

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ**

Специальность 31.08.67 Хирургия  
*код, наименование*

Кафедра: травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В. Колокольцева

Форма обучения очная

Владимир  
2023

### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Травматология и ортопедия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Травматология и ортопедия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Травматология и ортопедия» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ПК-5, ПК-6	Текущий	Раздел 1. Травматология и ортопедия	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Ортопедия	
		Раздел 3. Комбустриология	
	Промежуточный	Разделы дисциплины	Тестовые задания

### 4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, ПК-5, ПК-6.

	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Женщина, 36 лет, служащая. Самостоятельно обратилась в приемный покой Областной клинической больницы. Жалобы на выраженные боли в области левого плечевого сустава, потерю

		<p>чувствительности по локтевому краю левой кисти, затруднение самообслуживания со стороны поврежденной конечности.</p> <p>Из анамнеза известно, что незадолго до поступления, катаясь на велосипеде, упала на отведенную правую верхнюю конечность. При падении почувствовала острую боль в области правого плечевого сустава и все перечисленные выше жалобы.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение вынужденное – сидя, здоровой рукой придерживает левую верхнюю конечность. Проксимальные отделы левого плеча, левое надплечье резко деформированы. Выраженный болевой синдром. При физикальном исследовании отмечен симптом пружинящей фиксации левого плеча, акромиально-ключичное сочленение резко контурирует наружу с выраженным западением контуров дельтовидной области, головка левой плечевой кости пальпируется под клювовидным отростком лопатки. Отмечается относительное укорочение левого плеча и отсутствие активных и пассивных движений в области плечевого сустава. Отмечено ослабление пульсации на лучевой артерии слева, гипестезия в области 5 пальца левой кисти. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное, перкуторно – ясный легочный звук, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	Закрытый травматический передний вывих левого плеча. Посттравматическая ишемическая невралгия локтевого нерва слева.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть классификационных характеристик данной нозологии упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы исследования следует применить?
Э	-	<p>Помимо клинических данных, установленных при физикальном первичном обследовании:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основным дополнительным инструментальным методом диагностики повреждений данной локализации служит рентгенологическое исследование. Рентгенограммы области места повреждения следует выполнять в прямой и боковой проекции.</li> <li>2. Комплекс дополнительных методов ЭНМГ исследования с целью уточнения степени и уровня невралгии локтевого нерва.</li> </ol>
P2	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован полностью
P1	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован не полностью: отсутствует выбор одного из методов дополнительных методов исследования или обоснование одного из дополнительных методов исследования дано неверно.
P0	-	Обоснование дополнительных методов исследования дано неверно или дообследование назначено полностью неверно.

В	3	Каков алгоритм оказания первой врачебной помощи во время и после окончательной установки диагноза?
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С целью транспортной иммобилизации наложить официальную транспортную шину (косынку), для первичного дообследования пациента (рентгенография) и транспортировки в манипуляционную.</li> <li>2. Адекватное первичное обезболивание места травмы. Местная анестезия путем суставной пункции и анестезия области клювовидного отростка лопатки.</li> <li>3. Клиническое дообследование пациента с целью подготовки к предстоящему закрытому одномоментному вправлению (общеклинические анализы крови, мочи, клиничко-биохимический профиль, коагулограмма, трансмиссивные инфекции, контроль АД, ЭКГ, ФЛГ, консультации иных специалистов).</li> </ol>
P2	-	Алгоритм оказания первой врачебной помощи составлен полностью верно.
P1	-	Алгоритм оказания первой врачебной помощи составлен верно, однако нет обоснования или не названы один или два пункта эталона ответа или обоснование для одного или двух указанных пунктов дано не верно.
P0	-	<p>В алгоритме не названы три и более пунктов эталона ответа.</p> <p>или</p> <p>В алгоритме обоснование трех и более пунктов эталона ответа дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Алгоритм оказания первой врачебной помощи после окончательной установки диагноза составлен полностью неверно.</p>
В	4	<p>По данным дополнительных методов исследования у пациентки диагностирован травматический передний подклювовидный вывих левого плеча, посттравматическая компрессионная ишемическая невропатия локтевого нерва слева. Проводимость нервных стволов левой верхней конечности сохранена. Данные дополнительных клинических, лабораторных и инструментальных тестов – без особенностей. Сопутствующей соматической патологии не выявлено.</p> <p>Какой основной метод лечения следует выбрать? Обоснуйте.</p>
Э	-	<p>Учитывая</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Особенности локального статуса–травматический передний подклювовидный вывих левого плеча.</li> <li>2. Особенности локальных осложнений в виде посттравматической ишемической невропатии локтевого нерва</li> </ol> <p>следует выбрать метод закрытого одномоментного вправления вывиха правого плеча (одним из методов) под общим обезболиванием.</p>
P2	-	Выбран и полностью обоснован эталонный метод лечения.
P1	-	Выбран метод лечения, соответствующий эталонному, однако выбор не полностью обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие методы лечения.
В	5	Вправление вывиха у данной пациентки прошло успешно. Ранних и локальных и общесоматических осложнений не отмечено. Какой тип

