

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
Валиев И. А. 



2023 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

«Травматология, ортопедия»
(наименование дисциплины/практики)

Разработчик	кафедра Травматологии и ортопедии с курсом ИДПО	БГМУ
Направление подготовки	30.05.02 Медицинская биофизика	
Наименование ООП	30.05.02 Медицинская биофизика	
Квалификация	Врач-биофизик	
ФГОС ВО	Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от № 1002 от 13 августа 2020 г.	

Цель и задачи ФОМ (ФОС)

Цель ФОМ (ФОС) – формирование у обучающихся умение эффективно решать профессиональные задачи на основе данных клинических, лабораторных, инструментальных методов исследований и анализа данных о патологических процессах, состояниях, реакциях при травмах и заболеваниях опорно-двигательной системы с использованием знаний об общих закономерностях и механизмах их возникновения, развития и завершения, а также формулировать принципы (алгоритмы, стратегию) и методы их выявления, лечения и профилактики заболеваний ОДС.

Основной задачей ФОМ (ФОС) освоение обучающимися современными теоретическими и практическими разделами в травматологии и ортопедии формирование базовых медицинских знаний по дисциплине «Травматология, ортопедия». Определение у студентов клинического мышления, ориентации в основных патологических состояниях, инструментальных и лучевых способов исследований. Формирование у студентов принципов работы новейших технологий и методик в рамках дисциплины

Паспорт оценочных материалов по дисциплине/ «Травматология, ортопедия»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность/Направление подготовки	30.05.02 Медицинская биофизика
2.	Кафедра	Травматологии и ортопедии с курсом ИДПО БГМУ
3.	Автор-разработчик	Нигамедзянов И.Э., Гинойн А.О.
4.	Наименование дисциплины	Травматология, ортопедия
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	108 часа / 3,0 ЗЕ
6.	Наименование папки	Фонд оценочных средств по дисциплине «Травматология, ортопедия»
7.	Количество заданий всего по дисциплине	179
8.	Количество заданий	134
9.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
10.	Для оценки «отл» не менее	91%
11.	Для оценки «хор» не менее	81%
12.	Для оценки «удовл» не менее	71%

13.	Время (в минутах)	60 минут
14.	Вопросы к аттестации	25
15.	Задачи	20

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

(Для ФГОС 3++)

Номер/ индекс компетенции (или его части) и ее содержание	Номер индикатора компетенции (или его части) и его содержание
ПК-1 Способен проводить функциональную, ультразвуковую и лучевую диагностику органов и систем	ПК-1.5 Исследует и оценивает функциональное состояние опорно-двигательной системы организма человека с помощью лучевых методов.
ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме	ПК-3.1. Выявляет состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме
	ПК-3.2. Собирает анамнез заболевания и анамнез жизни пациента, анализирует полученную от пациентов (их законных представителей) информацию.
	ПК-3.3. Способен определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

Код контролируемой компетенции

ПК-1 Способен проводить функциональную, ультразвуковую и лучевую диагностику органов и систем организма человека

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
	Выберите один правильный ответ	

ПК-1 ПК-1.5	<p>1.НАЛИЧИЕ СЕКВЕСТРОПОДОБНОЙ КАРТИНЫ В ГОЛОВКЕ БЕДРА ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СТАДИИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРА:</p> <p>а) 1 стадии</p> <p>б) 2 стадии</p> <p>в) 3 стадии</p> <p>г)4 стадии</p>	в
ПК-1 ПК-1.5	<p>2.НАЛИЧИЕ КАРТИНЫ «ЯИЧНОЙ СКОРЛУПЫ» В ГОЛОВКЕ БЕДРА ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СТАДИИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРА:</p> <p>а) 1 стадии</p> <p>б) 2 стадии</p> <p>в) 3 стадии</p> <p>г)4 стадии</p>	а
ПК-1 ПК-1.5	<p>3.НАЛИЧИЕ КАРТИНЫ ИМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА В ГОЛОВКЕ БЕДРА ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СТАДИИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРА:</p> <p>а) 1 стадии</p> <p>б) 2 стадии</p> <p>в) 3 стадии</p> <p>г)4 стадии</p>	б
ПК-1 ПК-1.5	<p>4.ЛИНИЯ РОЗЕРА-НЕЛАТОНА, СОЕДИНЯЮЩАЯ ПЕРЕДНЕ-ВЕРХНЮЮ ОСТЬ И СЕДАЛИЩНЫЙ БУГОР В НОРМЕ ДОЛЖНА ПРОХОДИТЬ ЧЕРЕЗ ...</p> <p>а) седалищную ость</p> <p>б) головку бедра</p> <p>в) большой вертел</p> <p>г)малый вертел</p>	в
ПК-1	5.СКОЛЬКО ГРАДУСОВ СОСТАВЛЯЕТ УГОЛ	а

