

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Багрий Андрей Эдуардович

Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному

развитию здравоохранения

Дата подписания: 21.03.2025 16:48:58

Уникальный программный ключ:

2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени
М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному
образованию и региональному развитию
здравоохранения



A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'A' followed by a horizontal line.

**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.66 ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ
(2025 год приема)**

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день: - 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование), - 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1.	Понятие о травматологии и ортопедии.
2.	Роль отечественных ученых в развитии травматологии и ортопедии (Н.И.Пирогов, В.А.Оппель, Н.В.Склифосовский, Г.И.Турнер, Н.А.Вельяминов, Р.Р.Вреден, М.И.Ситенко, Н.Н.Приоров, Л.И.Шулутко Г.А.Илизаров).
3.	Повреждения тазобедренного сустава.
4.	Асептический некроз мыщелка бедренной кости (болезнь Кёнига).
5.	Структура ортопедо-травматологической помощи в РФ.
6.	Перелом лучевой кости в типичном месте (перелом Колеса и Смита).
7.	Деформирующий артроз крупных суставов.
8.	Травматизм, виды его.
9.	Повреждения кисти.
10.	Ортопедические последствия полиомиелита.
11.	Закрытые надмыщелковые переломы плечевой кости.
12.	Контрактура Фолькмана.
13.	Гиперпаратиреоидная дистрофия (болезнь Реклингаузена).
14.	Амбулаторная ортопедо-травматологическая помощь.
15.	Закрытые переломы диафиза плечевой кости. Осложнения.
16.	Деформирующая остеодистрофия (болезнь Педжета).
17.	Повреждения ключицы.
18.	Врожденная косолапость.
19.	Стационарная ортопедо-травматологическая помощь.
20.	Ранение сухожилий. Шов по Беннелу.
21.	Подкожные разрывы сухожилий (“крадущиеся разрывы”).
22.	Врожденная кривошея.
23.	Остеопороз. Профилактика и лечение.
24.	Переломы голеностопного сустава (супинационные и пронационные).
25.	Асептический некроз полулунной и ладьевидной кости (болезнь Кинбека и Прайзера).
26.	Переломы диафиза костей предплечья. Перелом Монтеджа и Галеации.
27.	Понятие о реабилитации. Медицинская, социальная и профессиональная реабилитация.
28.	Медиальные переломы шейки бедренной кости.
29.	Посттравматические деформации (контрактуры, анкилозы и т.д.).
30.	Осложнения при переломах костей таза.
31.	Эпикондилит
33.	Функциональный метод лечения по Древинг-Горневской.

34.	Оперативные методы лечения. Болезнь Кюммеля.
35.	Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Штрюмпель-Мари-Бехтерева).
36.	Кожная пластика при травмах.
37.	Ложные суставы и несросшиеся переломы.
38.	Основные принципы лечения переломов.
39.	Вывихи крупных суставов.
40.	Синдактилия.
41.	Артрогриппоз.
42.	Переломы костей таза.
43.	Методика обследования больных.
44.	Разрыв сухожилия надостной и 2-главой мышц.
45.	Повреждения грудной клетки. Осложнения и лечение их.
46.	Плече-лопаточный периартроз.
47.	Черепно-мозговая травма.
48.	Сколиотическая болезнь.
49.	Ампутации и протезирование. Роль отечественных ученых.
50.	Современная тактика при лечении открытых переломов.
51.	Инфекционные полиартриты и артриты.
52.	Повреждения плечевого сустава. Переломо-вывихи в плечевом суставе.
53.	Злокачественные опухоли: фибросаркома, хондросаркома, остеогенная саркома, саркома Юинга, миелома и т.д.
54.	Повреждения лопатки.
55.	Болезни культей.
56.	Переломы диафиза бедра.
57.	Фиброзная дисплазия.
58.	Латеральные переломы шейки бедренной кости.
59.	Стенозирующий лигаментит (болезнь Де Кервена, Нотта и т.д.).
60.	Понятие о травматологии и ортопедии.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. Укажите основные виды костной мозоли:

- А. - периостальная костная мозоль, эндостальная, интермедиарная
- Б. межмышечная, внутрифасциальная
- В. внутритканевая
- Г. периартикулярная

2. Перечислите субъективные критерии сращения перелома:

- А. сохранение болевых ощущений в месте перелома кости
- Б. незначительная патологическая подвижность в месте перелома
- В. -отсутствие жалоб на болевые ощущения и патологическую подвижность при умеренной статической и динамической нагрузке
- Г. невозможность функционального использования конечности

3. Перечислите наиболее характерные локализации ложных суставов:

- А. - шейка бедренной кости, ладьевидная кость запястья, н/3 костей голени
- Б. перелом лучевой кости в «типичном месте»
- В. перелом бедра на границе средней и н/3
- Г. перелом ключицы

4. Дайте определение понятию «костная пластика»:

- А. - костная пластика – это оперативное вмешательство, направленное на восстановление целостности кости, с использованием костно-пластических материалов
- Б. консервативный метод лечения переломом длинных трубчатых костей, включающий ФТЛ и медикаментозное лечение
- В. метод стимуляции костеобразования с использованием массажа
- Г. хирургическое лечение с применением накостного и интрамедуллярного остеосинтеза

