3) Пяточная кость.

Какая установка стопы при типичной врожденной косолапости?

- 1) Варусная.
- 2) Эквино-варусная. - правильный ответ
- 3) Эквино-вальгусная.

Чем характеризуется типичная врожденная косолапость?

- 1) Аплазией костей стопы.
- 2) Увеличением размеров стопы.

3) Дисплазией всех структур стопы. - правильный ответ

Какие виды рентгенограмм выполняются для диагностики и оценки эффективности лечения у детей с косолапостью?

1) Рентгенография костей стопы в трех крайних функциональных положениях. - правильный ответ

2) Рентгенография костей стопы в прямой и боковой проекции.

3) Рентгенография костей стопы в косой и боковой проекции.

О чем свидетельствует снижение величины таранно-пяточного угла на рентгенограмме стопы у детей с косолапостью?

1) О хороших результатах лечения.

2) О наличии агрогрипоза.

3) О ее недокоррекции или рецидиве. - правильный ответ

О чем свидетельствует снижение величины таранно-первоплюсневых и пяточно-первоплюсневых углов на рентгенограмме стопы у детей с косолапостью?

1) На наличие приведения переднего отдела стопы и внутреннего подвывиха стопы в суставе Шопара. - правильный ответ

2) О хороших результатах лечения.

3) О ее недокоррекции или рецидиве.

Что позволяет оценить разница между таранно-большеберцовыми и пяточно-большеберцовыми углами на рентгенограмме стопы у детей с косолапостью?

1) Наличие ее недокоррекции или рецидива.

2) Наличие приведения переднего отдела стопы и внутреннего подвывиха стопы в суставе Шопара.

3) Полноту и структуру сгибательно-разгибательной функции стопы. - правильный ответ

Какой основной метод консервативного лечения у детей с врожденной косолапостью?

1) Редрессация стопы в сочетании с фиксацией этапными гипсовыми повязками. - правильный ответ

2) ЛФК.

3) Физиотерапия.

Какой наиболее распространенный метод оперативного лечения у детей с врожденной косолапостью?

1) Операция по Зацепину.

2) Операция Симонса. - правильный ответ

3) Операция по Волкову.

Какая из форм врожденной кривошеи наиболее часто встречается?

1) Односторонняя мышечная кривошея. - правильный ответ

2) Двусторонняя мышечная кривошея.

3) Костная кривошея.

Какой метод используется для дифференциальной диагностики между костной и врожденной мышечной кривошеей у ребенка в 14 лет?

1) Клинический.

2) Рентгенологический. - правильный ответ

3) Лабораторный.

Какое ортезное изделие применяется для иммобилизации шейного отдела позвоночника после операции по поводу врожденной мышечной кривошеи?

1) Ортез грудного отдела позвоночника.

2) Поливиковая кровать.

3) Ортез шейного отдела позвоночника. - правильный ответ

Что наиболее часто характеризует шейно-грудную сколиотическую деформацию позвоночного столба?

1) Выраженный болевой синдром.

2) Выраженное нарушение статодинамической функции.

3) Нарушение функции внешнего дыхания. - правильный ответ

Какая сколиотическая деформация позвоночного столба наиболее часто встречается?

- 1) Шейно-грудная.
- 2) Грудная. - правильный ответ
- 3) Поясничная.

При какой локализации сколиотической болезни наиболее выражена деформации позвоночного столба?

- 1) Шейно-грудная.
- 2) Грудная. - правильный ответ
- 3) Поясничная.

С каким заболеванием необходимо в первую очередь проводить дифференциальную диагностику при подозрении на шейно-грудную сколиотическую деформацию позвоночного столба?

- 1) Костная форма кривошеи. - правильный ответ
- 2) Лакунарной ангиной.
- 3) Паротитом.

Какая степень сколиотической болезни у пациента согласно классификации по Коббу, если на рентгенограмме позвоночного столба угол отклонения от нормальной оси равен 16??

- 1) I.
- 2) II. - правильный ответ
- 3) III.

Какая степень сколиотической болезни у пациента согласно классификации по Коббу, если на рентгенограмме позвоночного столба угол отклонения от нормальной оси равен 62??

- 1) II.
- 2) III.
- 3) IV. - правильный ответ

Какая степень сколиотической болезни у пациента согласно классификации по Коббу, если на рентгенограмме позвоночного столба угол отклонения от нормальной оси равен 8?

- 1) I. - правильный ответ
- 2) II.
- 3) III.

Какая степень сколиотической болезни у пациента согласно классификации по Коббу, если на рентгенограмме позвоночного столба угол отклонения от нормальной оси равен 45?

- 1) I.
- 2) II.
- 3) III. - правильный ответ

Какая степень сколиотической болезни у пациента согласно классификации по Чаклину, если на рентгенограмме позвоночного столба угол отклонения от нормальной оси не определяется?

- 1) Нет.
- 2) I. - правильный ответ
- 3) II.

Какая степень сколиотической болезни у пациента согласно классификации по Чаклину, если на рентгенограмме позвоночного столба угол отклонения от нормальной оси равен 46??

