

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A

Бунькова Елена Борисовна



F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено 28 мая 2020 г.  
протокол № 6

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Дисциплина «Травматология и ортопедия»**

**по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)**

**Направленность: Лечебное дело**

**Форма обучения: очная**

**Квалификация (степень) выпускника: Врач - лечебник**

**Срок обучения: 6 лет**

Год поступления 2019,2020

## 1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине (модулю) «Травматология и ортопедия»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Организация травматологической и ортопедической помощи в Российской Федерации.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
2	Травматическая болезнь.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
3	Огнестрельная травма.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
4	Кровотечения.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
5	Повреждения ЦНС	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
6	Повреждения верхней конечности	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
7	Повреждения нижней конечности	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль,	Пятибальная шкала оценивания

			решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	
8	Повреждения груди	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
9	Повреждения позвоночника и таза	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
10	Множественные, сочетанные и комбинированные повреждения.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
11	Врожденные заболевания опорно-двигательного аппарата.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
12	Приобретенные заболевания опорно-двигательного аппарата.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
13	Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в травматологии и ортопедии.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
14	Остеохондропатии	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
15	Амбулаторно-	ОПК-5; ОПК-6	Устный ответ,	Пятибальная

	поликлиническая помощь травматологическим больным.	ПК-6; ПК-8; ПК-10	стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор темати- ческого больного, раз- бор историй болезни	шкала оценива- ния
16	Гнойная травматология.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор темати- ческого больного, раз- бор историй болезни	Пятибальная шкала оценива- ния

**2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа** (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль;
- решение ситуационных задач;
- защита рефератов;
- курация/разбор тематического больного;
- разбор историй болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

**2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)**

**Тема №1 «Организация травматологической и ортопедической помощи в Российской Федерации.»**

**1. Метод стандартизации целесообразно применять**

- 1) для определения характера и силы связи между двумя явлениями (признаками)
- 2) при сравнении двух интенсивных показателей
- 3) для устранения влияния на их величину определенных факторов (признаков, обуславливающих качественную неоднородность совокупностей, для которых исчислены показатели
- 4) для определения достоверного различия двух сравниваемых показателей

**2. К относительным показателям относятся:**

- 1) среднее арифметическое, среднее квадратичное отклонение, темп прироста
- 2) интенсивные и экстенсивные показатели, показатели наглядности и соотношения
- 3) ошибка средней арифметической, коэффициент вариации, темп роста
- 4) мода, медиана, доверительный интервал, стандартное отклонение

**3. Среди всех видов травм по количеству преобладают**

- 1) раны и ссадины
- 2) ушибы и растяжения
- 3) переломы и вывихи
- 4) ожоги и отморожения
- 5) инородные тела

**4. Наиболее частыми среди сельскохозяйственного травматизма являются травмы, полученные**

- 1) в сельскохозяйственном производстве
- 2) на приусадебном участке
- 3) на предприятиях, обслуживающих сельхозтехнику и перерабатывающую продукцию
- 4) вне связи с производством

- 5) спортивная
- 5. Согласно приказам мз рф для оказания травматолого-ортопедической помощи на 1000 человек городского населения необходимо развернуть**
- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1) 0.1-0.2 стационарных кроватей | 3) 0.5 стационарных кроватей     |
| 2) 0.4-0.4 стационарных кроватей | 4) 0.6-0.8 стационарных кроватей |
|                                  | 5) 1.0 стационарных кроватей     |
- 6. В областях и краевых больницах оптимальным травматологическим отделением считается отделение**
- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1) на 30 кроватей | 4) на 60 кроватей |
| 2) на 40 кроватей | 5) на 80 кроватей |
| 3) на 50 кроватей |                   |
- 7. В задачу травматолого-ортопедического кабинета (отделения) поликлиники не входит**
- 1) оказание экстренной травматологической помощи и своевременная их госпитализация при оказании
  - 2) обеспечение преемственности в работе между поликлиникой и стационаром
  - 3) организация и проведение диспансеризации
  - 4) выявление больных СПИДом
  - 5) проведение экспертизы временной нетрудоспособности
- 8. В городских или районных больницах при отсутствии специализированного ожогового отделения ожоговые койки размещаются**
- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1) в общехирургическом отделении  | 4) в гнойном отделении           |
| 2) в травматологическом отделении | 5) в стоматологическом отделении |
| 3) в нейрохирургическом отделении |                                  |
- 9. В среднем в течение года термическую травму получают**

- 1) 1 из 1000 человек
- 2) 5 из 1000 человек
- 3) 10 из 1000 человек

- 4) 15 из 1000 человек
- 5) 20 из 1000 человек

**10. Наиболее частой причиной инвалидности при термических ожогах является**

1. незавершенная ожоговая болезнь (гранулирующие раны, пролежни)
2. послеожоговые рубцы, контрактуры и деформации
3. нарушение функции кистей рук
4. трофические язвы
5. ампутация конечностей

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	5	5	2	3	2	3	5	2	3	2

**Тема №2 «Травматическая болезнь»**

**1. Абсолютный признак перелома костей**

1. деформация сустава
2. деформация мягких тканей
3. отек
4. патологическая подвижность костных отломков

**2. Признак, характерный только для перелома**

1. кровоподтек
2. припухлость
3. крепитация костных отломков
4. нарушение функции конечности

**3. Симптом, характерный только для вывиха**

1. боль
2. гиперемия
3. нарушение функции
4. пружинящая фиксация

**4. Первая помощь при закрытом вывихе**

1. наложение давящей повязки
2. тепло на место повреждения
3. транспортная иммобилизация
4. асептическая повязка

**5. Патологическим называется вывих**

1. врожденный
2. при травме
3. при разрушении кости
4. "застарелый"

**6. Рана является проникающей, если**

1. в ней находится инородное тело
2. повреждены только кожа и подкожная клетчатка
3. повреждены мышцы и кости
4. повреждены мягкие ткани и пограничная серозная оболочка (плевра, брюшина)

**7. Чем опасны укушенные раны**

1. заражением бешенством
2. заражением туберкулезом
3. большой кровопотерей
4. переломом костей

**8. Определить последовательность оказания помощи при открытом переломе костей**

1. наложить шину
  2. зафиксировать шину к конечности повязкой
  3. обеспечить обезболивание
  4. остановить кровотечение
  5. наложить асептическую повязку
  6. от моделировать шину
1. 4,3,5,6,1,2
  2. 3,4,6,5,1,2
  3. 5,3,6,4,2,1
  4. 3,5,6,4,2,1

**9. При сохраненной целостности кожи определяется локальная боль, крепитация и деформация конечности, можно предположить**

1. повреждение связочного аппарата
2. ушиб мягких тканей
3. вывих
4. закрытый перелом

**10. Абсолютное укорочение конечности характерно для**

1. растяжения связок
2. перелома
3. ушиба
4. разрыва суставной капсулы

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	3	4	3	3	4	1	1	4	2

### Тема №3 «Огнестрельная травма.»

#### 1. Дистанцию выстрела устанавливают по:

1. площади внедрения порошинок;
2. площади и интенсивности отложений копоти;
3. площади внедрения металлических частиц;
4. особенностям входной огнестрельной раны;
5. все ответы верны.

#### 2. Характеризующими признаками огнестрельных ранений, причиненных автоматической очередью выстрелов, являются:

1. множественность ранений;
2. одностороннее расположение входных ран;
3. параллельные направления раневых каналов;
4. одинаковая дистанция выстрелов;
5. все ответы верны.

#### 3. Раневые каналы огнестрельных повреждений подразделяются на:

1. сквозные.
2. слепые.
3. касательные.
4. прерывистые.
5. все ответы верны.

#### 4. Близкая дистанция выстрела находится в пределах:

1. до 10 см;
2. до 25 см;
3. действия дополнительных факторов выстрела;
4. до 30 см;
5. все ответы верны.

#### 5. Механическое действие при выстреле с неблизкой дистанции оказывают:

1. снаряд;
2. копоть выстрела;
3. пороховые газы;
4. дульный срез оружия, компенсатор;
5. зерна пороха и их частицы.

#### 6. Химическое действие при выстреле оказывают:

1. копоть выстрела;
2. пороховые газы;
3. пламя выстрела;
4. частицы пороховых зерен;
5. капли ружейной смазки.

#### 7. Поясок осаднения в области выходного огнестрельного повреждения образуется:

1. всегда;
2. только при особых условиях;
3. не образуется;
4. при холостом выстреле;
5. все ответы верны.

#### 8. К признакам выстрела с плотным упором не относится:

1. радиальные разрывы кожи в области входной раны;
2. отпечаток дульного среза оружия;
3. дефект ткани в области входной раны;
4. отложение копоти выстрела и зерен пороха на коже в области входной раны;
5. алое окрашивание тканей в начальном отделе раневого канала.

#### 9. К признакам выходной пулевой огнестрельной раны не относится:

1. звездчатая форма;
2. щелевидная форма;
3. дефект ткани;

4. вывернутые кнаружи края;
5. зияние.

**10. Смазка в области входного отверстия обнаруживается:**

1. при выстрелах с близкого расстояния;
2. при выстрелах с неблизкого расстояния;
3. при первом и возможно втором выстреле;
4. при каждом выстреле;
5. все ответы верны.

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	5	5	5	3	1	2	2	4	3	3

**Тема №4 «Кровотечения.»**

**1. Минутный объем сердца в норме равен**

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1.5-2.5 л/мин | 4.0-6.0 л/мин |
| 2.0-3.5 л/мин | 5.0-7.0 л/мин |
| 3.5-4.5 л/мин |               |

**2. Объем циркулирующей крови (оцк) составляет в норме**

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1.60-57 мл/кг | 4.94-105 мл/кг  |
| 2.70-65 мл/кг | 5.110-140 мл/кг |
| 3.82-75 мл/кг |                 |

**3. Общее периферическое сопротивление (опр) составляет в норме**

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1.1200-2500 дин/с см <sup>5</sup> | 4.3200-4000 дин/с см <sup>5</sup> |
| 2.2700-3000 дин/с см <sup>5</sup> | 5.3500-4500 дин/с см <sup>5</sup> |
| 3.3000-3500 дин/с см <sup>5</sup> |                                   |

**4. Венозное давление поддерживают все перечисленные факторы, кроме**

1. давления и кровотока в капиллярах
2. внутриплеврального давления
3. внутрибрюшного давления
4. внутрикостного давления и давления в лимфатической системе

**5. Центральное венозное давление при нормоволемии равно**

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| 1.30-45 мм вод. ст.   | 4.свыше 160 мм вод. ст. |
| 2.50-120 мм вод. ст.  | 5.свыше 200 мм вод. ст. |
| 3.130-150 мм вод. ст. |                         |

**6. Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания (двс) в основном связано со всем перечисленным, кроме**

1. обширной травмы мягких тканей и скелета
2. массивных гемотрансфузий
3. трансфузий крови со сроком хранения от 2 до 3 дней в объеме 15% ОЦК больного
4. активации калликреин-кининовой системы
5. замедления кровотока

**7. развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания сопровождается всем перечисленным, кроме**

1. гипокоагуляции
2. гиперкоагуляции и гиперагрегации
3. понижения активности тромбоцитов
4. повышения активности тромбоцитов, концентрации тромбина, образования тромбофибриновых свертков (массивного тромбообразования)
5. геморрагии или явного кровотечения при наличии микросвертков фибрина в системе микроциркуляции

**8. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови в начальной стадии проявляется всем перечисленным, исключая**

1. геморрагический синдром, наличие острых язв желудочно-кишечного тракта
2. нарушение микроциркуляции в легких, почках, печени
3. острый канальцевый некроз почек

4. респираторную недостаточность

5. нарушение функции печени

**9. К основным признакам диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови относятся все перечисленные, кроме**

1. тромбоцитов ниже  $100 \times 10^9$  г/л

2. фибриногена менее 1.5 г/л

3. несворачиваемости крови

4. коагулопатии потребления во 2-й стадии

5. повышения содержания VII и X факторов протромбинового комплекса

**10. Достоверным признаком диссеминированного внутрисосудистого свертывания является снижение фибриногена**

1. ниже 1.75 г/л

4. до 3.0 г/л

2. до 2.0 г/л

5. до 3.5 г/л

3. до 2.5 г/л

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	3	1	4	2	3	3	1	5	1

### Тема №5 «Повреждения ЦНС»

**1. Неверным элементом лечения сотрясения мозга с незначительными клиническими проявлениями является**

1) постельный режим в течение 7-10 дней

4) нейротропные средства

2) анальгетики

5) спазмолитики

3) седативные препараты

**2. При повышенном внутричерепном давлении сопровождающем сотрясение мозга с выраженными клиническими проявлениями к лечению добавляют**

1) анальгетики, спазмолитики

2) седативные препараты

3) нейротропные средства

4) фуросемид 0,04 через день или 2 раза

5) переливание раствора Рингера 2-3 раза в сутки

**3. Ушиб головного мозга характеризуется**

1) очаговой симптоматикой

2) диэнцефальной недостаточностью

3) обще мозговой симптоматикой

4) обще мозговой и очаговой симптоматикой

5) поражением стволовых структур

**4. Из перечисленных к очаговым симптомам не относится**

1) паралич

4) нарушение чувствительности

2) афазия

5) нарушение зрения

3) ретроградная амнезия

**5. Легкая степень ушиба головного мозга характеризуется**

1) симптомами поражения подкорковых образований, нарушением дыхания, глотания, сердечно-сосудистой деятельности

2) рефлекторными асимметриями или не резко выраженными парезами конечностей

3) отсутствием очаговой симптоматики

4) параличами, афазией, нарушением психики, зрения, слуха и др.