		иммобилизации должен быть применен, ориентировочные сроки иммобилизации поврежденной конечности и сроки временной нетрудоспособности?
Э	-	1. После вправления накладывается торако-брахиальная повязка (гипсовая или официальный торако-брахиальный ортез) 2. Ориентировочные сроки иммобилизации 4 – 6 недель с последующим функциональным лечением. 3. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 30 – 45 дней.
P2	-	Тип иммобилизации, сроки иммобилизации и временной нетрудоспособности показаны верно.
P1	-	Неверно отмечен один из пунктов эталонного ответа.
P0	-	Тип, сроки иммобилизации и сроки временной нетрудоспособности определены полностью неверно.
Н	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной К., 35 лет, обратился во врачебный здравпункт предприятия с жалобами на боли в области правого надплечья, припухлость, нарушение функции верхней конечности. Полчаса назад на территории завода упал, ударился правым плечом. Объективно: состояние удовлетворительное. В области правого надплечья и ключицы припухлость. Придерживает правое предплечье левой рукой. Пальпаторно: деформация, локальная болезненность и крепитация в средней трети ключицы. Чувствительность кожи руки не нарушена, пульсация на лучевой артерии отчетливая.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый перелом средней трети правой ключицы со смещением костных отломков.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Мероприятия по дополнительному обследованию больного.
Э	-	Рентгенография правой ключицы.
P2	-	Мероприятие указано верно.
P1	-	Мероприятие указано не полностью.
P0	-	Мероприятие полностью неверно.
В	3	Оказание первой помощи.
Э	-	Обезболивание и транспортная иммобилизация
P2	-	Мероприятия первой врачебной помощи полностью верны.
P1	-	Мероприятия первой врачебной помощи указаны неточно.
P0	-	Мероприятия первой врачебной помощи указаны неверно.
В	4	Нужна ли иммобилизация? Если нужна, указать ее вид.

Э	-	Нужна. Иммобилизация правой верхней конечности косыночной повязкой.
P2	-	Необходимость и вид иммобилизации указан верно.
P1	-	Иммобилизация указана неточно.
P0	-	Ответ неверный: не отмечена необходимость иммобилизации.
В	5	После оказания первой врачебной помощи куда направите больного?
Э	-	Следует направить в ближайший травматологический пункт.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана не совсем верно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	003
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В травматологический пункт машиной скорой помощи доставлена женщина 58 лет с жалобами на боли и резкое ограничение движений в правом плечевом суставе. Час назад на улице упала, ударившись правым плечом. Объективно: состояние удовлетворительное. Поддерживает правую руку левой. Видна припухлость области правого плечевого сустава. Анатомическое укорочение верхней конечности на 2 см. При пальпации: локальная болезненность на 4-5 см дистальнее плечевого сустава. При пассивных движениях – усиление боли. Кровоснабжение и иннервация верхней конечности не нарушены.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый перелом хирургической шейки правой плечевой кости со смещением костных отломков.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Что нужно для установления окончательного диагноза?
Э	-	Рентгенография правого плечевого сустава в двух проекциях.
P2	-	Метод диагностики указан верно.
P1	-	Метод диагностики указан не полностью.
P0	-	Метод указан полностью неверно.
В	3	Нужна ли иммобилизация? Если да, укажите ее вид.
Э	-	Нужна. Косыночная повязка.
P2	-	Необходимость и вид иммобилизации полностью верны.
P1	-	Необходимость и вид иммобилизации указаны не точно.
P0	-	Не указана необходимость и вид иммобилизации.
В	4	Куда направите больную?

Э	-	В травматологическое отделение ЛПУ.
P2	-	Указано верное место направления больной.
P1	-	Указано не точное место направления больной.
P0	-	Ответ неверный: указано неправильное место направления больной.
В	5	План дальнейшего обследования и лечения.
Э	-	После изучения рентгенограмм будет принято решение о закрытой репозиции костных отломков. При безуспешности последней показано оперативное лечение.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента частично выбрана верно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	004
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная 57 лет, на улице подвернула левую ногу, при этом левая стопа «ушла» кнутри. Стали беспокоить сильные боли в области левого голеностопного сустава, усиливающиеся при нагрузке. Самостоятельно обратилась в травматологический пункт. Жалобы на боли в области левого голеностопного сустава при ходьбе, невозможность полной опоры на конечность. При осмотре: обширный отек мягких тканей области голеностопного сустава, нижней трети левой голени. При пальпации болезненность, наиболее четко выраженная в проекции наружной лодыжки. Движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны.
В	1	Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
Э	-	Больной необходимо выполнить рентгенографию голеностопного сустава в 2-х стандартных проекциях – передне-задней и боковой.
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан не полностью – не указан характер и количество проекций
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	На произведенной в 2-х проекциях рентгенограмме у больной имеется перелом наружной лодыжки, смещение отломков отсутствует. Установите и обоснуйте диагноз?
Э	-	На основании жалоб, клинического осмотра и данных рентгенографии у больной имеется закрытый перелом наружной лодыжки левой голени без смещения отломков.
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан неполностью – не указывается точная локализация перелома – наружная лодыжка, наличие или отсутствие смещения

P0	-	Ответ дан неверно
B	3	С какими повреждениями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	При данных травмах дифференциальный диагноз необходимо проводить с повреждением капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава, с переломами других костей стопы.
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан не полностью
P0	-	Ответ дан неверно
B	4	Какова тактика лечения данных переломов?
Э	-	Больной показано консервативное лечение – иммобилизация гипсовой лонгетной повязкой
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан не полностью
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Как будет осуществляться иммобилизация и на какой срок?
Э	-	Необходимо наложить заднюю гипсовую лонгету от верхней трети голени до кончиков пальцев стопы, может быть применена «U» -образная гипсовая повязка по Волковичу. Срок иммобилизации около 5-6 недель , через 1 месяц разрешается нагрузка на конечность.
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан не полностью – не указаны варианты гипсовой повязки, не указаны или некорректно указаны сроки продолжительности иммобилизации.
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	005
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ</b>