5. Дайте определение «врожденный вывих бедра»:

- А. это заболевание тазобедренного сустава, возникшее в результате неправильного оказания акушерского пособия в родах
- Б. -это порок внутриутробного формирования тазобедренного сустава, заключающийся в недоразвитии всех его элементов: вертлужной впадины, проксимальной части бедренной кости вместе с головкой бедра, капсулы сустава и сопровождающийся децентрацией головки бедра
- В. заболевание тазобедренного сустава, развившееся в результате перенесенной внутриутробной инфекции
- Г. дегенеративно-дистрофическое заболевание тазобедренного сустава в ранний неонатальный период

6. Какие клинические признаки характерны для врожденного вывиха бедра в ранний неонатальный период?

- А. укорочение нижней конечности до 5см
- Б. удлинение нижней конечности с внутренней ротацией
- В. симптом Дюшена-Тренделенбурга и «утиная» походка

Г. -симптомы Маркса-Ортолани, Барлоу, ротационной нестабильности

7. С какого возраста возможно проведение рентгенологической диагностики врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста?

А. с периода новорожденности

Б. -оптимальным для рентгендиагностики является возраст 2 - 3 месяца

В. только когда ребенок начинает самостоятельно ходить, т.е. в возрасте 10-12 месяцев

Г. независимо от возраста, даже впервые дни жизни при наличии клиники

8. Рационально ли консервативное лечение врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста?

А. не рационально, так как существуют современные хирургические методы лечения

Б. -консервативное лечение является основным методом лечения данной патологии у детей грудного возраста

В. выбор метода лечения зависит от предпочтений лечащего врача

Г. консервативное лечение не применяется до годовалого возраста, а с возраста 1 год ребенку выполняется операция

9. Дайте определение термина «врожденная косолапость»:

А. -врожденный порок развития стопы, характеризующийся стойкими контрактурами суставов с фиксацией стопы в положении эквинуса, супинации, варуса и увеличением свода

Б. деформация стопы, которая формируется в первые недели жизни ребёнка при неправильном уходе

В. деформация, развившаяся в результате острого гематогенного остеомиелита костей стопы в возрасте 2-3 месяца

Г. положение стопы, характеризующееся частично фиксированным тыльным разгибанием и вальгусным отклонением стопы

10. Укажите оптимальный метод консервативного лечения врожденной косолапости:

А. бинтование по Финку-Эттингену с возраста 3 месяца

Б. -этапные гипсовые повязки отв - ср/3 бедра по методике Понсети с первых дней после рождения

В. использование для коррекции аппарата Илизарова

Г. метод лечения при врожденной косолапости для достижения хорошего результата значения не имеет

11. Дайте определение термину «врожденная мышечная кривошея»:

А. врожденное заболевание позвоночника с патологической фиксированной установкой головы

Б. -это врожденное заболевание грудино-ключично-сосцевидной мышцы, приводящее к её фиброзному перерождению, укорочению и неправильному положению головы

В. рубцовые изменения кожных покровов шеи, сопровождающиеся деформацией шеи и головы пациента

Г. деформация шеи, как результат рубцовых изменений верхнего отдела пищевода после химического ожога

12. Укажите основные клинические признаки врожденной мышечной кривошеи у ребенка в возрасте 4-6 месяцев:

А. сколиоз грудного отдела позвоночника, деформация шеи

Б. отсутствие движений в шейном отделе позвоночника, грубая асимметрия черепа и лица

В. -наличие в грудино-ключично-сосцевидной мышце опухолевидного уплотнения,

ограничение поворота головы в сторону поражения и наклона в противоположную сторону, начальные признаки вторичных деформаций - асимметрия черепа и лица
Г. порочное положение головы возникает после ОРЗ и проявляется клиникой шейного Лимфаденита

13 Дайте определение термину «сколиотическая болезнь»:

- А. нефиксированная деформация позвоночника, в грудном отделе полностью корригирующаяся при активном напряжении мышц спины
- Б. деформация позвоночника в сагиттальной плоскости с выраженным мобильным грудным кифозом
- В. -это фиксированная деформация позвоночника и прилегающих паравертебральных мягких тканей с боковым искривлением и торсией тел позвонков
- Г. мобильная деформация грудно-поясничного отдела позвоночника с преобладанием лордоза

14. На каком принципе основано использование корсета типа Шено – КР 4 для лечения сколиотической болезни?

- А. на вытяжении позвоночника в корсете за счет двух точек опоры: таз и основание черепа
- Б. на непосредственном давлении пелотами на позвоночный столб пациента
- В. на деротации тел позвонков в указанном корсете
- Г. -корсет осуществляет одновременное давление на патологические выпуклости туловища пациента, так же в корсете предусмотрено свободное пространство для коррекционного перемещения деформированной части

15. Под каким видом обезболивания следует вправлять травматический вывих бедра?