5) неблагоприятным клиническим течением

**6. Тяжелая степень ушиба головного мозга характеризуется**

1) симптомами поражения подкорковых образований, нарушением дыхания, глотания, сердечно-сосудистой деятельности

2) рефлекторными асимметриями или нерезко выраженными парезами конечностей

3) отсутствием очаговой симптоматики

4) параличами, афазией, нарушением психики, зрения, слуха и др.

5) неблагоприятным клиническим течением

**7. Быстрота развития симптомов сдавления головного мозга зависит от**

- 1) тяжести черепно-мозговой травмы
- 2) времени, прошедшего после травмы
- 3) интенсивности кровотечения
- 4) тяжести состояния пострадавшего
- 5) сопутствующих повреждений

**8. К очаговым мозговым симптомам проникающего ранения черепа относят**

- 1) психомоторные (двигательные и психические) возбуждения или резкие угнетения
- 2) головную боль
- 3) тошноту и рвоту
- 4) двигательные нарушения в виде параличей
- 5) изменение частоты пульса (тахикардия или брадикардия)

**9. К симптомам сотрясения спинного мозга не относится**

- 1) затруднение при мочеиспускании
- 2) задержка дефекации
- 3) понижение чувствительности
- 4) слабость в ногах
- 5) всё относится

**10. К симптомам ушиба спинного мозга не относится**

- 1) обще мозговая симптоматика
- 2) паралич
- 3) потеря чувствительности
- 4) задержка мочеиспускания

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	4	4	3	2	1	3	4	2	1

**Тема №6 «Повреждения верхней конечности»**

**1. Какой симптом не является признаком диафизарного перелома верхней конечности?**

- 1) патологическая подвижность
- 2) деформация сегмента
- 3) сглаженность контуров сустава
- 4) крепитация костных отломков
- 5) укорочение сегмента

**2. Транспортная иммобилизация переломов плечевой кости осуществляется шиной**

- 1) Дитерихса
- 2) Герасимова
- 3) Крамера
- 4) Еланского
- 5) гипсовой повязкой

**3. Достоверным патогномичным признаком перелома дистального конца плечевой кости со смещением отломков является**

- 1) резкое ограничение функции сустава
- 2) усиление болей при нагрузке по оси
- 3) крепитация костных отломков
- 4) патологическая подвижность
- 5) нарушение равнобедренности треугольника Гюнтнера

**4. Как должен лечить надмыщелковые переломы плеча со смещением отломков по длине хирург общего профиля или малоопытный травматолог?**

- 1) скелетным вытяжением
- 2) иммобилизацией гипсовой повязкой
- 3) одномоментной репозицией, наложением циркулярной гипсовой Повязки
- 4) одномоментной репозицией, наложением задней гипсовой шины
- 5) открытой репозицией, остеосинтезом

**5. Укажите симптом характерный только для перелома локтевого отростка**

- 1) боль при нагрузке по оси
- 2) локальная болезненность
- 3) усиление боли при пассивном сгибании фиксированного мышцами предплечья
- 4) невозможность активного сгибания предплечья
- 5) припухлость сустава

**6. Какой способ лечения является основным при переломе лучевой кости в типичном месте?**

- 1) закрытая одномоментная репозиция
- 2) функциональный

- 3) оперативный
- 4) компрессионно-дистракционный по Илизарову
- 5) иммобилизация эластичным бинтом.

**7. Укажите симптом характерный для повреждения разгибателя**

- 1) отсутствие отведения пальца
- 2) отсутствие приведения пальца
- 3) отсутствие активного разгибания пальца
- 4) отсутствие противопоставления пальца
- 5) сохранение щипковой функции

**8. Чаще всего из костей запястья ломается**

- 1) трехгранная кость
- 2) ладьевидная кость
- 3) полулунная кость
- 4) крючковидная кость
- 5) большая многоугольная кость

**9. К перелому Беннета относится**

- 1) перелом основных и средних фаланг пальцев кисти
- 2) переломо-вывихи основных и средних фаланг пальцев
- 3) внутрисуставные переломы основных и средних фаланг пальцев
- 4) перелом луча с подвывихом в лучезапястном суставе
- 5) внутрисуставной перелом основания 1-й пястной кости с ее подвывихом

**10. Какой симптом не имеет отношения к перелому II-V пястных костей?**

- 1) отек тыла кисти, кровоподтек
- 2) нарушение хватательной функции кисти
- 3) исчезновение выпуклости головки пястной кости при сжатии кисти в кулак
- 4) резкая боль при осевой нагрузке
- 5) припухлость на тыльной поверхности середины запястья

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	3	5	1	3	1	3	2	5	5

**Тема №7 «Повреждения нижней конечности»**

**1. Что из перечисленного является основной причиной возникновения переломов шейки бедра у пожилых?**

- 1) неустойчивость при ходьбе
- 2) возрастное замедление реакции человека и, отсюда, более частые падения
- 3) снижение силы мышц
- 4) возрастное изменение архитектоники и минерального состава костей
- 5) возрастное увеличение массы тела

**2. Какой метод лечения является предпочтительным при варусном переломе шейки бедра у лиц пожилого возраста?**

- 1) гипсовая кокситная повязка
- 2) скелетное вытяжение
- 3) пребывание в постели с деротационной гипсовой повязкой
- 4) активное формирование ложного сустава
- 5) оперативное лечение

**3. Что из перечисленного не является элементом первой медицинской помощи на месте происшествия при переломе бедра?**

- 1) дать 2-3 таблетки анальгина
- 2) обеспечить иммобилизацию подручными средствами
- 3) обогреть, укутать, напоить горячим
- 4) ввести сердечные по показаниям
- 5) транспортировать лежа в ЦРБ

**4. Какое повреждение шейки бедра характерно для детей?**

- 1) colilisis
- 2) эпифизолиз
- 3) субкапитальные переломы
- 4) базальные переломы
- 5) интермедиарные переломы

**5. Укажите вертельные (латеральные) переломы проксимального отдела бедренной кости**

- 1) субкапитальный:
- 2) базальный
- 3) трансцервикальный
- 4) подвертельный

5) межвертельный, чрезвертельный

**6. Под каким видом обезболивания следует вправлять вывих бедра?**

- 1) местная анестезия
- 2) проводниковая анестезия
- 3) наркоз
- 4) внутрикостная анестезия
- 5) без обезболивания

**7. Какое из перечисленных образований относится к проксимальному отделу бедренной кости?**

- 1) малый бугорок
- 2) малый вертел
- 3) надмыщелок
- 4) межмышцелковое возвышение
- 5) клювовидный отросток

**8. Шейка бедра покрыта**

- 1) надкостницей
- 2) дубликатурой синовиальной оболочки до её средней части
- 3) дубликатурой синовиальной оболочки до межвертельной линии спереди
- 4) дубликатурой синовиальной оболочки до межвертельной линии

**9. Как лечить больных со свежим переломом лодыжек со смещением отломков?**

- 1) иммобилизацией U-образной гипсовой шиной
- 2) одномоментной репозицией, гипсовой повязкой
- 3) наложением скелетного вытяжения
- 4) наложением клеолового вытяжения
- 5) хирургическим вмешательством

**10. После одномоментной репозиции перелома лодыжек показано наложение**

- 1) циркулярной бесподкладочной гипсовой повязки
- 2) циркулярной гипсовой повязки с ватной прокладкой
- 3) разрезной циркулярной гипсовой повязки типа "сапожок"
- 4) U-образной гипсовой шины со стопой
- 5) U-образной гипсовой шины без лонгеты для стопы

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	5	4	2	5	3	2	5	2	4

**Тема №8 «Повреждения грудной клетки»**

**1. Подтвердить повреждение лёгкого при закрытой травме груди позволяет**

- 1) гематома грудной клетки
- 2) подмышечная и подкожная эмфизема
- 3) крепитация сломанных рёбер
- 4) расширение межрёберных промежутков на стороне травмы
- 5) вынужденное положение больного

**2. Абсолютным симптомом проникающего ранения грудной клетки не является**

- 1) сквозное ранение с отверстиями на противоположных сторонах одной половины грудной клетки
- 2) пузырение крови в ране в момент выдоха
- 3) видимое через дефект тканей пустое пространство с колышущимся в глубине поджатым легким
- 4) видимый глазом многооскольчатый перелом одного или нескольких ребер при касательном ранении
- 5) характерный звук присасывания воздуха

**3. К классификации пневмотораксов по характеру не относится**

- 1) внутренний
- 2) закрытый
- 3) открытый
- 4) клапанный
- 5) напряженный

**4. Напряженный пневмоторакс - это такой, при котором**

- 1) воздух входит в плевральную полость при вдохе, постепенно накапливаясь в ней
- 2) избыточное напряжение воздуха в плевральной полости ведет к смещению органов средостения и достигает крайней степени
- 3) относительно свободно воздух входит в плевральную полость при вдохе и выходит при выдохе
- 4) попав, воздух остается в плевральной полости
- 5) движение воздуха через раневой канал прекращается

**5. Достоверными симптомами закрытого пневмоторакса являются**

- 1) уменьшение дыхательных экскурсий грудной клетки на стороне поражения
- 2) усиление перкуторного звука (коробочный оттенок)
- 3) ослабление или отсутствие дыхания
- 4) достоверных клинических симптомов нет
- 5) пузырение крови в ране при выдохе

**6. Симптомом, свидетельствующим о клапанном характере пневмоторакса, является**

- 1) коробочный оттенок перкуторного звука
- 2) ослабление или отсутствие дыхания
- 3) прогрессивно нарастающая дыхательная недостаточность
- 4) уменьшение дыхательных экскурсий грудной клетки на стороне поражения
- 5) характерный звук присасывания воздуха

**7. Специфическим мероприятием помощи в мпп при повреждениях груди является**

- 1) оценка состояния по схеме И.С. Колесникова
- 2) наложение окклюзионной повязки
- 3) введение анальгетиков и сердечно-сосудистых препаратов
- 4) переливание крови и кровезаменителей
- 5) вагосимпатическая блокада на стороне повреждения

**8. К классификации деления гемотораксов по объему не относятся**

- 1) малые
- 2) средние
- 3) большие
- 4) тотальные
- 5) всё относится

**9. К классификации ранений сердца не имеют отношения ранения**

- 1) слепые
- 2) касательные
- 3) рикошетирующие
- 4) сквозные
- 5) непроникающие