	-	<b>ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 42 лет, монтажник, упал с высоты 2 м. Основной удар пришелся на левую пяточную область. При осмотре в приемном покое - состояние удовлетворительное. Тоны сердца ясные, чистые. АД= 120/ 70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. ЧД= 20 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Локальный статус : имеется обширный отек и гематома левой пяточной области, распространяющиеся на область голеностопного сустава. Визуально - четко видимое уплощение левой пяточной области и продольного свода стопы. При осмотре с подошвенной стороны обеих стоп видно, что на поврежденной стороне лодыжки расположены ниже, а ось пяточной кости наклонена внутрь. Нагрузка на пятку резко ограничена из-за сильных болей, пальпация также болезненна. Напряжение мышц голени вызывает усиление болей в области пятки. Активные движения-приведение и отведение, пронация и супинация стопы, резко ограничены. Подвижность и чувствительность пальцев левой стопы не нарушена. Пульсация артерии на тыле стопы определяется.</p>
В	1	Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
Э	-	На основании данных анамнеза ( падение с высоты на левую пятку ), клинической картины ( боль, отек, гематома, деформация пяточной области, уплощение продольного свода стопы , ограничение нагрузки и движений) у больного имеется - закрытый перелом левой пяточной кости со смещением отломков.
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан не полностью – не указан какой- либо из признаков перелома пяточной кости.
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
Э	-	Больному необходимо выполнение рентгенографии пяточной кости в 2-х проекциях – боковой и аксиальной. Возможная сложность полной трактовки особенностей перелома и развившейся деформации обосновывает целесообразность выполнения КТ среднего и заднего отделов стопы.
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан неполностью – не указан один из видов обследования
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Угол Белера, его характеристика и значение
Э	-	<p>Угол Белера - угол, образованный пересечением линии, которая соединяет самую выступающую часть переднего отростка пяточной кости и наивысшую точку задней суставной фасетки с линией, проведенной касательно от высшей точки задней суставной фасетки до верхнего края пяточного бугра.</p> <p>В норме, острый угол. образованный пересечением этих линий, составляет 25-40 °. При переломах пяточной кости данный угол может уменьшаться,</p>

		быть равным 0, принимать отрицательные значения.
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан неполностью – неправильно указаны линии или значения углов.
P0	-	Ответ дан неверно
B	4	Возможные методы лечения перелома пяточной кости
Э	-	Одномоментная ручная закрытая репозиция с чрескожной фиксацией отломков спицами и гипсовой повязкой, скелетное вытяжение, открытая репозиция и остеосинтез специальной пластиной, ЧКДО
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан не полностью – не перечислены все возможные методы лечения
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Длительность иммобилизации при переломах пяточной кости?
Э	-	Длительность иммобилизации при переломах без смещения отломков – в среднем 6-8 недель – с 9 недели хождение без опоры, с 12 недели разрешается опора на ногу. При переломах со смещением срок иммобилизации увеличивается до 12-14 недель.
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан неполностью – ошибочно указаны сроки иммобилизации, погрешность в сторону уменьшения или увеличения сроков в пределах 2 недель.
P0	-	Ответ дан неверно - погрешность в сторону уменьшения или увеличения сроков в пределах 1 месяца
H	-	006
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной М. 30 лет, мужчина, был доставлен в ЦРБ в кабине лесовоза в положении сидя. Со слов больного: получил удар по голове верхушкой упавшего дерева. Сознания не терял. Почувствовал прохождение «электрического тока», затем онемение и слабость в конечностях. Через 20 минут движения в конечностях восстановились. Жалуется на боли и ограничение движения в шейном отделе позвоночника. Вынужден держать голову руками. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Имеется снижение мышечной силы в руках и ногах, снижение болевой чувствительности в кистях обеих рук, ногах и туловище с уровня реберных дуг. Мочевой пузырь переполнен. Самостоятельно

		помочиться не может.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Закрытая травма верхнешейного отдела позвоночника со сдавлением спинного мозга. Перелом С1 типа Джефферсона.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы исследования требуются для уточнения диагноза?
Э	-	Для уточнения диагноза требуется рентгенологическое исследование и магнитно-резонансная томография головы, шейного и грудного отделов позвоночника.
Р2	-	Дополнительные исследования перечислены верно.
Р1	-	Дополнительные исследования перечислены неверно.
Р0	-	Дополнительные исследования перечислены не полностью.
В	3	Обоснуйте поставленный диагноз.
Э	-	На основании механизма травмы; жалоб больного: боли и ограничение движения в шейном отделе позвоночника; данных объективного осмотра: вынужден держать голову руками, снижение мышечной силы в рука и ногах, снижение болевой чувствительности в кистях обеих рук, ногах и туловище с уровня реберных дуг; можно поставить диагноз: Закрытая травма шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или обоснование одной из нозологических форм неверно.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	4	Правила транспортировки больных с данной патологией.
Э	-	Транспортировка осуществляется, лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
Р2	-	Правила транспортировки больных названы верно.
Р1	-	Правила транспортировки больных названы не верно.
Р0	-	Правила транспортировки больных названы не полностью.
В	5	Объем первой помощи
Э	-	Восстановление проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции легких. Обеспечение немедленной иммобилизации позвоночника с тем, чтобы предупредить дальнейшее повреждение спинного мозга. Провести полноценное обезболивание. Устранить нарушение гемодинамики.
Р2	-	Выбрано верное направление лечения.
Р1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
Р0	-	Выбрано неверное направление лечения.

Н	-	007
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная В. 60 лет, женщина, доставлена в отделение камбустиологии бригадой скорой помощи. Со слов больной: опрокинула себе на живот кастрюлю с кипятком, возникла сильная боль, сознание не теряла. Вскоре на коже появились большие напряженные пузыри, содержащие жидкость желтого цвета и небольшие пузыри с серозным экссудатом</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. Жалобы на сильные боли в зоне поражения. Температура тела нормальная. Зев: миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные пульс 92 уд. в 1 мин. АД 150/100 мм. рт. ст. При локальном осмотре: на передней брюшной стенке выше перечисленные изменения, только часть больших пузырей лопнула, дно их красное, влажное, чувствительность при прикосновении снижена, видны устья потовых желез. В некоторых крупных пузырях желеобразное содержимое желтоватого цвета.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Ожог передней брюшной стенки II степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Ожог передней брюшной стенки II степени поставлен на основании 1) жалоб пациентки (сильные боли в области передней брюшной стенки); 2) объективного обследования (на передней брюшной стенке большие напряженные пузыри, содержащие жидкость желтого цвета и небольшие пузыри с серозным экссудатом, часть больших пузырей лопнула, дно их красное, влажное, чувствительность при прикосновении снижена, видны устья потовых желез).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или обоснование одной из нозологических форм неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Определите площадь поражения.
Э	-	Используя правило «девятки» - площадь поражения – 9% от общей поверхности тела.
P2	-	Площадь поражения определена верно.
P1	-	Площадь поражения определена неверно.
P0	-	Площадь поражения определена неверным способом.
В	4	Как проводится экстренная профилактика столбняка. Показана ли она в