ПК-1.5	<p>РАЗГИБАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В НОРМЕ?</p> <p>а) 10°</p> <p>б) 30°</p> <p>в) 50°</p> <p>г) 70°</p>	
ПК-1 ПК-1.5	<p>6.СКОЛЬКО ГРАДУСОВ СОСТАВЛЯЕТ УГОЛ ОТВЕДЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В НОРМЕ?</p> <p>а) $10-30^{\circ}$</p> <p>б) $30-50^{\circ}$</p> <p>в) $50-70^{\circ}$</p> <p>г) $70-90^{\circ}$</p>	б
ПК-1 ПК-1.5	<p>7.НАЛИЧИЕ КАРТИНЫ ОБЛАКОВИДНЫХ ТЕНЕЙ В ГОЛОВКЕ БЕДРА ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СТАДИИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРА:</p> <p>а) 1 стадии</p> <p>б) 2 стадии</p> <p>в) 3 стадии</p> <p>г) 4 стадии</p>	г
ПК-1 ПК-1.5	<p>8.СКОЛЬКО ГРАДУСОВ СОСТАВЛЯЕТ ИЗГИБ ДИАФИЗА КПЕРЕДИ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ В НОРМЕ?</p> <p>а) 0°</p> <p>б) $3-5^{\circ}$</p> <p>в) $10-14^{\circ}$</p> <p>г) $20-25^{\circ}$</p>	в
ПК-1 ПК-1.5	<p>9.СКОЛЬКО ГРАДУСОВ СОСТАВЛЯЕТ ШЕЕЧНО-ДИАФИЗАРНЫЙ УГОЛ В НОРМЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?</p> <p>а) $110-112^{\circ}$</p> <p>б) $118-120^{\circ}$</p>	г

	<p>в) 125-130⁰</p> <p>г) 135-140⁰</p>	
<p>ПК-1</p> <p>ПК-1.5</p>	<p>10.ОБЗОРНЫЙ ПЕРЕДНЕЗАДНИЙ СНИМОК ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ...</p> <p>а) с внутренней ротацией нижней конечности на 15⁰</p> <p>б) с внутренней ротацией нижней конечности на 30⁰</p> <p>в) в нулевом положении, без ротации</p> <p>г) с наружной ротацией нижней конечности на 30⁰</p>	а
<p>ПК-1</p> <p>ПК-1.5</p>	<p>11.В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРА?</p> <p>а) моложе 25 лет</p> <p>б) 25-35 лет</p> <p>в) 35-45 лет</p> <p>г) 45-55 лет</p>	в
<p>ПК-1</p> <p>ПК-1.5</p>	<p>12.ДЕФОРМАЦИЯ ТРЕУГОЛЬНИКА ГЮНТЕРА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВЫВИХЕ В СУСТАВЕ:</p> <p>а) тазобедренном</p> <p>б) коленном</p> <p>в) голеностопном</p> <p>г) локтевом</p>	г
<p>ПК-1</p> <p>ПК-1.5</p>	<p>13.ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ИМЕЕТ МЕСТО:</p> <p>а) относительное укорочение конечности</p> <p>б) абсолютное укорочение конечности</p> <p>в) сохранение длины конечности</p> <p>г) увеличение длины конечности</p>	а
<p>ПК-1</p> <p>ПК-1.5</p>	<p>14.НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ГЕМАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА:</p> <p>а) увеличение объема сустава</p>	в

	б) ограничение движений в суставе в) баллотирование надколенника г) симптом «выдвижного ящика»	
ПК-1 ПК-1.5	15. ЧЕМ ОПАСЕН МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ: а) высокой степенью травматичности при наложении б) гиподинамическими осложнениями в) недоказанной эффективностью г) отсутствием внешнего шинирования	б
	Выберите несколько правильных ответов	
ПК-1 ПК-1.5	16. КРОВОСНАБЖЕНИЕ ГОЛОВКИ БЕДРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ: а) передних артерий шейки бедра. б) верхних артерий шейки и головки бедра в) нижних артерий шейки и головки бедра г) артерии связки головки бедра	б, в, г
ПК-1 ПК-1.5	17. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ПЕРЕЛОМОВЫВИХУ ГАЛЕАЦЦИ? а) перелом диафиза лучевой кости в сочетании с вывихом головки локтевой кости б) перелом локтевого отростка с вывихом головки луча в) апофизеолиз внутреннего надмыщелка с вывихом предплечья г) перелом нижней трети лучевой кости в сочетании с вывихом головки локтевой кости	а, г
ПК-1 ПК-1.5	18. К ВОЗМОЖНЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ а) прием стероидов б) длительное проживание в условиях крайних широт в) длительное проживание в условиях центральных широт	в, г