**10. К симптомам тампонады сердца не относится**

- 1) сохранение нормальных границ сердца
- 2) характерное расширение вен шеи
- 3) слабый пульс
- 4) тахикардия
- 5) глухость тонов сердца

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	1	1	2	4	3	5	4	3	1

**Тема №9 «Повреждения позвоночника и таза»**

**1. Чем иммобилизовать шейный отдел позвоночника?**

- 1) косынкой
- 2) воротником Шанца
- 3) укладкой пострадавшего на щит
- 4) прибинтовыванием руки к шее
- 5) шиной Дитерихса

**2. Из перечисленных ниже позвонков чаще всего ломаются:**

- 1) 3-й поясничный позвонок
- 2) 4-й поясничный позвонок
- 3) 5-й поясничный позвонок
- 4) 11 и 12-й грудной позвонки
- 5) 1 и 2-й поясничные позвонки

**3. Какой вид повреждения характерен для шейного отдела позвоночника?**

- 1) клиновидная деформация
- 2) взрывной перелом
- 3) вывих, переломо-вывих
- 4) перелом поперечного отростка
- 5) отрыв остистого отростка

**4. Какой симптом характерен для осложненного перелома позвоночника?**

- 1) "пуговчатый" кифоз
- 2) расстройство функции тазовых органов
- 3) симптом "прилипшей" пятки
- 4) симптом "вожжей"
- 5) локальная боль при нагрузке на остистый отросток

**5. Какое исследование обязательно при диагностике перелома позвоночника?**

- 1) компьютерная томография
- 2) рентгенография только в прямой проекции
- 3) рентгенография позвоночника в боковой проекции
- 4) рентгенография в прямой и боковой проекциях 76
- 5) функциональная рентгенография

**6. Какое повреждение таза отнесете к перелому вертлужной впадины?**

- 1) чрезвертлужный перелом

- 2) перелом горизонтальной ветви лонной кости в медиальной трети
- 3) перелом седалищной кости в зоне седалищного бугра
- 4) пресакральный вертикальный перелом таза
- 5) перелом основания крыла подвздошной кости

**7. Укажите механизм травмы нехарактерный для переломов таза**

- 1) удар в область таза
- 2) сдавление таза в сагиттальной или во фронтальной плоскости
- 3) резкое сокращение мышц, прикрепляющихся к костям таза (отрывные переломы)
- 4) нагрузка на нижние конечности по продольной оси
- 5) падение на область большого вертела

**8. Укажите симптом характерный для краевых (отрывных) переломов подвздошной кости**

- 1) симптом "прилипшей пятки"
- 2) симптом Габая - "перекрещенные ноги"
- 3) травматический шок 82
- 4) локальная болезненность при пальпации гребней подвздошных костей
- 5) симптом "заднего хода"

**9. Осложненные переломы таза (с повреждением тазовых органов) не сопровождаются**

- 1) дизурическими расстройствами
- 2) признаками раздражения брюшины
- 3) нависанием пузырьно-прямокишечного углубления при исследовании через прямую кишку
- 4) парезом нижних конечностей
- 5) мочевыми затеками в околопузырную и околопрямокишечную клетчатку

**10. При переломах таза типа "мальгения" показано**

- 1) лечение в положении по Волковичу
- 2) лечение скелетным вытяжением
- 3) наложение кокситной гипсовой повязки
- 4) остеосинтез костей таза

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	5	3	2	4	1	5	4	4	2

**Тема №10 «Множественные, сочетанные и комбинированные повреждения.»**

**1. Чем характеризуется крайне тяжелая степень острой лучевой болезни?**

- 1) выраженной первичной реакцией
- 2) длительностью скрытого периода до 3 суток
- 3) лейкопенией менее 100 в 1 мм/куб.
- 4) тромбоцитопенией менее 300 в 1 мм/куб.
- 5) всем выше перечисленным

**2. Какой синдром возникает в периоде разгара лучевой болезни?**

- 1) геморрагический
- 2) гипертензионный
- 3) диспепсический
- 4) болевой
- 5) синдром отмены

**3. Чем характеризуется геморрагический синдром периода разгара лучевой болезни?**

- 1) замедлением свёртывания крови
- 2) повышением свёртываемости крови
- 3) склонностью к тромбообразованию
- 4) множеством поверхностных кровоизлияний
- 5) кровоизлияниями в различные ткани и органы

**4. Что из перечисленного не является элементом частичной специальной обработки в МПБ?**

- 1) очищение полости рта и носовых ходов от грязи и пыли
- 2) без зондовое промывание желудка
- 3) промывание глаз
- 4) стряхивание веником радиоактивной пыли с одежды
- 5) мытье под душем

**5. Чему в первую очередь содействует заживление раны в скрытый период лучевой болезни?**

- 1) укорочению сроков возврата в строй
- 2) скорейшему выздоровлению
- 3) предотвращению гнойного осложнения ран
- 4) предотвращение синдрома взаимного отягощения
- 5) ослаблению синдрома взаимного отягощения

**6. Из перечисленных поражений выберите комбинированное**

- 1) перелом бедра, голени и предплечья
- 2) черепно-мозговая травма и огнестрельное ранение живота
- 3) ожог туловища, лица, правого бедра
- 4) огнестрельное ранение грудной клетки и поражение радиацией в дозе 20 рентген
- 5) оскольчатый двойной перелом плечевой кости

**7. Из перечисленных повреждений множественным является**

- 1) перелом голени, ребер, позвоночника
- 2) закрытая черепно-мозговая травма и внутривentricular гематома
- 3) закрытая травма живота и разрыв печени
- 4) перелом ребер, пневмогемоторакс
- 5) перелом голени, поражение радиацией

**8. Под множественной травмой при механических повреждениях скелета подразумевают**

- 1) многооскольчатые переломы костей
- 2) двойные (сегментарные) переломы костей
- 3) повреждения двух или более анатомо-функциональных образований опорно-двигательного аппарата в одном или разных сегментах
- 4) переломы обеих лодыжек голени с подвывихом или вывихом стопы
- 5) повреждения менисков и связок коленного сустава

**9. Примером сочетанной травмы является**

- 1) перелом бедра и голени с одной или двух сторон
- 2) перелом костей конечностей, позвоночника или таза с одновременным повреждением внутренних органов
- 3) перелом верхних и нижних конечностей (например, плеча и бедра, предплечья и голени)
- 4) повреждение полых и паренхиматозных органов при тупой травме живота
- 5) повреждение магистральных сосудов и нервов в одной анатомической области

**10. Укажите повреждение, которое является сочетанным:**

- 1) двойной перелом бедра
- 2) перелом бедер и переднего полукольца таза
- 3) перелом ребер, разрыв селезенки
- 4) ожог туловища и конечностей
- 5) термический ожог грудной клетки и поражение проникающей радиацией в дозе 350 рент

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	1	5	5	3	4	1	3	2	3

**Тема №11 «Врожденные заболевания органов опоры и движения»**

**1. Лечение врожденной косолапости у детей в первые месяцы жизни**

- 1) операция на сухожилиях и связках стопы
- 2) коррегирующие оперативные вмешательства на костях стопы
- 3) бинтование стопы по Финку-Эттингену
- 4) лечебная гимнастика, массаж
- 5) применение всего перечисленного

**2. Консервативное лечение косолапости продолжается до**

- 1) 6 месяцев
- 2) 1 года
- 3) 2-3 лет
- 4) 5-летнего возраста
- 5) исправления элементов косолапости

**3. Частота врожденной кривошеи составляет**

- 1) более 3% среди всех ортопедических заболеваний
- 2) в 35-38% всех врожденных деформаций
- 3) у 16 из 1000 новорожденных
- 4) от 5 до 12% врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата
- 5) у 20% всех новорожденных

**4. Этиологическим фактором врожденной кривошеи является**

- 1) родовая травма
- 2) дисплазия
- 3) неправильное родовспоможение
- 4) неправильное положение плода
- 5) порок первичной закладки

**5. Наиболее часто встречающейся формой кривошеи является**

- 1) мышечная
- 2) костная
- 3) рефлекторная
- 4) воспалительная
- 5) дисторзионная

**6. Укажите послеоперационную иммобилизацию при врожденной мышечной кривошее**

- 1) не применяется
- 2) кранио-цервикальная гипсовая повязка
- 3) воротник Шанца
- 4) ошейник из термопластика

5) аппарат "Hallo"

**7. В чем заключаются рентгеноструктурные изменения при болезни Блаунта?**

- 1) формировании кистовидного очага
- 2) асептическом некрозе медиального мыщелка большеберцовой кости
- 3) патологическом переломе медиального мыщелка большеберцовой кости
- 4) преждевременной оссификации медиальной части ростковой зоны
- 5) кистовидном перерождении с формированием множества кист

**8. Болезнь Клиппель-Фейля - это**

- 1) наличие шейных ребер
- 2) врожденный синостоз шейных и верхнегрудных позвонков с незаращением дужек
- 3) приобретенный подвывих I шейного позвонка
- 4) мышечная кривошея
- 5) крыловидная шея

**9. Под каким обезболиванием проводить вправление врожденного вывиха бедра в первые месяцы жизни?**

- 1) под общим эндотрахеальным
- 2) под общим масочным
- 3) поверхностным наркозом закисью азота
- 4) внутривенным
- 5) без обезболивания

**10. Основным клиническим признаком двустороннего врожденного вывиха бедра у детей, начавших ходить, является**

- 1) "утиная" походка
- 2) боли в суставах
- 3) положительный симптом Тренделенбурга
- 4) сгибательная контрактура в суставах
- 5) похрустывание в суставах при ходьбе

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	2	4	5	1	2	4	2	5	1

**Тема №12 «Приобретенные заболевания опорно-двигательного аппарата.»**

**1. Остеоартроз – это:**

1. воспалительное заболевание суставов;
2. обменно-дистрофический процесс в суставах;
3. аутоиммунное заболевание суставов;
4. все верно.

**2. Деформация суставов при остеохондрозе происходит за счет:**

1. костных разрастаний;
2. развитие анкилозов;
3. подвывихов суставов;
4. все верно.

**3. При деформирующем остеохондрозе кожа суставов:**

1. не изменена;
2. отечна;
3. гиперемирована;
4. плотная.

**4. При остеоартрозе поражаются:**

1. суставы кистей и стоп;
2. крупные суставы;
3. поясничный отдел позвоночника;
4. суставы, подверженные наибольшей нагрузке.

**5. Боль в суставе при остеоартрозе возникает:**

1. в покое;
2. при движении после состояния покоя;
3. во время сна;
4. постоянно.

**6. Для остеоартроза характерно:**

1. отечность суставов;
2. утренняя скованность;
3. крепитация, «хруст» в суставах;
4. деформация локтевых суставов.

**7. В лечении остеоартроза применяется хондропротекторы:**

1. кеналог, гидрокортизон;
2. кокарбоксилаза, лидокаин;
3. румалон, артрон;
4. бруфен, вольтарен.

**8. Обучение пациента с деформирующим остеоартрозом включает овладение навыками:**

1. изометрические упражнения;
2. питание;
3. соблюдать режим двигательной активности;
4. все ответы верны.

**9. Факторами риска остеоартроза являются все, кроме:**

1. наследственность, избыточный вес;
2. травмы, спортивные перегрузки;
3. профессиональные нагрузки, возраст старше 50 лет;
4. переохлаждение.

**10. При остеоартрозе поражаются все, кроме:**

1. мелкие суставы костей;
2. дистальные суставы первых пальцев кистей и стоп;
3. пястно-фаланговых и лучезапястных суставов;
4. коленный сустав.