		данной ситуации?
Э	-	Экстренная профилактика столбняка включает в себя туалет раны и одновременную специфическую иммунопрофилактику. Экстренную иммунопрофилактику столбняка необходимо проводить в период до 20 дней с момента получения травмы, учитывая возможность длительного инкубационного периода при столбняке. При тяжелых открытых травмах для обеспечения полноценного иммунного ответа на столбнячный анатоксин препарат вводят не раньше 3-го и не позже 12-го дня после травмы. Экстренная профилактика столбняка не показана в период ожогового шока
P2	-	Описание проведения экстренной профилактики столбняка дано верно
P1	-	Описание проведения экстренной профилактики столбняка дано не полностью.
P0	-	Дан полностью неверный ответ.
В	5	Тактика лечения.
Э	-	Восстановление проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции легких (при ожогах верхних дыхательных путей). Охлаждение и обработка ожоговой раны. Полноценное обезболивание. Инфузионная терапия.
P2	-	Выбрано верное направление лечения.
P1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения.
Н	-	008
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Женщина 52 лет обратилась на прием к ортопеду с жалобами на деформацию, боль в области переднего отдела правой стопы, беспокоящие ее около 10 лет. Объективно: первый палец стопы вальгусно отклонен, варусная позиция 1 плюсневой кости, поперечный свод отсутствует. Второй и третий пальцы молоткообразно деформированы. По подошвенной поверхности стопы в проекции головок 2-3 плюсневых костей выраженные болезненные гиперкератозы. Кожные покровы умеренно воспалены в области контурирующей медиально головки плюсневой кости.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Поперечное правостороннее плоскостопие, вальгусное отклонение 1 пальца, молоткообразная деформация 2-3 пальцев, метатарзалгия
P2	-	Диагноз предположен верно
P1	-	Диагноз предположен частично верно
P0	-	Диагноз предположен неверно
В	2	Назовите исследования, необходимые для точной постановки диагноза.

Э	-	Определение типа подвижности первого луча стопы, объем движений в 1, 2, 3 плюснефаланговых суставах, рентгенография правой стопы в 2 проекциях под нагрузкой
P2	-	Исследования назначены верно
P1	-	Исследования назначены не все
P0	-	Не назначено нужного исследования
В	3	Назовите методы консервативного лечения
Э	-	Подбор рациональной обуви, ношение корректоров для переднего отдела стопы, мази с НПВС, ФТЛ, ЛФК.
P2	-	Все методы указаны верно
P1	-	Указаны не все методы
P0	-	Верных методов консервативного лечения не названо
В	4	Какой ориентировочный минимальный срок временной нетрудоспособности будет после оперативного лечения?
Э	-	1,5 месяца
P2	-	Срок указан верно
P1	-	Срок указан с погрешностью 2 недели
P0	-	Срок указан с погрешностью в 1 мес
В	5	Какие основные осложнения возможны в результате оперативного вмешательства?
Э	-	Глубокое и поверхностное нагноение, несостоятельность остеосинтеза, замедленная консолидация.
P2	-	Названы все осложнения
P1	-	Названы не все осложнения
P0	-	Ни одно осложнение не названо
Н	-	009
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной В. 45 лет доставлен соседом на легковой машине в больницу после ожога пламенем через 40 минут после ожоговой травмы. Из анамнеза известно, что при ремонтных работах в гараже воспламенился бензин.</p> <p>При поступлении состояние больного тяжелое. На туловище обрывки обгоревшей одежды. Жалобы на боли, холод, жажду. Кожные покровы лица бледные. пульс 110 уд. в мин. АД 90/60 мм рт. ст. Больной заторможен, дрожит, была однократная рвота, дыхание неровное. В легких хрипов нет. Язык сухой. Живот несколько вздут. Мочи по уретральному катетеру 100 мл.</p> <p>После удаления одежды обнаружено, что на всей передней поверхности туловища, верхних конечностях имеются множественные пузыри с геморрагическим содержимом. Часть пузырей лопнула. При этом определяются поверхностные ожоговые раны на различных участках</p>

		поражения. Дно их сухое, тусклое, крапчатое или красно-черного цвета, боль при касании отсутствует. На обеих кистях имеются струпы темно-коричневого и черного цвета.
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Ожог пламенем III – IV степени передней поверхности туловища и верхних конечностей 36% поверхности тела. Ожоговый шок, тяжелой степени
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Определите площадь и глубину поражения.
Э	-	Используя правило «девяток» - площадь поражения 36 % поверхности тела, глубина поражения III – IV степени
P2	-	Площадь поражения определена верно.
P1	-	Площадь поражения определена неверно.
P0	-	Площадь поражения определена неверным способом.
В	3	Тактика лечения на догоспитальном этапе?
Э	-	Анальгетики, асептическая повязка, иммобилизация конечности.
P2	-	Выбрано верное направление лечения.
P1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения.
В	4	Как проводится экстренная профилактика столбняка. Показана ли она в данной ситуации?
Э	-	Экстренная профилактика столбняка включает в себя первичную хирургическую обработку раны и одновременную специфическую иммунопрофилактику. Экстренную иммунопрофилактику столбняка необходимо проводить в период до 20 дней с момента получения травмы, учитывая возможность длительного инкубационного периода при столбняке. При тяжелых открытых травмах для обеспечения полноценного иммунного ответа на столбнячный анатоксин препарат вводят не раньше 3-го и не позже 12-го дня после травмы. Экстренная профилактика столбняка не показана в период ожогового шока
P2	-	Описание проведения экстренной профилактики столбняка дано верно
P1	-	Описание проведения экстренной профилактики столбняка дано не полностью.
P0	-	Дан полностью неверный ответ.
В	5	Тактика лечения.
Э	-	Восстановление проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции легких (при ожогах верхних дыхательных путей). Охлаждение и обработка ожоговой раны. Полноценное обезболивание. Инфузионная терапия.
P2	-	Выбрано верное направление лечения.
P1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения.