- А. местная анестезия
- Б. -наркоз с миелорелаксантами
- В. внутрикостная анестезия
- Г. без анестезии

16 В качестве оптимального способа транспортной иммобилизации при переломе бедра используют:

- А. -шину Дитерихса
- Б. шины Крамера
- В. фанерные шины
- Г. все перечисленные

17 Какое укорочение конечности наблюдается при вывихе бедра?

- А. анатомическое
- Б. кажущееся
- В. -относительное
- Г. Функциональное

18 В норме шеечно-диафизарный угол равен:

- А. -127-130°
- Б. 90°
- В. 30°
- Г. 100°

19. К характерным симптомам при переломе шейки бедра относятся:

- А. -положительный симптом прилипшей пятки

- Б. симптом звонка
- В. симптом Маркса-Ортолани
- Г. асимметрия ягодичных складок

20. Какой возраст наиболее характерен для переломов проксимального отдела бедренной кости?

- А. -пожилой и старческий
- Б. детский и юношеский
- В. трудоспособный возраст
- Г. не имеет значения

21. Оптимальным способом оперативного лечения пациентов трудоспособного возраста с переломом шейки бедра является:

- А. -остеосинтез
- Б. консервативное лечение гипсовой иммобилизацией
- В. отказ от какого-либо лечения
- Г. эндопротезирование тазобедренного сустава

22. Какие из перечисленных симптомов могут свидетельствовать о повреждении магистральных сосудов при переломе бедра?:

- А. -отсутствие пульса на подколенной артерии a dorsalispedis, a.Tibialisposterior
- Б. отсутствие пульса на лучевой артерии
- В. уменьшение бедра в объеме
- Г. укорочение бедра

23. Абсолютными показаниями к оперативному лечению пациентов с переломом бедра являются:

- А -повреждение магистральных сосудов
- Б. соматическая патология в стадии декомпенсации
- в. переломы без смещения
- Г. нарушение психики

24. Какая деформация возможна при переломе диафиза бедра?

- а. -«галифе»
- Б. штыкообразная
- В. вилкообразная
- Г. серповидная

25. Оптимальные сроки выполнения остеосинтеза шейки бедра:

- А. –в течение 6 часов
- Б. в течение недели
- В. после длительной предоперационной подготовки
- Г. не имеет значение

26. «Ползучие» или усталостные переломы шейки бедренной кости возникают:

- А. -без какой либо травмы
- Б. на фоне действия выраженного травмирующего агента
- В. в результате острой травмы
- Г. ни один ответ не правильный

27. Какие из перечисленных переломов относятся к латеральным:

- А. -чрезвертельные, межвертельные
- Б. субкапитальные
- В. трансцервикальные
- Г. не один из перечисленных

28. Мышечки бедренной кости имеют:

- А. -губчатую структуру
- Б. кортикальную структуру
- В. смешанную
- Г. ни один ответ не правильный

29. Смещение центрального фрагмента при переломе бедра в 1/3 происходит в направлении:

- А. -сгибания в тазобедренном суставе, отведения и наружной ротации
- Б. сгибание в тазобедренном суставе, приведение, внутренняя ротация
- В. разгибание
- Г. разгибание, внутренняя ротация

30. Наиболее часто ключица ломается при падении:

- А. на боковую поверхность лица
- Б. на локоть
- В. -на вытянутую руку
- Г. при любом из перечисленных вариантов

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

- 1.** Больной, 38 лет, поступил в отделение через 30 минут после автомобильной аварии с жалобами на боли в области правой голени. При исследовании выявлена деформация голени, патологическая подвижность в с/з, крепитация. Длина левой голени 55 см., правой - 53 см.

Вопросы:

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Какой вид укорочения правой голени имеется у больного?
- Что нужно сделать, чтобы поставить точный клинический диагноз?
- Дополнительные методы обследования
- Какие данные позволяют постановить окончательный диагноз

- 2** Больной, 40 лет, поступил в отделение через 45 минут после падения на правую руку с жалобами на боли в области правого плечевого сустава. При исследовании выявлена деформация правого плечевого сустава, симптом пружинящей фиксации, головка плечевой кости пальпируется в подмышечной впадине. Длина левой верхней конечности 60 см., правой - 63 см.

Вопросы:

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Какой вид изменения длины верхней конечности имеется у больного?
- Диф. диагностика при повреждениях проксимального отдела плечевой кости.

- Что нужно сделать, чтобы поставить точный диагноз?

3 . Больной, 56 лет, поступил в отделение после автомобильной аварии с жалобами на боли в области с/з правой голени, резкое нарушение функции правой нижней конечности. При исследовании пострадавшего выявлены припухлость мягких тканей, абсолютное укорочение правой голени на 2 см., деформация, крепитация костных отломков и патологическая подвижность, ротация стопы кнаружи.

Вопросы:

- Сформулируйте диагноз.
- Какие вероятные симптомы перелома выявлены у пострадавшего?
- Какие достоверные симптомы перелома выявлены у больного?
- Что нужно сделать, чтобы поставить точный диагноз?

Является ли данное повреждение шокогенным состоянием

Заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и хэс
д.мед.н, проф. Лобанов Г.В.