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	1	1	4	2	3	3	4	4	2

**Тема №13 «Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в травматологии и ортопедии.»**

**1. Во время проведения спинно-мозговой анестезии и после нее возможны следующие осложнения**

- 1) снижение артериального давления на 30- 50 мм и коллапс
- 2) головная боль, рвота
- 3) повышение кровоточивости
- 4) мозговая гипертензия
- 5) правильно 1. и 2.

**2. Перидуральная анестезия широко применяется у всех перечисленных больных, кроме больных, страдающих**

- 1) бронхитом
- 2) ларингитом
- 3) туберкулезом легких
- 4) циррозом печени
- 5) выраженной гипертонией

**3. Местная анестезия при операциях на головном мозге имеет перед наркозом все следующие преимущества, кроме**

- 1) отсутствия повышения внутричерепного давления
- 2) сохранения контакта с больным (речевого)
- 3) обеспечения хорошего гемостаза мягких тканей покровов черепа
- 4) создания полной анестезии оболочек головного мозга
- 5) и возможности быстро осуществить искусственную вентиляцию легких

**4. Наиболее целесообразным видом обезболивания у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, находящихся в состоянии травматического шока, является**

- 1) местная анестезия
- 2) внутривенный наркоз
- 3) эндотрахеальный наркоз
- 4) масочный и ингаляционный наркоз фторотаном
- 5) пролонгированная внутрикостная гемостатическая блокада в комбинации с внутривенным наркозом

**5. Противопоказаниями к перидуральной анестезии является все перечисленное, кроме**

- 1) тяжелых искривлений позвоночника
- 2) эмфиземы легких, нефроза
- 3) артериального давления ниже 100 мм
- 4) эмоциональной неустойчивости

**6. Анестетиком выбора у больных с невосполненной кровопотерей и сохраняющейся гипотензией можно считать**

- 1) эфир
- 2) фторотан
- 3) калипсол
- 4) барбитураты
- 5) оксибутират натрия

7. **Распространение местного анестетика в эпидуральном пространстве у пожилых пациентов зависит от всех перечисленных факторов, кроме**

- 1) Уплотнения соединительнотканых перемычек
- 2) Стенозированных межпозвонковых отверстий
- 3) Атеросклеротических изменений сосудов эпидурального пространства
- 4) Длины позвоночника
- 5) Значений объема циркулирующей крови

8. **К наркозу, применяемому у нейрохирургических больных, предъявляются требования:**

- 1) наркоз не должен повышать внутричерепное давление,
- 2) пробуждение больного должно наступить в первые минуты после операции,
- 3) при манипуляциях на задней черепной ямке желательное сохранение собственного дыхания при условии его адекватности,
- 4) необходимо полное расслабление поперечно-полосатой мускулатуры на протяжении всей операции,
- 5) желательное воздействие на свертывающую систему крови

1. верно все
2. верно 1, 2, 3
3. верно 2, 3, 4
4. верно 1, 3, 5
5. верно все, кроме 4

9. **При операциях на органах грудной клетки с целью профилактики возможного взрыва следует во время наркоза использовать**

- 1) эфир
- 2) циклопропан
- 3) фторотан
- 4) правильно 1. и 2.
- 5) все неправильно

10. **Оперативные вмешательства на позвоночнике и спинном мозге в настоящее время осуществляются под:**

- 1) эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких,
- 2) эндотрахеальным наркозом с сохранением самостоятельного дыхания,
- 3) местной инфильтрационной анестезией в комплексе с паравerteбральной и внутрикостной пролонгированной блокадой,
- 4) перидуральной анестезией,
- 5) спинно-мозговой анестезией в комплексе с внутрикостной пролонгированной гемостатической блокадой

1. верно все
2. верно 1, 2, 3
3. верно 2, 3, 4
4. верно 1, 3, 4
5. верно все, кроме 4

<b>Номер вопроса</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Эталон ответа</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**Тема №14 «Остеохондропатии»**

**1. Ахондроплазия - это**

- 1) последствия внутриутробного сифилиса
- 2) последствия внутриутробного рахита
- 3) нейроэндокринное заболевание
- 4) системное поражение скелета, связанное с пороком развития хондробластической системы, аномалией развития и роста хряща
- 5) повышение давления амниотической жидкости

**2. При ахондроплазиях наиболее часто поражаются:**

- 1) трубчатые кости
- 2) плоские кости
- 3) фаланги пальцев
- 4) правильно все
- 5) все неверно

**3. Видами оперативного лечения фиброзной остеодисплазии являются**

- 1) ампутация
- 2) околосоуставная резекция
- 3) скелетное вытяжение
- 4) выскабливание
- 5) сегментарная резекция поднадкостничная

**4. Из всех костей скелета при ахондроплазиях наиболее менее изменены:**

1. таз
6. ребра
7. ключицы
8. позвоночник
9. основание черепа

**5. Фиброзная остеодисплазия относится:**

- 1) к хондродисплазиям
- 2) к остеодисплазиям
- 3) к гиперостозу
- 4) к костному эозинофилизу
- 5) все верно

**6. Рентгенологическая картина множественной эпифизарной хондроплазии характеризуется:**

- 1) поздним появлением ядер окостенения, сливающихся между собой в разное время и различающихся по форме и плотности
- 2) преждевременным раскрытием ростковых зон
- 3) отсутствием явлений деформирующего артроза
- 4) отсутствием укорочения конечности
- 5) отсутствием ядер окостенения в эпифизах

**7. Первые признаки фиброзной остеодисплазии появляются**

- 1) сразу после рождения
- 2) до 5-летнего возраста
- 3) до 10-летнего возраста
- 4) в период полового созревания
- 5) у взрослого человека

**8. Оптимальный возраст для оперативного лечения при болезни олье:**

- 1) дошкольный
- 2) школьный
- 3) период полового созревания (подростковый)
- 4) взрослый
- 5) подростковый и взрослый

**9. К рентгенологическим признакам диспластического коксоартроза относится**

- 1) формирование соха vara
- 2) шейчно-эпифизарный угол (до 15 градусов)
- 3) увеличение угла вертикального наклона (до 10 градусов)
- 4) увеличение ацетабулярного индекса (до 50-55 градусов)
- 5) формирование синостоза

**10. Диспластический процесс имеет в основе:**

- 1) нарушение сосудистой трофики
- 2) нарушение нервной трофики
- 3) неправильное незавершенное формирование органа или системы
- 4) все правильно

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	1	1	5	1	3	5	4	1	1

**Тема №15 «Амбулаторно–поликлиническая помощь травматологическим больным.»**

**1. В поликлинике хирург выявил у больного множественные переломы V-VII ребер справа. Какие признаки не характерны при этом для повреждения плевры и ткани легкого?**

1. кровохарканье;
2. боль за грудиной с иррадиацией в левое надплечье;

3. пневмоторакс;
4. подкожная эмфизема;
5. крепитация костных отломков.

**2. В поликлинику к хирургу с улицы доставили пациентку 45 лет, попавшую в автоаварию. При осмотре хирург заподозрил переломо-вывих в правом плечевом суставе. Что не типично для данной патологии?**

1. удлинение конечности;
2. укорочение конечности;
3. отсутствие активных движений;
4. боль при пассивных движениях.

**3. На приеме у амбулаторного хирурга больной жаловался на постоянные сильные боли в области левой стопы и пятки. Накануне, будучи в состоянии алкогольного опьянения, больной прыгнул со 2-го этажа. Какой из перечисленных признаков будет свидетельствовать о переломе пяточной кости?**

1. опущение вершушек лодыжек на стороне поражения;
2. смещение наружной лодыжки вверх;
3. смещение внутренней лодыжки вверх;
4. боль в области пяточной кости;
5. гемартроз голеностопного сустава.

**4. При обследовании в поликлинике больного хирург заподозрил перелом позвоночника в зоне ТХI-ТХII. Какой из перечисленных рентгенологических признаков не подтвердит данный диагноз?**

1. снижение высоты тела позвонка;
2. смещение межпозвоночного диска;
3. гематома околопозвоночных тканей;
4. изменение оси позвоночника;
5. состояние кортикальных пластинок позвонков.

**5. На прием к хирургу в поликлинику пришла больная 56 лет с жалобами на боли в правом лучезапястном суставе. 3 часа назад упала на правую кисть. Что при этом является специфическим для диагностики перелома ладьевидной кости?**

1. боли при активных и пассивных движениях в лучезапястном суставе;
2. отек сустава;
3. боли при надавливании на область анатомической табакерки;
4. крепитация;
5. лимфангит.

**6. Какие переломы предплечья встречаются наиболее часто в практике амбулаторного хирурга?**

1. переломы луча в типичном месте;
2. переломы средней трети;
3. переломы верхней трети;
4. внутрисуставные переломы;
5. переломовывихи.

**7. К признакам перелома не относится:**

1. боль;
2. патологическая подвижность;
3. крепитация;
4. пружинящая фиксация;
5. нарушение функции.

**8. Для внутрисуставного перелома характерно:**

1. сглаженность контуров сустава;
2. нарушение внешних ориентиров сустава;
3. боль;
4. нарушение функции конечности;
5. все перечисленное.

**9. Для перелома костей таза характерным является:**

1. деформация бедра на стороне перелома;
2. положительный симптом "прилипшей пятки";

3. отрицательный симптом разводящей нагрузки на крылья подвздошных костей;
4. все перечисленное.

**10. Отличительным признаком надбугорковых переломов плечевой кости является:**

1. боли в плечевом суставе;
2. абсолютная невозможность активного отведения плеча;
3. положительный симптом осевой нагрузки;
4. крепитация.

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	1	1	2	3	1	4	5	2	2

**Тема №16 «Гнойная травматология»**

**1. Какова роль антибиотиков при лечении огнестрельных ран?**

- 1) стерилизуют рану
- 2) угнетают жизнедеятельность микробной флоры
- 3) никакой роли не играют, т. к. микробная флора не чувствительна к ним
- 4) применение их вредно из-за аллергических реакций
- 5) ухудшают течение раневого процесса.

**2. Сколько времени составляет период инкубации для грамположительных штаммов?**

- 1) 6-8 часов
- 2) до 12 часов
- 3) более 12 часов
- 4) до 24 часов
- 5) способность к размножению проявляется немедленно

**3. К местной гнойной инфекции не относится**

- 1) токсико-резорбтивная лихорадка
- 2) абсцессы и флегмоны
- 3) гнойные затеки и свищи
- 4) тромбозы
- 5) лимфангоиты и лимфангиты

**4. Важнейшей особенностью токсико-резорбтивной лихорадки, прежде всего, является ее зависимость от наличия**

- 1) гнойных затеков
- 2) абсцессов
- 3) лимфаденита, лимфангита
- 4) свищей
- 5) первичного гнойного очага

**5. Продолжительность инкубационного периода при сепсисе составляет**

- 1) несколько часов
- 2) до 2-5 суток
- 3) до 3 недель
- 4) до месяца
- 5) от нескольких часов до нескольких недель, месяцев и даже лет

**6. Что характерно для лихорадки при остром сепсисе?**

- 1) стойкий субфебрилитет
- 2) отсутствие закономерностей
- 3) чередование периодов высокой температуры с периодами ремиссий
- 4) высокая температура с большими размахами показателей утром и вечером
- 5) высокая температура утром и вечером

**7. Главным средством, предупреждающим развитие анаэробной инфекции, является:**

- 1) первичная хирургическая обработка, достаточно радикальная и в возможно ранние сроки
- 2) введение антибиотиков пенициллинового ряда
- 3) введение противогангренозной сыворотки
- 4) внутриартериальная инфузия
- 5) переливание крови, кровезаменителей, витаминотерапия

**8. Проводится ли пассивная иммунизация введением ПГС для профилактики анаэробной инфекции в настоящее время?**

- 1) не проводится
- 2) проводится в обязательном порядке
- 3) проводится при наличии рвано-размозженных и сильно загрязненных ран
- 4) проводится при проникающих ранениях
- 5) в зависимости от боевой и санитарной обстановки

**9. К ранним признакам анаэробной инфекции не относится:**

- 1) возникновение или усиление болей в ране
- 2) резкое учащение пульса с опережением температуры

- 3) гектические размахи температуры, обильный пот
- 4) нарастание отека пораженной конечности
- 5) сухая рана с грязно-серым налетом

**10. Рентгенологическим признаком анаэробной инфекции не является:**

- 1) скопление в тканях пузырьков газа
- 2) интенсивное уплотнение мягких тканей
- 3) наличие "пчелиных сот" на фоне подкожной клетчатки
- 4) рисунок "перистых облаков" или "елочки" на фоне мышц
- 5) менее характерные просветления газа

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	2	1	5	5	2	1	1	3	2

**2.2 Перечень тематик рефератов для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)**

**Тема №1 «Организация травматологической и ортопедической помощи в Российской Федерации.»**

1. Характер и сущность типичных оперативных вмешательств у больных травматолого-ортопедического профиля.
2. Замедленная консолидация перелома. Ложный сустав. Факторы, способствующие возникновению данной патологии. Клинические и рентгенологические признаки. Общие принципы лечения.
3. Трудовая экспертиза, клинико-экспертная комиссия, медико-социальная экспертная комиссия
4. Правовые аспекты травматологии и ортопедии.