Н	-	010
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная В. 60 лет, женщина, доставлена в отделение камбустиологии бригадой скорой помощи. Со слов больной: опрокинула себе на живот кастрюлю с кипятком, возникла сильная боль, сознание не теряла. Вскоре на коже появились большие напряженные пузыри, содержащие жидкость желтого цвета и небольшие пузыри с серозным экссудатом При осмотре: состояние средней тяжести. Жалобы на сильные боли в зоне поражения. Температура тела нормальная. Зев: миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные пульс 92 уд. в 1 мин. АД 150/100 мм. рт. ст. При локальном осмотре: на передней брюшной стенке выше перечисленные изменения, только часть больших пузырей лопнула, дно их красное, влажное, чувствительность при прикосновении снижена, видны устья потовых желез. В некоторых крупных пузырях желеобразное содержимое желтоватого цвета.
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Ожог передней брюшной стенки II степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Ожог передней брюшной стенки II степени поставлен на основании 1) жалоб пациентки (сильные боли в области передней брюшной стенки); 2) объективного обследования (на передней брюшной стенке большие напряженные пузыри, содержащие жидкость желтого цвета и небольшие пузыри с серозным экссудатом, часть больших пузырей лопнула, дно их красное, влажное, чувствительность при прикосновении снижена, видны устья потовых желез).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или обоснование одной из нозологических форм неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Определите площадь поражения.
Э	-	Используя правило «девятки» - площадь поражения – 9% от общей поверхности тела.
P2	-	Площадь поражения определена верно.
P1	-	Площадь поражения определена неверно.
P0	-	Площадь поражения определена неверным способом.



В	4	Как проводится экстренная профилактика столбняка. Показана ли она в данной ситуации?
Э	-	Экстренная профилактика столбняка включает в себя первичную хирургическую обработку раны и одновременную специфическую иммунопрофилактику. Экстренную иммунопрофилактику столбняка необходимо проводить в период до 20 дней с момента получения травмы, учитывая возможность длительного инкубационного периода при столбняке. При тяжелых открытых травмах для обеспечения полноценного иммунного ответа на столбнячный анатоксин препарат вводят не раньше 3-го и не позже 12-го дня после травмы. Экстренная профилактика столбняка не показана в период ожогового шока
P2	-	Описание проведения экстренной профилактики столбняка дано верно
P1	-	Описание проведения экстренной профилактики столбняка дано не полностью.
P0	-	Дан полностью неверный ответ.
В	5	Тактика лечения.
Э	-	Восстановление проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции легких (при ожогах верхних дыхательных путей). Охлаждение и обработка ожоговой раны. Полноценное обезболивание. Инфузионная терапия.
P2	-	Выбрано верное направление лечения.
P1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения.

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания к зачету по дисциплине «Травматология и ортопедия»:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
В	001	<b>ВЫВИХИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮТСЯ</b>
О	А	Повреждением подколенного сосудисто-нервного пучка
О	Б	Повреждением бедренного нерва
О	В	Повреждением большой подкожной вены голени и бедра и большого подкожного нерва
О	Г	Разрывом собственной связки надколенника
В	002	<b>ОСНОВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ, КОТОРОЕ УДЕРЖИВАЕТ КЛЮЧИЦУ В ПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ПОВРЕЖДАЕТСЯ ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЕЕ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА ЯВЛЯЕТСЯ</b>
О	А	Ключично-ключовидная связка

О	Б	Ключично-акромиальные связки
О	В	Подключичная мышца
О	Г	Дельтовидная мышца
В	003	<b>ПРИМЕРНЫЕ СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДУЮЩЕГО РЕЖИМА ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК ПОСЛЕ ЗАКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА</b>
О	А	3-4 недели с последующим функциональным лечением и постепенным расширением режима до обычных бытовых нагрузок
О	Б	2 недели, с расширением режима до обычных бытовых нагрузок
О	В	2-3 месяца с последующим расширением режима до обычных бытовых нагрузок
О	Г	Можно обойтись без иммобилизации, назначается раннее функциональное лечение
В	004	<b>ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ, НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВЫВИХОВ ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ</b>
О	А	Ишемическая контрактура Фолькманна
О	Б	Отрыв дистального сухожилия бицепса плеча
О	В	Невропатия срединного нерва
О	Г	Отрыв дистального сухожилия трицепса плеча
В	005	<b>СИМПТОМ «ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ</b>
О	А	Переломов шейки бедренной кости
О	Б	Вывихов бедра
О	В	Диафизарных переломов бедренной кости
О	Г	Многооскольчатых переломов бедренной кости
В	006	<b>ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ПЕРЕЛОМЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ДАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</b>
О	А	Интрамедулярный остеосинтез с блокированием
О	Б	Иммобилизация тазобедренной гипсовой повязкой
О	В	Скелетное вытяжение
О	Г	Внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратами внешней фиксации
В	007	<b>ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ СОВРЕМЕННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА НЕОСЛОЖНЕННОГО ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ СОСТАВЛЯЕТ</b>
О	А	165-180 дней
О	Б	2-3 месяца
О	В	6-8 недель
О	Г	Более 1 года
В	008	<b>В КАЧЕСТВЕ ОФИЦИАЛЬНОГО СРЕДСТВА ПРИ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</b>
О	А	Шину Дитерихса
О	Б	Шину Еланского
О	В	Лестничную шину Крамера