	г) прием ингибиторов протонной помпы	
ПК-1 ПК-1.5	19.ИЗМЕНЕНИЕ СИСТЕМНОГО И ОРГАННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСТУПАЮТ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ: а) 1 степени б) 2 степени в) 3 степени г) 4 степени	в, г
ПК-1 ПК-1.5	20.ПРИЗНАКАМИ ТОРСИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА ЯВЛЯЮТСЯ: а) смещение тени остистых отростков б) асимметричное расположение тени корней дуг в) склероз замыкательных пластинок г) вогнутость краев тел позвонков	а, б
ПК-1 ПК-1.5	21.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ: а) снижение высоты суставной щели б) субхондральный склероз в) периостит г) кортикальная деструкция	а, б
	Установите правильную последовательность в предложенных вариантах ответов	
ПК-1 ПК-1.5	22.РАНЖИРУЙТЕ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЭТАПЫ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА ПЛЕЧА МЕТОДОМ ДЖАНЕЛИДЗЕ: а) тракция по оси б) сгибание предплечья под прямым углом в локтевом суставе в) свешивание поврежденной верхней конечности г) внутренняя и наружная ротация плеча	в,б,а,г
	23.РАНЖИРУЙТЕ В ПРАВИЛЬНОЙ	б,г,д,а,в,е

ПК-1 ПК-1.5	ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЭТАПЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРВИЧНО ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ: а) удаление инородных тел б) обработка операционного поля в) иссечение нежизнеспособных тканей г) местная анестезия д) ревизия раны е) ушивание раны													
	Установите соответствия между двумя множествами вариантов ответов													
ПК-1 ПК-1.5	24. ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ ХАРАКТЕРЕН ПРИ: <table border="1" data-bbox="411 862 1268 2020"> <tr> <td data-bbox="411 862 858 1122"> 1) Уменьшение гематокрита на каждые 4-5% и гемоглобина на 12-15 г/л свидетельствует о потере крови: </td> <td data-bbox="865 862 1268 1122"> а). 500 мл </td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1131 858 1279"> 2) При травматическом шоке первой степени кровопотеря примерно равна: </td> <td data-bbox="865 1131 1268 1279"> б). 600 мл </td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1288 858 1458"> 3) При травматическом шоке второй степени кровопотеря примерно равна: </td> <td data-bbox="865 1288 1268 1458"> в) 1000 мл </td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1467 858 1682"> 4) При травматическом шоке третьей степени кровопотеря примерно равна: </td> <td data-bbox="865 1467 1268 1682"> г) 1800 мл </td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1691 858 1839"> 5). Ориентировочно при тяжелых травмах груди кровопотеря составляет: </td> <td data-bbox="865 1691 1268 1839"> д) 2000 мл </td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1848 858 2020"> 6). Ориентировочно при закрытых переломах костей черепа кровопотеря составляет: </td> <td data-bbox="865 1848 1268 2020"></td> </tr> </table>	1) Уменьшение гематокрита на каждые 4-5% и гемоглобина на 12-15 г/л свидетельствует о потере крови:	а). 500 мл	2) При травматическом шоке первой степени кровопотеря примерно равна:	б). 600 мл	3) При травматическом шоке второй степени кровопотеря примерно равна:	в) 1000 мл	4) При травматическом шоке третьей степени кровопотеря примерно равна:	г) 1800 мл	5). Ориентировочно при тяжелых травмах груди кровопотеря составляет:	д) 2000 мл	6). Ориентировочно при закрытых переломах костей черепа кровопотеря составляет:		1-б, 2-а, 3-в, 4-д, 5-г, 6-а
1) Уменьшение гематокрита на каждые 4-5% и гемоглобина на 12-15 г/л свидетельствует о потере крови:	а). 500 мл													
2) При травматическом шоке первой степени кровопотеря примерно равна:	б). 600 мл													
3) При травматическом шоке второй степени кровопотеря примерно равна:	в) 1000 мл													
4) При травматическом шоке третьей степени кровопотеря примерно равна:	г) 1800 мл													
5). Ориентировочно при тяжелых травмах груди кровопотеря составляет:	д) 2000 мл													
6). Ориентировочно при закрытых переломах костей черепа кровопотеря составляет:														