**Тема №2 «Травматическая болезнь.»**

1. Теоретические и практические вопросы компрессионно-дистракционного остеосинтеза.
2. Особенности течения травмы и регенерации костной ткани в разных возрастных периодах.

**Тема №3 «Огнестрельная травма.»**

1. Характеристика и структура современной боевой патологии.
2. Основы раневой баллистики, морфология и особенности огнестрельной раны.

**Тема №4 «Кровотечения.»**

1. Лечение острой кровопотери.
2. Организация службы крови в РФ.

**Тема №5 «Повреждения ЦНС»**

1. Черепно-мозговая травма: механизм повреждения, патогенез, ошибки в диагностике и лечении больных.
2. Повреждения спинного мозга: механизм, патогенез, хирургическая тактика, ошибки в диагностике и лечении больных.

**Тема №6 «Повреждения верхней конечности»**

1. Повреждения сухожилий двуглавой мышцы плеча: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь, основные методы лечения. Возможные осложнения.
2. Повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь, основные методы лечения. Возможные осложнения.

**Тема №7 «Повреждения нижней конечности»**

1. Функциональное лечение переломов проксимального отдела бедра. Показания, лечебные мероприятия, исходы.
2. Повреждение менисков коленного сустава. Клинические признаки, лечебная тактика. Определенные понятия «блок коленного сустава».
3. Повреждения сухожилий четырехглавой мышцы бедра: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь, основные методы лечения.

**Тема №8 «Повреждения грудной клетки»**

1. Пневмоторакс.
2. Эмфизема средостения,

**Тема №9 «Повреждения позвоночника и таза»**

1. Повреждения таза. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь, основные методы лечения.
2. Травма мочевого пузыря.

**Тема №10 «Множественные, сочетанные и комбинированные повреждения.»**

1. Современные лечебно-диагностические технологии при комбинированной травме.
2. Торакоабдоминальные ранения.

**Тема №11 «Врожденные заболевания органов опоры и движения»**

1. Консервативное лечение дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра.

2. Спондилолистез. Стадии, клинико-рентгенологическая картина, лечение.

#### **Тема №12 «Приобретенные заболевания опорно–двигательного аппарата.»**

1. Контрактура Дюпюитрена. Классификация, клиника, диагностика, основные методы лечения.

2. Контрактуры и анкилозы. Классификация. Этиология. Дифференциальная диагностика различных видов контрактур и анкилозов. Лечение контрактур.

#### **Тема №13 «Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в травматологии и ортопедии.»**

1. Методы и средства обезболивания в травматологии и ортопедии, классификация.

2. Техника методов обезболивания: футлярная анестезия, проводниковая анестезия, паравертебральная анестезия, вагосимпатическая блокада, паранефральная блокада, блокада по Школьникову – Селиванову, местная анестезия.

#### **Тема №14 «Остеохондропатии.»**

1. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга-Кальве-Пертеса) – диагностика, принципы лечения.

2. Остеохондропатия позвонков (болезнь Шойермана-May) – диагностика, принципы лечения.

3. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (болезнь ОсгудШлаттера), рассекающий остеохондроз коленного сустава (болезнь Кенига) – диагностика, принципы лечения.

#### **Тема №15 «Амбулаторно–поликлиническая помощь травматологическим больным.»**

1. Переломы и вывихи пястных костей и фаланг пальцев кисти. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь, основные методы лечения. Возможные осложнения.

2. Организации амбулаторной помощи травматологическим и ортопедическим больным.

#### **Тема №16 «Гнойная травматология»**

1. Травматический остеомиелит. Причины инфицирования и развития остеомиелита, клиническое течение, лечебные мероприятия общего и местного характера.

2. Микрофлора гнойной раны. Стадии гнойного процесса.

3. Комплексное лечение травматического остеомиелита. Реабилитационные мероприятия в фазе выздоровления и в отдаленном периоде.

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

### **2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости**

#### **Тема №1 «Организация травматологической и ортопедической помощи в Российской Федерации.»**

##### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

В палате среди прочих пациентов находятся двое больных с переломами бедра. Характер переломов, состояние пациентов исходно примерно одинаковы. Одному из них наложено скелетное вытяжение. Он «прикован» к постели, может только садиться. Врачи говорят, что необходимо продолжить скелетное вытяжение еще три недели, а потом наложить гипс на два месяца. Второй прооперирован пять дней назад (интермедулярный остеосинтез). Он встает, с костылем перемещается по палате. Врачи обещают, что через неделю можно будет ходить с тростью, а потом и без нее. У больных складывается впечатление, что второго больного лечат лучше, чем первого. Есть ли какие-нибудь преимущества в методе лечения избранного у первого больного по сравнению со вторым?

**ОТВЕТ:** Метод скелетного вытяжения, хотя и менее комфортен для пациента, имеет по сравнению с оперативным лечением ряд неоспоримых преимуществ. Во-первых, не менее 10% операций остеосинтеза осложняются развитием остеомиелита, лечение которого занимает много месяцев, а иногда и лет, часто приводит к инвалидизации. Развитие остеомиелита после скелетного вытяжения бывает не чаще 1,5-2%. Во-вторых, за счет повреждения надкостницы и эндооста при интрамедулярном остеосинтезе консолидация перелома идет медленнее, чем при скелетном вытяжении. Таким образом, полное восстановление опорной функции конечности у первого больного наступит ориентировочно через 6, а у второго – через 9-12 месяцев. В-третьих, второму больному предстоит еще одна операция – удаление штифта, первому больному спица для вытяжения будет легко и безболезненно удалена во время перевязки.

##### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

В стационар доставлен пациент с закрытым переломом левого бедра. При рентгенографии обнаружено, что перелом локализуется на границе средней и нижней трети диафиза, линия излома по-

перечная, имеется небольшое смещение - боковое, угловое и по длине. Врачи настаивают на оперативном лечении. Больной оперироваться не хочет, просит наложить ему гипс. Можно ли пойти навстречу больному? Почему врачи настаивают на операции?

**ОТВЕТ:** Вследствие наличия мощных мышц и маленькой площади контакта отломков при поперечных переломах бедра удержать отломки в правильном положении до их сращения консервативными мероприятиями невозможно. Наименее травматичный, хотя и достаточно некомфортный метод лечения – скелетное вытяжение (около 1-1,5 мес.) с последующей иммобилизацией в гипсовой повязке. В абсолютном большинстве случаев в настоящее время используются различные варианты внутрикостного и накостного остеосинтеза. Просьбу больного выполнить нельзя, надо убедить его в необходимости хотя бы скелетного вытяжения.

## **Тема №2 «Травматическая болезнь.»**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

Девочку 11 лет доставили через 40 мин после железнодорожной травмы с оторванной конечностью на уровне левого тазобедренного сустава, с полным его разрушением и тяжелым травматическим шоком. Общее состояние больной крайне тяжелое. Сознание помрачено. Пульс на лучевой артерии частый, слабого наполнения. Артериальное давление 75/40 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, частое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Тоны сердца глухие.

Ваш диагноз? Какие экстренные мероприятия по спасению жизни необходимо провести? Стоит ли проводить реплантацию?

**ОТВЕТ:** Травматический отрыв левой нижней конечности на уровне тазобедренного сустава. Травматический шок - III ст. Необходимо девочку поместить в палату реанимации и проводить противошоковые мероприятия. По стабилизации общего состояния произвести первичную хирургическую обработку. Реплантация конечности противопоказана.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Больная в течение 6 часов находилась в развалинах дома с придавленной правой нижней конечностью бетонным перекрытием потолка. Жалобы на слабость, вялость, боли в правой нижней конечности и поясничной области.

При осмотре: кожа конечности цианотична, отечность конечности умеренная, АД 110/70, пульс 92 удара в минуту.

1. Ваш диагноз. Дать определение данной патологии.
2. Какие методы обследования необходимо выполнить?
3. Чем обусловлены боли в пояснице?
4. Степень тяжести?
5. Лечение?

**ОТВЕТ:**

1. Синдром длительного сдавления. Это синдром, при котором развивается прижизненный некроз тканей, вызывающий эндотоксикоз вследствие длительной компрессии сегмента тела.

2. После проведения противошоковых мероприятий необходимо провести рентгенографию костей нижней конечности, лабораторные исследования (показатели эндотоксикоза - анализы крови, мочи, биохимические анализы, реологические параметры), доплеровское сканирование сосудов нижней конечности.

3. Метаболический ацидоз и поступление в кровь миоглобина, приводит к блокаде канальцев почек, нарушая реабсорбцию, а внутрисосудистое свертывание - блокирует фильтрацию. Все это приводит к растяжению капсулы почки и вызывает болевой синдром.

4. Сдавление до 6 часов по длительности, соответствует 2-ой степени тяжести сдавления.

5. а) наложение жгута на сдавленную конечность до ее освобождения, введение наркотических анальгетиков (догоспитальный этап), б) противошоковая, дезинтоксикационная терапия, экстракорпоральная детоксикация (плазмоферез), гипербарическая оксигенация. в) при развитии гангрены конечности показана ее ампутация.

## **Тема №3 «Огнестрельная травма.»**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

Сержант 21 года получил осколочное ранение головы, сразу потерял сознание. Доставлен в медпункт ОБАТО. Осмотрен в приемно-сортировочном отделении: состояние тяжелое, кома, дыхание учащенное, клочущее зрачки равномерные, зрачковые и корнеальные рефлексы снижены, Сухожильные и периостальные рефлексы на руках и ногах угнетены, равномерные. Повязка на голове, наложенная в порядке оказания взаимопомощи, промокла кровью умеренно, лежит хорошо. Врач заполнил первичную медицинскую карточку и направил раненого в перевязочную МПО-БАТО, где ему наложили трахеостому и затем эвакуировали в ГБФ в госпиталь для раненых в голову.

1. Как Вы сформулируете диагноз в первичной медицинской карточке? Зачем наложена трахеостома? Правильно ли раненый сразу эвакуирован в ГБФ?
2. Опишите рентгенограмму черепа, сделанную в госпитале.

ОТВЕТ:

1. Множественные осколочные проникающие ранения головы с тяжелым повреждением мозга и нарушением дыхания, кома. Трахеостома наложена, чтобы во время транспортировки удобнее было следить за нарушенным дыханием (у больного может произойти западение языка). Больной нуждается в специализированной нейрохирургической помощи в госпитале ГБФ.

2. На рентгенограммах черепа множественные металлические инородные тела, расположенные в полости черепа и под кожей. Мотыльковый перелом - центр перелона на границе левой теменной и височной кости, от центра перелома во все стороны расходятся линейные переломы теменной, височной и затылочной костей, переходящие на основание черепа.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Сержант 28 лет получил множественные осколочные ранения левого бедра, встать на ногу не смог. В порядке взаимопомощи наложена повязка и проведена транспортная иммобилизация бедра деревянной доской по наружной поверхности бедра. В приемно-сортировочное отделение МПО-БАТО доставлен через 4 часа после ранения. Состояние тяжелое, кожные покровы бледные, АД - 85/40 мм рт.ст., пульс 110 ударов в минуту. Повязка умеренно промокла кровью, сухая, нервно-сосудистых расстройств в ноге не выявлено.