О	Г	Кольца Дельбе
В	009	<b>ОСНОВНОЙ ИДЕНТИФИЦИРУЮЩИЙ ПРИЗНАК СУХОЖИЛИЙ ГЛУБОКИХ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПРИ ИХ ПОВРЕЖДЕНИИ НА УРОВНЕ ПЯСТИ</b>
О	А	От них начинаются червеобразные мышцы
О	Б	Они крупнее диаметром в сравнении с сухожилиями поверхностного сгибателя
О	В	Каждое сухожилие сопровождается сосудистым пучком
О	Г	Они имеют собственный костно-фиброзный канал
В	010	<b>ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ ЗАПЯСТЬЯ НАКЛАДЫВАЕТСЯ</b>
О	А	Циркулярная гипсовая повязка от основания пальцев до верхней трети плеча, при среднем положении предплечья между пронацией и супинацией и фиксирующая 1 палец кисти в отведении
О	Б	Циркулярная гипсовая повязка от основания пальцев до верхней трети предплечья, при среднем положении предплечья между пронацией и супинацией и фиксирующая 1 палец кисти в отведении
О	В	Лонгетная съёмная гипсовая повязка от основания пальцев до верхней трети предплечья, при среднем положении предплечья между пронацией и супинацией и фиксирующая 1 палец кисти в отведении
О	Г	Лонгетная съёмная гипсовая повязка от основания пальцев до верхней трети предплечья, при среднем положении предплечья между пронацией и супинацией
В	011	<b>ПРИ ЗАКРЫТОМ ПОДКОЖНОМ РАЗРЫВЕ СУХОЖИЛИЯ РАЗГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦЕВ В МЕСТЕ ЕГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ К ДИСТАЛЬНОЙ ФАЛАНГЕ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ</b>
О	А	Оперативную фиксацию поврежденного пальца в положении гиперкоррекции - «писчего пера» чрезкожно, чрескостно проведенной пальцевой спицей Киршнера.
О	Б	Фиксацию поврежденного пальца в положении гиперкоррекции - «писчего пера» тыльно-ладонной лонгетной повязкой
О	В	функциональный метод лечения – ранние движения в дистальном межфаланговом суставе поврежденного пальца
О	Г	Оперативный метод лечения – теноррафия, реинсерция, наkostный шов
В	012	<b>ВЕДУЩИЙ ПРИЗНАК СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА</b>
О	А	Компрессионная ишемическая невропатия срединного нерва
О	Б	Компрессионная ишемическая невропатия лучевого нерва
О	В	Компрессионная ишемическая невропатия локтевого нерва
О	Г	Пролиферативный тендовагинит сухожилий сгибателей пальцев кисти
В	013	<b>ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА «ЩЕЛКАЮЩЕГО ПАЛЬЦА» КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</b>
О	А	Стенозирующий лигаментит кольцевидных связок костно-фиброзных каналов сухожилий сгибателей пальцев кисти
О	Б	Рубцовое перерождение структур ладонного апоневроза
О	В	Деформирующие артрозы суставов пальцев кисти
О	Г	Компрессионная ишемическая невропатия дистальных ветвей локтевого и

		срединного нервов
<b>В</b>	<b>014</b>	<b>ДЕФОРМАЦИЯ ПАЛЬЦА КИСТИ ПО ТИПУ «ЛЕБЕДИНОЙ ШЕИ» ВОЗНИКАЕТ ПРИ</b>
<b>О</b>	<b>А</b>	Повреждении центральных пучков сухожильного аппарата разгибателей
<b>О</b>	<b>Б</b>	Повреждении боковых пучков сухожильного аппарата разгибателей
<b>О</b>	<b>В</b>	Полном разрыве сухожильного аппарата разгибателей
<b>О</b>	<b>Г</b>	Повреждении сухожильного аппарата сгибателей пальца кисти
<b>В</b>	<b>015</b>	<b>В СЛУЧАЕ ТЯЖЕЛОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ ОЖГОВОЙ) ТРАВМЫ КИСТИ, С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ НЕЙРО-ИШЕМИЧЕСКОЙ КОНТРАКТУРЫ, СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ</b>
<b>О</b>	<b>А</b>	Рассечение карпальной связки
<b>О</b>	<b>Б</b>	Низкую блокаду ветвей локтевого и срединного нервов
<b>О</b>	<b>В</b>	Гипсовую иммобилизацию
<b>О</b>	<b>Г</b>	Проводниковую анестезию проксимальнее уровня поражения
<b>В</b>	<b>016</b>	<b>ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ, ОСЛОЖНЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СРЕДИННОГО НЕРВА, ВОЗНИКАЕТ РАССТРОЙСТВО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ</b>
<b>О</b>	<b>А</b>	1, 2, 3 пальцев кисти и внутренней поверхности 4 пальца
<b>О</b>	<b>Б</b>	4 и 5 пальцев
<b>О</b>	<b>В</b>	только 2 пальца
<b>О</b>	<b>Г</b>	только в 1 пальца
<b>В</b>	<b>017</b>	<b>СИМПТОМОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ МИНИМАЛЬНОЕ ИЗБЫТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ</b>
<b>О</b>	<b>А</b>	Симптом выпячивания
<b>О</b>	<b>Б</b>	Симптом переднего "выдвижного ящика"
<b>О</b>	<b>В</b>	Симптом заднего "выдвижного ящика"
<b>О</b>	<b>Г</b>	Симптом "баллотирования" надколенника
<b>В</b>	<b>018</b>	<b>ПЕРЕЛОМЫ НАРУЖНОГО МЫШЦЕЛКА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ АБДУКЦИЕЙ, СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ</b>
<b>О</b>	<b>А</b>	Внутренней большеберцовой связки, передней крестообразной связки и наружного мениска
<b>О</b>	<b>Б</b>	Боковых и крестообразных связок
<b>О</b>	<b>В</b>	Боковых связок
<b>О</b>	<b>Г</b>	Переднего рога внутреннего мениска
<b>В</b>	<b>019</b>	<b>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</b>