- 1) II.
- 2) III.
- 3) IV. - правильный ответ

Какая степень сколиотической болезни у пациента согласно классификации по Чаклину, если на рентгенограмме позвоночного столба угол отклонения от нормальной оси равен 4??

- 1) I.

- 2) II. - правильный ответ
- 3) III.

Какая степень сколиотической болезни у пациента согласно классификации по Чаклину, если на рентгенограмме позвоночного столба угол отклонения от нормальной оси равен 37??

- 1) I.
- 2) II.
- 3) III. - правильный ответ

Для оценки чего используется в клиническом исследовании пациентов с заболеваниями позвоночного столба метод Schobera?

- 1) Болевого синдрома.
- 2) Нарушения функции дыхания.
- 3) Объема движений в позвоночном столбе. - правильный ответ

Для оценки чего используется в клиническом исследовании пациентов с заболеваниями позвоночного столба проба Stibora?

- 1) Болевого синдрома.
- 2) Нарушения функции дыхания.
- 3) Объема движений в позвоночном столбе. - правильный ответ

Для оценки данных, какого исследования пациентов с заболеваниями позвоночного столба используется метод Фергюссона - Риссера?

- 1) Рентгенологического. - правильный ответ
- 2) Ультразвукового.
- 3) Лабораторного.

На что указывает признак Кона?

- 1) На выраженность болевого синдрома?
- 2) На возможность дальнейшего прогрессирования сколиотической деформации. - правильный ответ
- 3) На выраженность синдрома нарушения функции дыхательной системы.

На что указывает признак Мошовича?

- 1) На выраженность болевого синдрома?
- 2) На возможность дальнейшего прогрессирования сколиотической деформации. - правильный ответ
- 3) На выраженность синдрома нарушения функции сердечно-сосудистой системы.

К какому возрасту полностью исчезает признак Кона?

- 1) К 6 годам.
- 2) К 8 годам.
- 3) К 12 годам. - правильный ответ

Для оценки данных, какого исследования пациентов с заболеваниями позвоночного столба используется метод Кобба - Липпмана?

- 1) Рентгенологического. - правильный ответ
- 2) Ультразвукового.
- 3) Лабораторного.

Какой метод исследования позволяет проводить объективную дифференциальную диагностику между болезнью Линдемана и болезнью Гюнтца?

- 1) Рентгенологический. - правильный ответ
- 2) Ультразвуковой.
- 3) Лабораторный.

Что не относится к задачам детских ортопедических кабинетов?

1) Амбулаторное долечивание детей после различных ортопедических оперативных вмешательств.

2) Диспансеризация больных после травм.

3) Диспансеризация неврологических больных. - правильный ответ

Что не относится к задачам детских ортопедических кабинетов?

1) Установление связей и контактов в работе с врачами областных педиатрических, детских хирургических и травматолого-ортопедического отделений, МСЭ, протезно-ортопедического предприятия.

2) Выполнение технических работ по приведению мест детского отдыха в соответствии требованиям безопасности.

3) Профилактика детского травматизма. - правильный ответ

Что не относится к функциям врачей-ортопедов детских ортопедических кабинетов?

1) Санитарно-просветительная работа среди населения по профилактике ортопедических заболеваний у детей.

2) Диспансеризация урологических больных. - правильный ответ

3) Представление отчетов о своей деятельности по утвержденным формам и в установленные сроки.

Что не относится к функциям врачей-ортопедов детских ортопедических кабинетов?

1) Внедрение в практику новых методов диагностики и лечения больных детей с ортопедической патологией, последствиями различных травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата.

2) Работа по повышению знаний врачей всех специальностей по вопросам выявления, диагностики и лечения ортопедических заболеваний у детей.

3) Диспансеризация детей после черепно-мозговой травмы. - правильный ответ

Дети, с какой из перечисленных патологий подлежат лечению и диспансерному наблюдению в детском ортопедическом кабинете?

1) Челюстно-лицевая патология.

2) Нарушение зрения.

3) Остеохондропатии. - правильный ответ

Дети, с какой из перечисленных патологий подлежат лечению и диспансерному наблюдению в детском ортопедическом кабинете?

1) Хроническими заболеваниями бронхо-легочной системы.

2) Сколиотической болезнью. - правильный ответ

3) Злокачественными опухолями.

Дети, с какой из перечисленных патологий подлежат лечению и диспансерному наблюдению в детском ортопедическом кабинете?

1) Врожденным вывихом бедра. - правильный ответ

2) Хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

3) Урологическими заболеваниями.

Дети, с какой из перечисленных патологий не подлежат лечению и диспансерному наблюдению в детском ортопедическом кабинете?

1) Стенозом пищевода. - правильный ответ

2) Косолапостью.

3) Кривошеей.

Сколько больных в 1 час должен согласно нормативным документам принимать врач-ортопед?

1) 2.

2) 4.

3) 6. - правильный ответ

Какая продолжительность рабочего дня у врача-ортопеда согласно нормативным документам?

1) 4 часа.

2) 5,5 часов. - правильный ответ

3) 6 часов.

Сколько рабочих дней в течении месяца должен выделять врач-ортопед для проведения организационно-методической работы на закрепленной за ним территории согласно нормативным документам?

1) 3. - правильный ответ

2) 4.

3) 5.