1. Какой диагноз запишут раненому в первичной медицинской карточке?
2. Какая помощь должна быть оказана в МПОБАТО?
3. Опишите рентгенограмму, сделанную в госпитале.

ОТВЕТ:

1. Множественные слепые осколочные ранения левого бедра, огнестрельный перелом бедренной кости, травматический шок II степени.

2. В перевязочной МПОБАТО должны быть проведены противошоковые мероприятия: обезболивающие средства подкожно и внутривенно, новокаиновая блокада места повреждения, полноценная транспортная иммобилизация шиной Дитерихса, инфузионная терапия реополиглюкином и глюкозо-новокаиновой смесью, введение антибиотиков. Раненый должен быть направлен в 1 очередь в госпиталь для раненых в бедро и крупные суставы ГБФ.

3. Многооскольчатый перелом диафиза левой бедренной кости в нижней трети со смещением отломков по длине, ширине и под углом. Множественные металлические инородные тела в мягких тканях бедра.

#### **Тема №4 «Кровотечения.»**

##### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1**

Молодому человеку нанесли ножевое ранение в правую половину шеи. Объективно: больной бледный, лежит на земле, заторможен. В области грудинно-ключично-сосцевидной мышцы справа (примерно в середине длины ее) глубокая рана около 1,5 см, из которой ритмично выбрасывается кровь алого цвета. Пульс частый, слабого наполнения. Дыхание поверхностное частое.

Ваш диагноз? Какой способ остановки кровотечения следует применить?

ОТВЕТ: Ножевое ранение правой половины шеи с повреждением общей сонной артерии. Необходимо остановить кровотечение пальцевым прижатием к поперечному отростку С6 позвонка, с последующим наложением жгута на правую половину шеи и доставить раненого МСП в ЛПУ. По ходу транспортировки ввести обезболивающие и сердечно-сосудистые средства.

##### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Мальчик 10 лет катался на велосипеде, упал и ударился животом о руль. Почувствовал боль в левом подреберье. Ребенок самостоятельно пришел домой. Через несколько часов усилились боли в животе, стали иррадиировать в левое надплечье. Была двукратная рвота. Мальчик все время зани-

мал вынужденное положение на левом боку. Температура - 37,6, тахикардия, А/Д - 90/60 мм рт.ст. Стул и мочеиспускание в норме. При осмотре в левом подреберье определяется болезненность, ригидность мышц и симптом Щеткина-Блюмберга. Вы - дежурный врач неотложной помощи. Ваш диагноз и тактика лечения. План обследования на госпитальном этапе, тактика лечения.

**ОТВЕТ:** Закрытая травма живота, подозрение на травму селезенки, внутреннее кровотечение. Показаны экстренная госпитализация, УЗИ внутренних органов, контроль гемодинамики, гемостатическая терапия. Диагностическая и лечебная лапароскопия.

## **Тема №5 «Повреждения ЦНС»**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1**

Нырлящик ударился головой о грунт на мелководье. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какое лечение следует назначить?

**ОТВЕТ:** Закрытый неосложненный перелом V и VI шейных позвонков. Необходимо сделать рентгенографию шейного отдела позвоночника в стандартных проекциях. Затем для уточнения диагноза целесообразно сделать КТ поврежденного отдела. После обезболивания уложить пациента на кровать со щитом по наклонной плоскости с вытяжением за петлю Глиссона. По снятию боли назначить ЛФК, а возможно и оперативное лечение.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Молодой человек резко наклонился вправо при попытке поднять большой груз и в момент сильного мышечного напряжения почувствовал хруст в пояснице и сильную боль. Обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре туловище наклонено вправо. Движения в поясничном отделе ограничены. При попытке выпрямить или согнуться влево появляются резкие боли в месте травмы. Поясничная область справа припухла и болезненна при пальпации. Лежа на спине, из-за сильной боли пациент не может поднять выпрямленную правую ногу. Он лишь сгибает ее в коленном суставе, стопа при этом скользит по кушетке и не отрывается (симптом «прилипшей пятки»).

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какое следует назначить лечение?

**ОТВЕТ:** Закрытый отрывной перелом поперечных отростков поясничного отдела справа. Необходимо произвести рентгенографию поясничного отдела в прямой проекции. После установления диагноза произвести паравертебральную блокаду и уложить пострадавшего на кровать со щитом с согнутыми коленями на 3 недели. С обязательным назначением ЛФК.

## **Тема №6 «Повреждения верхней конечности»**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1**

Девушка обратилась в травматологический пункт с просьбой снять кольцо с пальца, которое доставляет большие неудобства. Беспокоят чувство сдавления и боль в IV пальце левой кисти. Объективно: на основной фаланге IV пальца левой кисти плотно надето металлическое кольцо. Ниже кольца палец отечный, несколько синюшный. Из-за отека движения ограничены. Чувствительность сохранена в полном объеме.

Каков диагноз? Как снять кольцо?

**ОТВЕТ:** IV палец левой кисти в инородном теле (кольце). Необходимо снять кольцо толстой шелковой нитью.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Мужчина забивал гвоздь в стену и ударил молотком по ногтевой фаланге II пальца левой кисти. Обратился в травматологический пункт с жалобами на боли в месте травмы. Объективно: ногтевая фаланга II пальца отечная, болезненна при ощупывании. В центре ногтевой пластинки имеется подногтевая гематома багрово-синюшного цвета овальной формы размером около 1 см. Ноготь не отслаивается.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить. Какова тактика лечения?

ОТВЕТ: Ушиб ногтевой фаланги II пальца левой кисти, подногтевая гематома. Необходимо произвести рентгенографию ногтевой фаланги для исключения ее перелома. Следует сделать фенестрацию ногтевой пластинки для удаления гематомы и наложить повязку с антисептиком.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3.**

Молодому человеку в драке нанесли ножевое ранение. Повреждена тыльная поверхность левой кисти. Через 1 час после травмы пострадавший обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре на тыльной поверхности кисти в области II пястной кости имеется резаная рана длиной 1,5 см. В глубине раны виден периферический конец пересеченного сухожилия. Рана умеренно кровоточит. II палец полусогнут, разогнуть его самостоятельно пациент не может.

Ваш диагноз? Какова тактика лечения?

ОТВЕТ: Резаная рана тыла левой кисти с повреждением сухожилия разгибателя II пальца левой кисти. Необходимо сделать ПХО раны со швом сухожилия разгибателя и наложением гипсовой повязки в положении полного разгибания II пальца на 3 недели. Ввести ПСС и столбнячный анатоксин.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4.**

Молодой человек, защищаясь от удара по голове, подставил согнутую в локтевом суставе левую руку. Удар пришелся по средней трети предплечья. Пострадавший обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре левого предплечья в средней трети имеется подкожная гематома, определяется небольшая деформация. Пальпация места травмы болезненна. При нагрузке по оси предплечья появляется боль в средней трети. Движения в предплечье ограничены из-за боли.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить. Какова тактика?

ОТВЕТ: Закрытый перелом локтевой кости левого предплечья, возможно с вывихом головки лучевой кости (перелом Монтеджа). Для уточнения диагноза необходима рентгенография левого предплечья с захватом локтевого сустава в двух проекциях. После местного обезболивания 1% раствором новокаина провести одномоментную ручную репозицию с наложением гипсовой циркулярной повязки от основания пальцев до средней трети плеча. При неуспешной двукратной репозиции показано оперативное лечение.

## **Тема №7 «Повреждения нижней конечности»**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

Рабочему 28 лет на правую голень упала металлическая балка. В течение 1 часа с момента травмы доставлен в травматологическое отделение больницы в состоянии средней тяжести. На передне-внутренней поверхности верхней трети правой голени имеется рана размером 10x3 см. Отмечаются выраженная деформация и укорочение голени. При попытке переложить поврежденную ногу, голень сгибается в месте травмы (патологическая подвижность).

Ваш диагноз? Какова тактика?

ОТВЕТ: Открытый перелом костей правой голени. Необходимо произвести рентгенографию костей правой голени в двух проекциях, после чего взять пациента в операционную и произвести ПХО с последующим наложением на правую голень аппарата Илизарова с целью репозиции фиксации костных отломков.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2.**

Пожилая женщина при падении получила травму правого коленного сустава. В травматологический пункт обратилась через 2 дня после травмы. Беспокоят боли в коленном суставе. Объективно: правый коленный сустав увеличен в объеме, контуры его сглажены. При пальпации в суставе определяется жидкость. Надколенник баллотирует при надавливании. Движения правого коленного сустава несколько ограничены и болезненны. Нога находится в полусогнутом положении.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

ОТВЕТ: Ушиб правого коленного сустава. Гемартроз. Необходимо произвести рентгенографию правого коленного сустава в двух проекциях. Сделать пункцию верхнего заворота с удалением гемартроза и промыванием полости сустава раствором новокаина. После пункции наложить задний полутутор с «бубликом».

## **Тема №8 «Повреждения грудной клетки»**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

Полная женщина 67 лет мылась в ванне. Ударилась правым боком о кромку ванны. Появились сильные боли в месте ушиба. Пациентка обратилась в травматологический пункт. Беспокоят сильные боли в грудной клетке справа, которые усиливаются при глубоком дыхании, кашле, чихании, перемене положения. Пострадавшая старается сидеть неподвижно, наклонившись вперед и придерживая рукой место повреждения, дышит поверхностно, часто. В области VI ребра по средней подмышечной линии имеется подкожная гематома, ощупывание этого места болезненно, здесь же определяется крепитация.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

**ОТВЕТ:** Закрытый перелом VI ребра по средней подмышечной линии правой половины грудной клетки. Необходимо произвести рентгенографию правой половины грудной клетки. После уточнения диагноза сделать межреберную новокаиновую блокаду 1% раствором новокаина. Рекомендовать возвышенное положение на кровати под 45 градусов, прием обезболивающих, ЛФК, препараты Са.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Женщина 40 лет получила сильный удар левой половины грудной клетки. Доставлена в больницу в тяжелом состоянии. При осмотре кожные покровы бледные, тахипное до 30 в минуту, левая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. При пальпации определяются множественные переломы ребер слева. При перкуссии значительное притупление перкуторного звука над левой половиной грудной клетки, дыхание резко ослаблено, граница сердечной тупости смещена вправо. Сделана рентгенограмма грудной клетки.

1. Опишите рентгенограмму, сформулируйте диагноз.

2. Наметьте лечебную тактику.

**ОТВЕТ:**

1. Гомогенное затемнение левой плевральной полости, смещение средостения вправо.

Ушиб грудной клетки, перелом ребер слева, левосторонний гемоторакс.

2. Плевральная пункция.

### **Тема №9 «Повреждения позвоночника и таза»**

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1**

Мужчине 20 лет в уличной драке нанесли ножевой удар в спину. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре в области IV грудного позвонка колото-резаная рана, из которой вместе с кровью вытекает и спинномозговая жидкость. Отмечается спастический паралич правой нижней конечности с утратой глубокой и отчасти тактильной чувствительности. На левой стороне развилась выраженная болевая и температурная анестезия ниже уровня ранения.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Ваша лечебная тактика?

**ОТВЕТ:** Ножевое слепое проникающее ранение позвоночника с половинным повреждением спинного мозга, ликворея. Необходимо сделать рентгенографию грудного отдела позвоночника для исключения инородного тела в грудном отделе позвоночника (ножа). Затем сделать ПХО ножевого ранения с ревизией спинного мозга и ушивание раны в твердой мозговой оболочке с прекращением ликвореи.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Девушка ударилась ягодицами, сев мимо стула. Обратилась в травматологический пункт с жалобами на боли в области копчика, усиливающиеся, когда больная садится или поднимается со стула. Чтобы уменьшить боль, она садится и встает со стула, опираясь на руки. При внешнем осмотре в области копчика имеется небольшая гематома, пальпация этой области болезненна. Других видимых изменений не обнаружено.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какое следует назначить лечение?