О	А	Перелом пяточной кости
О	Б	Перелом плюсневых костей
О	В	Переломовывих в суставе Лисфранка
О	Г	Перелом таранной кости
В	020	<b>В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПОПЕРЕЧНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ ВЕДУЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ</b>
О	А	Боли и натоптыши в подошвенной поверхности дистальных отделов стоп
О	Б	Разгибательные контрактуры пальцев
О	В	Вальгусное отклонение первого пальца
О	Г	Подвывихи и вывихи в плюснефаланговых суставах
В	021	<b>ПРИ ВТОРИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН КИСТИ ШОВ И ПЛАСТИКА ПОВРЕЖДЕННЫХ СУХОЖИЛИЙ</b>
О	А	Не показаны
О	Б	Показаны
О	В	Показаны в случае наличия возможности надежного их укрытия окружающими тканями
О	Г	Показаны в случае наличия их повреждения на уровне костно-фиброзных каналов
В	022	<b>СРЕДИ ПРОТИВОШОКОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА С НАРУШЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПЕРЕДНЕГО И ЗАДНЕГО ОТДЕЛОВ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</b>
О	А	стержневой аппарат внешней фиксации
О	Б	открытую репозицию и внутренний стабильный остеосинтез
О	В	ограничиться внутритазовой блокадой по Школьникову - Селиванову
	Г	положение Волковича
В	023	<b>СРЕДИ ВАРИАНТОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В КОМПЛЕКСЕ ПРОТИВОШОКОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ</b>
О	А	анестезию по Школьникову-Селиванову-Цодыксу
О	Б	проводниковую анестезию
О	В	перидуральную блокаду
О	Г	местное обезболивание по А.В.Вишневному
В	024	<b>НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ И ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ</b>
О	А	эндотрахеальный наркоз
О	Б	масочный и ингаляционный наркоз фторотаном
О	В	местная анестезия
О	Г	внутривенный наркоз
В	025	<b>У МОЛОДОГО, РАННЕЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В СОСТОЯНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПЕРВОЙ</b>

		<b>СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ БУДЕТ СЛЕДУЮЩИМ</b>
О	А	100/60 мм рт. ст.
О	Б	70/60 мм рт. ст.
О	В	90/60 мм рт. ст.
О	Г	60/40 мм рт. ст.
В	026	<b>ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК СТАНОВИТСЯ НЕОБРАТИМЫМ, ЕСЛИ МАКСИМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ 60мм рт.ст. НЕ УДАЕТСЯ ПОДНЯТЬ В ТЕЧЕНИЕ</b>
О	А	6 ч
О	Б	1 ч
О	В	2 ч
О	Г	4 ч
В	027	<b>В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ (СДС) ЛЕЖИТ</b>
О	А	полный длительный перерыв кровотока в мягких тканях
О	Б	длительная аноксия тканей
О	В	длительное сдавление нервных стволов
О	Г	тромбоз глубоких вен конечности
В	028	<b>ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО В РАННИЙ ПЕРИОД СДС ОБУСЛОВЛЕНА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО</b>
О	А	эндогенной токсемией вследствие рабдомиолиза
О	Б	плазмопотерей
О	В	болевым синдромом
О	Г	гиперкалиемией
В	029	<b>МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СДС ВКЛЮЧАЮТ</b>
О	А	внутримышечное введение 1 мл 2% промедола, инфузионная терапия
О	Б	фасциотомия
О	В	иммобилизация подручными средствами
О	Г	ампутация конечности
В	030	<b>У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВЫВИХОМ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ</b>
О	А	пронационный подвывих головки лучевой кости
О	Б	вывих предплечья
О	В	вывих локтевой кости
О	Г	супинационный подвывих головки лучевой кости
В	031	<b>УКАЖИТЕ СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ</b>
О	А	4-5 недель
О	Б	1-2 недели

О	В	1-2 месяца
О	Г	3-4 недели
В	032	<b>УКАЖИТЕ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ ШВА СУХОЖИЛИЯ НА ПАЛЬЦАХ КИСТИ</b>
О	А	3 недели.
О	Б	1-2 недели.
О	В	2-3 недели.
О	Г	3-4 недели.
В	033	<b>УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДДУКЦИОННОГО ПЕРЕЛОМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ</b>
О	А	отведение плеча
О	Б	приведение плеча
О	В	сгибание плеча
О	Г	внутренняя ротация
В	034	<b>УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ</b>
О	А	повреждение лучевого нерва
О	Б	повреждение плечевой артерии
О	В	повреждение локтевого нерва
О	Г	повреждение двуглавой мышцы плеча
В	035	<b>УКАЖИТЕ СРЕДНИЕ СРОКИ СРАЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ВЗРОСЛЫХ</b>
О	А	5-6 недель
О	Б	2-3 недели
О	В	3-4 недели
О	Г	4-5 недель
В	036	<b>КАКОЙ ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШИМ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА ПЛЕЧА</b>
О	А	внутривенный наркоз
О	Б	проводниковая анестезия
О	В	масочный наркоз
О	Г	местная анестезия
В	037	<b>РАННИМ И ДОСТОВЕРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОГО ШОКА И ДИНАМИКИ ЕГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</b>
О	А	Величина почасового диуреза
О	Б	Повышение ЦВД
О	В	Увеличение ОЦК
О	Г	Отсутствие торпидной фазы
В	038	<b>ОБЪЁМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ВКЛЮЧАЕТ ВСЁ, КРОМЕ</b>
О	А	Наложения мазевой повязки