ПК-1 ПК-1.5	25. ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ ОСНОВЫВАЯСЬ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ:		1 - б:
	1) Переломом Джонса называют	1) первого плюсне-клиновидного сустава	2 - а:
	2) Операция Альбрехта при плоскостопии заключается в артродезе	2) перелом проксимальной части тела V плюсневой кости	3 - г:
	3) Болезнь Синдига-Ларсена-это	3) Асептический некроз ладьевидной кости	4 - д:
	4) Genu varum - это	4) Деформация с отклонением голени кнутри	5 - в
	5) Болезнь Прайзера - это	5) Остеохондропатия вертушки надколенника	
ПК-1 ПК-1.5	26. ОПРЕДЕЛИТЕ ДЛИНЫ КОНЕЧНОСТЕЙ:		
			1-б
	1) анатомическая длина плеча	1) от акромиального отростка лопатки до наружного надмыщелка плеча	2-в
	2) анатомическая длина бедра	2) от центра головки плеча до вертушки локтевого отростка	3-а
	3) относительная длина плеча	3) от вертушки большого вертела до наружной суставной щели коленного сустава	4-г
	4) относительная длина бедра	4) от передней верхней ости таза до наружного	

		надмышцелка бедра	

Код контролируемой компетенции

ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Выберите один правильный ответ</i>		
ПК-3 ПК-3.1	27. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТА ПЕРВОГО ПАЛЬЦА НА УРОВНЕ ПЯСТНО-ФАЛАНГОВОГО СУСТАВА БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН? а) Пластика местными тканями б) Аутотрансплантация второго пальца стопы в) Пластика васкуляризованным лоскутом тыла стопы г) Пластика реверсивным лучевым лоскутом	б
ПК-3 ПК-3.1	28. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ОСТАНОВКИ СЕРДЦА: а) отсутствие сознания б) бледность кожных покровов в) отсутствие пульса на сонной артерии г) диспноэ	в
ПК-3 ПК-3.1	29. ОБНАРУЖЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ПОДКОЖНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПОСТРАДАВШЕГО МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О: а) разможжении мягких тканей б) повреждении легкого в) переломе грудины г) инфекционном осложнении	б

ПК-3 ПК-3.1	30.СМЕЩАЕМОСТЬ ГРУДИНЫ К ПОЗВОНОЧНИКУ ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА: а) 1,5-2 см б) 2-4 см в) 5 см г) 8 см	в
ПК-3 ПК-3.1	31.ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ: а) одеть кислородную маску б) выполнить рентгенографию органов грудной клетки в) провести пункцию грудной клетки во 2-ом межреберье по среднеключичной линии г)установить дренаж в 7-8 межреберье	в
выберите несколько правильных ответов		
ПК-3 ПК-3.1	32.ВЫБЕРИТЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАННЫМ а) перелом бедер и переднего полукольца таза б) двойной перелом бедра в) перелом ребер, разрыв селезенки г) ушиб головного мозга и перелом бедра	в, д
ПК-3 ПК-3.1	33. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КОМПОНЕНТОВ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ НЕОБХОДИМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ИЗОЛИРОВАННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ а) обезболивание б) охлаждение конечности в) введение антибиотика, противостолбнячной сыворотки г) транспортная иммобилизация	а,г
ПК-3	34. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ	б, г