**ОТВЕТ:** Закрытый перелом копчика. Необходимо произвести пальцевое исследование прямой кишки для уточнения диагноза с последующей рентгенографией крестца в двух проекциях. Больную следует уложить на кровать со щитом с подкладыванием резинового круга, назначить обезболивающие и ЛФК.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3.**

Сцепщик был придавлен между железнодорожными вагонами. Доставлен в травматологическое отделение больницы. Пострадавший жалуется на боли в костях таза и промежности. При осмотре обнаружена припухлость и кровоподтек в паховой области справа. Движения ногами вызывает усиление болей. Ноги больного находятся в вынужденном положении «лягушки». Переднезаднее и боковое сдавление таза усиливает боль в области травмы. Боль усиливается и при попытке развести подвздошные кости в стороны. Больной не может поднять выпрямленную в коленном суставе правую ногу, с трудом сгибает ее, волоча пятку по постели (симптом «прилипшей пятки»).

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

**ОТВЕТ:** Закрытый перелом лонной и седалищной кости справа. Необходимо произвести обзорную рентгенографию таза. После уточнения диагноза произвести внутритазовую анестезию по Школьникову 0,25% раствором новокаина до 200-300 мл справа и уложить больного на щит в положении по Волковичу (положение лягушки).

## **Тема №10 «Множественные, сочетанные и комбинированные повреждения.»**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

Больной 37 лет получил обширное повреждение обоих бедер в нижней трети с размозжением мягких тканей и костей на грани травматического отрыва. Доставлен в травматологическое отделение больницы. Состояние пострадавшего при поступлении крайне тяжелое. Пульс на лучевой артерии не определяется. Артериальное давление 40/0 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Больной безучастен к окружающему. Обе голени представляют собой бесформенное месиво из костей и мышц.

Ваш диагноз? Какова тактика?

**ОТВЕТ:** Размозжение обеих нижних конечностей на грани травматического отрыва. Травматический шок III степени. Необходимо поместить больного в палату интенсивной терапии и проводить противошоковые мероприятия. После стабилизации общего состояния произвести ампутацию нижних конечностей на уровне средней трети бедер.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Вы участвуете в оказании медицинской помощи пострадавшему при обрушении дома. Происшествие произошло в дачном поселке около 8 часов назад. Мужчина, на вид около 60 лет лежит на спине. Нижние конечности, справа до уровня средней трети бедра, слева – до уровня коленного сустава придавлены бетонной плитой. Пострадавший в сознании, боли в придавленных конечностях умеренные, просит пить. Пульс 84 в мин, ЧДД 20 в мин, АД 130/65 мм рт.ст. Спасатели готовы поднять плиту и освободить пострадавшего. Ваши действия?

**ОТВЕТ:** У пострадавшего можно предполагать переломы костей нижних конечностей, а после освобождения из-под завала – развитие синдрома длительного раздавливания (СДР). Сразу после освобождения из-под завала необходимы мероприятия по борьбе с травматическим шоком – обезболивание, транспортная иммобилизация обеих нижних конечностей, инфузионная терапия кристаллоидными кровезаменителями. Нужно быть готовыми к внезапному ухудшению состояния пострадавшего после освобождения из-под завала, развитию сердечно-сосудистой и дыхательной (жировая эмболия, ТЭЛА) недостаточности. После этого пострадавший должен быть экстренно доставлен в лечебное учреждение, обладающее возможностями выполнения высокообъемного плазмофереза (плазмообмена) и заместительной почечной терапии, поскольку далее, при развитии СДР пострадавшему грозит развитие ОПН.

## **Тема №11 «Врожденные заболевания органов опоры и движения»**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

В родильном доме педиатром при осмотре новорожденного обнаружен симптом “щелчка” при отведении правого бедра, ограничение разведения бедер. К Вам на прием родители обратились, когда ребенку исполнилось три недели. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения ребенка.

**ОТВЕТ:** Подозрение на врожденный вывих головки бедренной кости справа. Показаны: УЗИ, рентгенография тазобедренных суставов. Консервативное лечение в отводящей шине–распорке.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Вы осматриваете новорожденного ребенка в возрасте 3-х недель, родившегося с симптомами перенесенной перинатальной гипоксии. Определяется выраженный гипертонус мышц конечностей. Отведение бедер ограничено.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения.

**ОТВЕТ:** Подозрение на дисплазию тазобедренных суставов. Показано УЗИ тазобедренных суставов. Необходима консультация и лечение невропатолога, массаж, широкое пеленание, наблюдение ортопеда. При подозрении на подвывих или вывих головки бедренной кости – рентгенография тазобедренных суставов.

## **Тема №12 «Приобретенные заболевания опорно–двигательного аппарата.»**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1**

Женщина 52 лет по профессии продавец, в течение последних 5 лет жалуется на боли в тазобедренных суставах, особенно усиливающиеся к концу рабочего дня. В последний год появилась хромота, стало затруднительно пользоваться общественным транспортом, трудно надеть чулки, обувь. Врач-ортопед обследовал больную, сделал рентгенограмму тазобедренных суставов.

1. Предположительный диагноз у больной.
2. Клинические симптомы при этом диагнозе.
3. Рентгенологические симптомы.
4. Лечение этого заболевания.

**ОТВЕТ:**

1. Деформирующий артроз тазобедренных суставов ( коксартроз).
- 2 Боль в тазобедренных суставах, сгибательно приводящие контрактуры суставов, укорочение ноги, хромота, гипартроз мышц бедра и голени.
3. Суставная щель сужена в 2-3 раза по сравнению с нормой, грубые костные разрастания по краям вертлужной впадины, головка бедра грибовидно деформирована, выражена зона субхондрального склероза, шейка бедра укорочена, выражена вальгусная или варусная деформация шейки в зависимости от формы коксартроза.
4. Высокая межвертельная остеотомия бедренной кости во второй стадии процесса и тотальное эндопротезирование тазобедренных суставов при третьей стадии процесса.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

У женщины 55 лет, парихмахера по профессии, диагностирован двухсторонний коксартроз 3-й стадии. Больной произведено оперативное лечение.

Опишите рентгенограмму, сделанную после операции.

**ОТВЕТ:**

Больной произведено тотальное эндопротезирование тазобедренных суставов. Гнездо эндопротеза фиксировано в вертлужной впадине, ножка эндопротеза находится в костно-мозговом канале бедренной кости, пятка эндопротеза достигает опиала бедренной кости, головка эндопротеза погружена в протез вертлужной впадины ( гнездо эндопротеза).

## **Тема №13 «Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в травматологии и ортопедии.»**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

Больной 8 лет поступил в отделение реанимации через 40 минут после автомобильной катастрофы. Состояние крайней тяжести, сознание отсутствует, кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Отмечается сглаженность правой носогубной складки, анизокория. Левое бедро на уровне  $\frac{1}{3}$  деформировано. Множественные ссадины. В теменной области слева определяется гематома. Из левой ушной раковины - ликворея. Мышечная гипотония. Дыхание частое поверхностное проводится с обеих сторон. Тоны сердца 140 уд. в 1 мин. приглушены. Пульс слабого наполнения. АД 60/30 мм рт.ст.

Ваш предварительный диагноз, тактика врача скорой помощи. Составить план обследования ребенка в стационаре, тактика лечения.

**ОТВЕТ:** Сочетанная автотравма, подозрение на перелом костей основания черепа, ушиб головного мозга, внутричерепную гематому, закрытый перелом левой бедренной кости. Необходимо начать противошоковые мероприятия, провести профилактику аспирации, наложить транспортную шину на поврежденную конечность. Экстренная госпитализация в ближайшее реанимационное отделение. Показаны рентгенография костей черепа и бедренной кости, компьютерная томография черепа, радиоизотопное исследование, по показаниям – ангиография. Лечение: дегидратация, антибактериальная, седативная терапия, местная гипотермия, наложение скелетного вытяже-

ния.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Кетамин является уникальным препаратом среди анестетиков: он один в обычных дозировках не только не оказывает угнетающего действия на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, но стимулирует их работу. Тем не менее, в последнее десятилетие этот препарат стал применяться достаточно редко. В чем причина? Каковы показания к его применению?

**ОТВЕТ:** Кетамин является сильным галлюциногеном, что обуславливает моторно-речевое возбуждение, мешающее выполнению операции. Использование нейролептиков и транквилизаторов в некоторой степени понижают галлюциногенную активность кетамина, однако пациенты, как правило, крайне негативно оценивают комфортность наркоза этим препаратом. В настоящее время основным (а по мнению многих анестезиологов, единственным) показанием к применению кетамина является выраженная гипотензия на фоне травматического шока и острой массивной кровопотери.

### **Тема №14 «Остеохондропатии.»**

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

Ребенок 5 лет последние 2 недели прихрамывает, жалуется на боли в правом коленном суставе. При осмотре патологии со стороны коленного сустава не выявлено. Сгибание и ротационные движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Температура и анализы крови в норме.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

**ОТВЕТ:** Подозрение на болезнь Легг-Кальве-Пертеса. Показана рентгенография тазобедренных суставов в двух проекциях (передне-задней и по Лауэнштейну). Необходимо полностью снять нагрузку с больной ноги, а также физиотерапевтические тепловые процедуры, электромагнитотерапия.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Мальчик 9 лет обратился в поликлинику с жалобами на опухолевидное образование в области левого коленного сустава. Располагается оно по внутренней поверхности большеберцовой кости в метафизарной зоне.

На рентгенограмме в метафизарной зоне – дефект надкостницы до 2 см и холмовидный нарост, с располагающимися по окружности отложениями извести.

Лабораторные исследования крови, мочи как клинические, так и биохимические, не дают отклонений от нормы. Данное образование не беспокоит, а лишь создаёт косметический дефект.

1. Какой диагноз поставите?
2. Какой дополнительный метод исследования необходимо провести?
3. Какое лечение показано по установлению правильного диагноза?
4. Возможные осложнения без оперативного лечения?
5. Профилактика заболевания?

**ОТВЕТ:** Остеохондропатия головки левой бедренной кости (болезнь Легга–Кальве–Пертеса), стадия импрессионного перелома. Рентгенологические изменения соответствуют стадии ложного склероза. Лечение. Общее: витаминотерапия, общеукрепляющее лечение, оксигенотерапия. Местное: разгрузка конечности с использованием вытяжения, ЛФК, физиотерапия, улучшающая питание тканей и нормализующая окислительно-восстановительные процессы (тепловые процедуры, массаж, электрофорез с Са, магнито- или лазеротерапия и пр.). Целесообразно лечение в детских санаториях костно-суставного профиля.

### **Тема №15 «Амбулаторно–поликлиническая помощь травматологическим больным.»**

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1**

Ученик 9-го класса средней школы катался на лыжах в морозную, ветреную погоду. Обратился за помощью спустя 12 часов. Беспокоят боль и чувство жжения в правой ушной раковине. При внешнем осмотре ушная раковина плотная, припухшая, красная. Верхняя часть раковины багрово-синюшная с небольшими пузырями, заполненными светлой жидкостью.

Ваш диагноз? Какова лечебная тактика?

**ОТВЕТ:** Отморожение правой ушной раковины II ст. Необходимо проколоть пузыри, выпустить содержимое и наложить повязку с антисептиками или синтомициновой мазью, в последующем назначить УВЧ.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2**

Ученики 6-го класса средней школы разожгли на пустыре костер. Один из подростков бросил через огонь бутылку с бензином. Бензин в бутылке загорелся и попал на одного из подростков. Пламя обожгло лицо. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение. Беспокоят жгучие боли в области ожога. Объективно: щеки, лоб, нос и подбородок гиперемированы, есть пузыри, заполненные тканевой жидкостью. Глаза и дыхательные пути не пострадали.