О	Б	Введения обезболивающих
О	В	Наложение сухой асептической повязки
О	Г	Организация доставки в лечебное учреждение
В	039	<b>ДОРЕАКТИВНЫЙ ПЕРИОД ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ ВРЕМЯ</b>
О	А	От начала действия холода до согревания
О	Б	Воздействия холода
О	В	Восстановления температуры тела
О	Г	От начала действия холода до начала отторжения струпа
В	040	<b>ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ ОТ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ НЕДОПУСТИМО</b>
О	А	Растирание снегом
О	Б	Растирание теплой чистой рукой
О	В	Обработка согретых участков спиртом
О	Г	Наложение теплоизолирующей повязки
В	041	<b>ИСХОДЯ ИЗ «ПРАВИЛА ДЕВЯТОК» ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ОБЕИХ НОГ СОСТАВЛЯЕТ</b>
О	А	36% поверхности тела
О	Б	9% поверхности тела
О	В	18% поверхности тела
О	Г	27% поверхности тела
В	042	<b>ОТ КАКИХ ФАКТОРОВ ЗАВИСИТ ТЯЖЕСТЬ ОЖОГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ?</b>
О	А	От всего вышеперечисленного
О	Б	От времени воздействия
О	В	От температуры
О	Г	От площади поражения
В	043	<b>ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ</b>
О	А	Нижняя треть бедра, верхняя треть голени
О	Б	Верхняя треть бедра, нижняя треть голени
О	В	Кости таза
О	Г	Кости предплечья
В	044	<b>КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМОЙ СОСТОИТ В СЛЕДУЮЩЕМ</b>
О	А	Боли в покое, припухлость, болевая контрактура
О	Б	Повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов
О	В	Местная гипестезия, парестезии
О	Г	Боль при движениях, хромота
В	045	<b>У КОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРВИЧНЫЙ КУБАРТРОЗ?</b>
О	А	У мужчин, род занятий которых связан с тяжелым физическим трудом
О	Б	У детей
О	В	У женщин, кормящих матерей



О	Г	Женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
В	046	<b>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРВИЧНОГО КОКСАРТРОЗА:</b> 1) сужение суставной щели; 2) костные шипы; 3) деформация суставных концов; 4) субхондральный склероз; 5) кистозная перестройка
О	А	Верно 1,2,3,4,5
О	Б	Верно 1,2,3
О	В	Верно 2,4,5
О	Г	Верно 1
В	047	<b>КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГОНАРТРОЗА</b> 1) болезненное ограничение объема движений; 2) контрактуры; 3) атрофия мышц; 4) скованность; 5) избыточный выпот в полости сустава; 6) хруст при движении.
О	А	Верно 1,2,3,4,5,6
О	Б	Верно 3,4,5
О	В	Верно 1,3,6
О	Г	Верно 1,2,3,4
В	048	<b>КАКАЯ СТРУКТУРА ПОЗВОНОЧНИКА ПРЕТЕРПЕВАЕТ НАИБОЛЬШИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ?</b>
О	А	Межпозвоночный диск
О	Б	Позвонок
О	В	Спинной мозг
О	Г	Передняя продольная связка
В	049	<b>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДЕСТРУКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА</b>
О	А	Магнитно-резонансная томография
О	Б	Рентгенография
О	В	Ультразвуковое исследование
О	Г	Компьютерная томография
В	050	<b>ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА:</b> 1) ограничение движений в позвоночнике; 2) боли в поясничном отделе позвоночника - люмбагия; 3) боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся в положении лежа; 4) боли, иррадирующие в область сердца; 5) резкие «прострелы» в нижней конечности; 6) боли в эпигастральной области живота
О	А	Верно 1,2,5
О	Б	Верно 2,3,6
О	В	Верно 1,2,3,4,5
О	Г	Верно 3,4,5,6
В	051	<b>ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА:</b> 1) межреберная невралгия; 2) торакоалгия; 3) резкие прострелы в нижней конечности - люмбагия; 4) кардиальный синдром; 5) дискинезии желчных путей; 6) синдром

		«плечо- кисть» 7)солярный синдром («солярный гвоздь») – синдром солнечного сплетения; 8)симптом Ласега
О	А	Верно 1,2,5,7
О	Б	Верно 1,2,3,4
О	В	Верно 2,5,8
О	Г	Верно 4,5,6,7,8
В	052	<b>ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА</b>
О	А	Болеутоляющие средства
О	Б	Витамины
О	В	Десенсибилирующие
О	Г	Антибиотики
В	053	<b>ПОСТРАДАВШИХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТРАВМУ ПОЗВОНОЧНИКА ТРАНСПОРТИРУЮТ</b>
О	А	На спине на щите с воротником Шанца
О	Б	На боку на щите
О	В	На боку на обычных носилках
О	Г	На животе на обычных носилках
В	054	<b>ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА С НАЛИЧИЕМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА О СОСТОЯНИИ СПИННОГО МОЗГА И ЕГО ОБОЛОЧЕК МОЖНО СУДИТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ</b>
О	А	МРТ и исследованию ликвородинамики
О	Б	Спондилографии
О	В	Прицельных и косых рентгенограмм
О	Г	Компьютерной томографии
В	055	<b>ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ НЕОСЛОЖНЕННОГО ПЕРЕЛОМА ГРУДО - ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА</b>
О	А	Парез кишечника, метеоризм;
О	Б	Пролежни
О	В	Тахардия, аритмия
О	Г	Нарушение мочеиспускания
В	056	<b>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ТРАВМАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА</b>
О	А	Аспирация желудочного содержимого и спинальный шок
О	Б	Нарушение дыхания
О	В	Артериальная гипотензия
О	Г	Брадикардия
В	057	<b>НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫЙ УРОВЕНЬ ПУНКЦИИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА</b>
О	А	между IV и V поясничными позвонками.
О	Б	в ниже-грудном отделе позвоночника;
О	В	между XII грудным и I поясничным позвонками;
О	Г	между затылочной костью и атлантом

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Точилина Н.Б., кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В. Колокольцева.