Ваш диагноз? Какова лечебная тактика?

ОТВЕТ: Ожог пламенем лица I-II степени. Необходимо проколоть пузыри, удалить содержимое, туалет поверхности с антисептиками, наложить повязки с синтомициновой мазью, назначить обезболивающие.

## **Тема №16 «Гнойная травматология»**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

Школьник 14 лет пытался погладить бродячую собаку. Она укусила его за руку и убежала. Доставлен родителями в травматологический пункт. При осмотре правого предплечья на тыльной поверхности в нижней трети несколько глубоких, неправильной формы ранок с отпечатками зубов. Ранки загрязнены слюной животного, умеренно кровоточат.

Ваш диагноз? Какова тактика?

ОТВЕТ: Укушенная рана тыльной поверхности правого предплечья. Необходимо сделать туалет раны и наложить повязку с 1% раствором марганца. Швы не накладываются. Найти укусившую собаку для обследования на предмет заболевания бешенством. Если собака не найдена, сделать прививку от бешенства.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.**

Студентке 2-го курса во время полевых работ внедрился клещ в правое предплечье. Она обратилась за помощью в медпункт. Объективно: на передней поверхности средней трети правого предплечья головка и грудь клеща плотно внедрились в кожу, а брюшко, наполненное кровью, выступает наружу. Вокруг клеща кожа имеет небольшую красноту, ранка слабо болезненна.

Как удалить клеща? Как защититься от клещей?

ОТВЕТ: Капнуть на клеща постного масла и через несколько минут пинцетом вытащить. Существуют прививки от клещевого энцефалита. При посещении леса необходимо одевать одежду с резинками, обувь - сапоги. После леса принять душ и осмотреть свое тело (особенно заушные области, области подмышек и паха).

### **3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя экзамен**

Вопросы к экзамену (ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10):

1. Организация травматологической и ортопедической помощи в Российской Федерации.
2. Структура, функциональные подразделения травматологического пункта, консультативно-диагностического центра.
3. Принцип организации амбулаторной помощи травматологическим и ортопедическим больным.
4. Критерии трудоспособности больных, порядок направления на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК), особенности врачебно-трудовой экспертизы при повреждениях и заболеваниях опорно-двигательной системы.
5. Принципы восстановительного и санаторно-курортного лечения у больных с заболеваниями и последствиями повреждений опорно-двигательной системы.
6. Травматическая болезнь. Общие изменения в организме при травме - патофизиология травматической болезни.
7. Особенности течения травмы и регенерации костной ткани в разных возрастных периодах.
8. Основные методы лечения и медицинской реабилитации пострадавших с повреждениями органов опоры и движения.
9. Теоретические и практические вопросы компрессионно-дистракционного остеосинтеза.
10. Первичные и вторичные ампутации в травматологии. Техника ампутаций.
11. Огнестрельная травма. Характеристика и структура современной боевой патологии. Основы раневой баллистики, морфология и особенности огнестрельной раны.
12. Повреждения кровеносных сосудов.
13. Кровотечения. Кровопотеря.
14. Оказание медицинской помощи и лечение на этапах медицинской эвакуации. Служба крови.
15. Периодизация, клиническая симптоматика и лечебная тактика синдрома длительного сдавления.

- ния.
16. Повреждения центральной нервной системы и периферических нервов.
  17. Черепно–мозговая травма: механизм повреждения, патогенез, ошибки в диагностике и лечении больных.
  18. Повреждения спинного мозга: механизм, патогенез, хирургическая тактика, ошибки в диагностике и лечении больных.
  19. Повреждения лопатки: классификация, диагностика, лечение.
  20. Переломы и вывихи ключицы. Диагностика, лечение. Виды лечебных иммобилизирующих повязок при повреждениях ключицы.
  21. Повреждения сухожилий двуглавой мышцы плеча: возможная локализация, диагностика, принципы лечения.
  22. Вывихи плеча. Классификация, диагностика, лечение (способы вправления, последующая фиксация).
  23. Переломы проксимального отдела плеча. Классификация, диагностика, лечение.
  24. Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости. Классификация, способы клинической диагностики, лечебная тактика.
  25. Переломы диафиза плечевой кости: диагностика, возможные осложнения, лечение.
  26. Переломы и переломовывихи предплечья. Классификация, диагностика, лечение.
  27. Переломы локтевого отростка. Классификация, диагностика, лечение. Показания к операции.
  28. Вывихи предплечья. Классификация, диагностика, вправление, сроки иммобилизации.
  29. Показания к операции и методы оперативного лечения повреждения верхней конечности. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении.
  30. Переломы проксимального отдела бедра: классификация, анатомические особенности, клиническая диагностика.
  31. Медиальные переломы проксимального отдела бедра. Классификация, диагностика, выбор и обоснование лечебной тактики, исходы.
  32. Латеральные переломы проксимального отдела бедра. Классификация, диагностика, выбор и обоснование лечебной тактики.
  33. Функциональное лечение переломов проксимального отдела бедра. Показания, лечебные мероприятия, исходы.
  34. Вывихи бедра. Классификация, диагностика, методы вправления, последующее лечение.
  35. Переломы диафиза бедра. Диагностика. Возможные осложнения. Консервативные и оперативные методы лечения и их оптимальные сроки.
  36. Перелом надколенника. Разрыв собственной связки надколенника. Диагностика, лечебная тактика. Показания к оперативному лечению.
  37. Внутрисуставные переломы мыщелков бедра и большеберцовой кости. Классификация, диагностика, лечение.
  38. Внесуставные переломы костей голени. Механизмы повреждения, классификация, диагностика, варианты консервативного и оперативного лечения – их достоинства и недостатки.
  39. Классификация переломов лодыжек. Механизм травмы. Варианты повреждений, при которых может произойти вывих или подвывих стопы.
  40. Диагностика и варианты лечения переломов лодыжек типа Десто.
  41. Переломы пяточной кости. Классификация, диагностика, лечение.
  42. Повреждения нижней конечности: показания к операции и методы оперативного лечения. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении.
  43. Повреждения груди. Открытая и закрытая травма грудной клетки: пневмоторакс, гемоторакс, эмфизема средостения, плевропульмональный шок.
  44. Современные принципы диагностики и лечения торакоабдоминальных ранений.
  45. Повреждения позвоночника, клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.
  46. Тактика лечения больных в зависимости от характера повреждения позвоночника, основные принципы консервативного и оперативного лечения переломов и вывихов позвоночника.
  47. Типичные осложнения в остром и позднем периоде после травмы позвоночника методы их профилактики и лечения.
  48. Повреждения таза. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь, основные методы лечения.
  49. Диагностика разрывов мочевого пузыря и уретры у пострадавших с повреждениями таза и дальнейшая лечебная тактика при различных видах оказания медицинской помощи.

50. Множественные, сочетанные и комбинированные повреждения.
51. Современные лечебно-диагностические технологии при комбинированной травме.
52. Торакоабдоминальные ранения.
53. Особенности оказания травматологической помощи больным с множественной, сочетанной и комбинированной травмой.
54. Врожденные заболевания опорно-двигательного аппарата.
55. Врожденные заболевания шеи и грудной клетки.
56. Врожденные заболевания и деформации позвоночника и таза.
57. Врожденные аномалии развития верхней конечности.
58. Врожденные аномалии развития нижней конечности.
59. Приобретенные заболевания опорно-двигательного аппарата.
60. Острые и хронические воспалительные заболевания костей и суставов (неспецифические).
61. Воспалительные специфические заболевания костей и суставов.
62. Воспалительные и дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника.
63. Остеохондропатии: классификация, этиология, патогенез, течение, современные методы лечения, исходы.
64. Местная и общая анестезия при травматологических и ортопедических операциях.
65. Реанимация при критических состояниях у травматологических и ортопедических больных.
66. Синдром эндогенной интоксикации.
67. Экстракорпоральные методы детоксикации в травматологии.
68. Травматический шок.
69. Тромбоз легочной артерии. Интенсивная терапия.
70. Профилактика тромботических осложнений.
71. Причины инфицирования и развития остеомиелита, клиническое течение, лечебные мероприятия общего и местного характера.
72. Сепсис. Токсический шок. Диагностические критерии и принципы лечения.
73. Анаэробная инфекция ран. Ранняя диагностика.
74. Клиника и лечение анаэробной инфекции на этапах медицинской эвакуации.
75. Принципы антибактериальной терапии в травматологии.

**4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

#### 4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пяти балльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	<b>Знать:</b> этиологию, патогенез, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Отсутствие знаний этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Общие, но не структурированные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний.
		<b>Уметь:</b> использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Отсутствие умений использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Частично освоенные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Сформированное умение использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов

					личных заболеваний на основе профессиональных стандартов	стандартов ь	
		<p><b>Владеть:</b>          Методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное приращение навыков анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематически проявляемое анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пяти балльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	<b>Знать:</b> Правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Отсутствие знаний правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Фрагментарные знания правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Сформированные систематические знания правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи
		<b>Уметь:</b> Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Отсутствие умений грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Частично освоенные умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Сформированное умение грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями

		<b>Владеть:</b> Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение использованием при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины
--	--	---	---	---	---	---	---

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пяти балльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и	<b>Знать:</b> Основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Отсутствие знаний основ патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международ-	Фрагментарные знания основ патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципы формули-	Общие, но не структурированные знания основ патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм.	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний,	Сформированные систематические знания основ патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм.

	проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра		ной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	ровки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.	Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра
	<b>Уметь:</b> применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Отсутствие умений применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Частично освоенные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	

		<b>Владеть:</b> навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины.	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины.	Успешное и систематически применяемые навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины.
--	--	---	--	---	--	--	---

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пяти балльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	<b>Знать:</b> Знать особенности течения и возможные осложнения при различной патологии	Отсутствие зна- зна- ний особенност и течения и возможные	Фрагмен- тарные зна- ния особен- ности тече- ния и воз-	Общие, но не структу- рированные знания осо- бенности	В целом сформиро- ванные, но содержащие отдельные	Сформи- рованные система- тические знания осо-

			осложнения при различной патологии	возможные осложнения при различной патологии	течения и возможные осложнения при различной патологии	пробелы знания особенности течения и возможные осложнения при различной патологии	бенности течения и возможные осложнения при различной патологии
		<b>Уметь:</b> Исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Отсутствие умений исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Частично освоенные умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Сформированное умение исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		<b>Владеть:</b> навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение составлением индивидуальной тактики ведения пациентов с различными формами	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Успешное и систематически применяемые навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках

				мой дисциплины	нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	мами в рамках изучаемой дисциплины	как изучаемой дисциплины
--	--	--	--	----------------	---	------------------------------------	--------------------------

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пяти балльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	<b>Знать:</b> Алгоритмы диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие знаний диагностик и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Фрагментарные знания диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Общие, но не структурированные знания диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Сформированные систематические знания диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний
		<b>Уметь:</b> Оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие умений оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Частично освоенные умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения оказывать медицинскую помощь при	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях	Сформированное умение оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний

					острых и обострениях хронических заболеваний.	хронических заболеваний	
		<p><b>Владеть:</b>  навыками оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематически проявляемое владение оказанием медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>

## 4.2. Шкала и процедура оценивания

### 4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости , Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, рефераты (по выбору преподавателя и/или обучающегося), ситуационные задачи, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни

### 4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного тестового контроля :

- ❖ Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для решения ситуационной задачи:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

#### Для защиты рефератов:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргу-

ментированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

#### **Для разбора тематического больного:**

❖ **Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

❖ **Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

❖ **Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

❖ **Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

#### **Для курации больного:**

❖ **Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

❖ **Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

❖ **Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

❖ **Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

#### **Для разбора истории болезни:**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

### **4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации**

**Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1):**

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.