ПК-3.1	<p>а) При трансцервикальных переломах кровоснабжение головки бедра лучше, чем при чрезвертельных</p> <p>б) При чрезвертельных переломах кровоснабжение головки бедра лучше, чем при трансцервикальных</p> <p>в) Кровоснабжение головки бедра значительно уменьшается в обоих случаях</p> <p>г) Чем медиальнее линия перелома, тем хуже кровоснабжение головки бедра</p>	
ПК-3 ПК-3.1	<p>35. СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:</p> <p>а) термическая коагуляция</p> <p>б) наложение сосудистого шва</p> <p>в) наложение кровоостанавливающего жгута</p> <p>г) тампонада раны</p>	в, г
ПК-3 ПК-3.1	<p>36. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ:</p> <p>а) почасовой диурез</p> <p>б) центральное венозное давление</p> <p>в) ректально-кожный градиент температуры</p> <p>г) индекс Альговера</p>	а, б, в, г
ПК-3 ПК-3.1	<p>37. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ:</p> <p>а) согреть пострадавшего</p> <p>б) наложить мазевую теплоизолирующую повязку</p> <p>в) введение теплых растворов внутривенно или внутриартериально</p> <p>г) дать горячий чай и алкоголь в умеренных дозах</p>	б, в
Установите правильную последовательность в предложенных вариантах ответов		
ПК-3 ПК-3.1	<p>38. РАНЖИРУЙТЕ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЭТАПЫ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА БЕДРА МЕТОДОМ ДЖАНЕЛИДЗЕ:</p> <p>а) тракция по оси</p>	г, б, а, в

	б) сгибание бедра под прямым углом в коленном и тазобедренном суставе в) внутренняя и наружная ротация бедра г) свешивание поврежденной нижней конечности									
ПК-3 ПК-3.1	39. В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ: а) аутоиммобилизация б) лестничные шины в) гипсовые повязки г) вакуумный матрас	а, б, г								
ПК-3 ПК-3.1	40. ПРИ ПОЛИТРАВМЕ ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ: 1) общее состояние 2) оцените функцию дыхания 3) проходимость дыхательных путей 4) сердечный ритм и пульс 5) неврологический статус	в, б, г, д, а								
Установите соответствия между двумя множествами вариантов ответов										
ПК-3 ПК-3.1	41. ОПРЕДЕЛИТЕ ОПТИМАЛЬНУЮ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВЫВАЯСЬ НА ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ РЕНГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	1 - в: 2 - г: 3 - а: 4 – б								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Оптимальная методика лечения при переломах</th> <th>Клиническая картина</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) Накостный остеосинтез</td> <td>а) Открытый перелом 3А тип по классификации Гастилло-Андерсона</td> </tr> <tr> <td>2) Интрамедуллярный остеосинтез</td> <td>б) Отрывной перелом большого бугорка головки плеча</td> </tr> <tr> <td>3) Компрессионно-дистракционный остеосинтез</td> <td>в) Закрытый внутрисуставной перелом латерального мыщелка большеберцовой</td> </tr> </tbody> </table>	Оптимальная методика лечения при переломах	Клиническая картина	1) Накостный остеосинтез	а) Открытый перелом 3А тип по классификации Гастилло-Андерсона	2) Интрамедуллярный остеосинтез	б) Отрывной перелом большого бугорка головки плеча	3) Компрессионно-дистракционный остеосинтез	в) Закрытый внутрисуставной перелом латерального мыщелка большеберцовой	
Оптимальная методика лечения при переломах	Клиническая картина									
1) Накостный остеосинтез	а) Открытый перелом 3А тип по классификации Гастилло-Андерсона									
2) Интрамедуллярный остеосинтез	б) Отрывной перелом большого бугорка головки плеча									
3) Компрессионно-дистракционный остеосинтез	в) Закрытый внутрисуставной перелом латерального мыщелка большеберцовой									

		кости	
	4) Кортикальный остеосинтез	г) Закрытый диафизарный перелом бедра	
ПК-3	42. ОПРЕДЕЛИТЕ ТАКТИКУ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРИЕМЕ ПОСТРАДАВШЕГО С ОЖОГАМИ:		1-г
ПК-3.1			2-б
	1) пузыри с геморрагическим отделяемым, местами крышки пузырей сдернуты, красная раневая поверхность со следами промбированных сосудов, вокруг воспалительный валик	а) Рассечь участок плотных тканей –струп, наложить влажную повязку, следить за кровообращением конечности	3-в
	2) пузыри с геморрагическим отделяемым, местами крышки пузырей сдернуты, видна красная отечная поверхность	б) Рану обработать вокруг антисептиком, наложить мазевую повязку	4-а
	3) пузыри, наполненные серозным отделяемым, раневая поверхность отечна, резко болезненная	в) Пузыри сохранить, наложить мазевую повязку	
	4) плотная белесая поверхность несколько западает по сравнению с окружающими тканями, вокруг пузыри с геморрагическим отделяемым	г) Наложить влажную повязку	

Код контролируемой компетенции

ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные
---	---------	------------

		ОТВЕТЫ
Выберите один правильный ответ		
ПК-3 ПК-3.2	<p>43. СКОЛЬКО ГРАДУСОВ СОСТАВЛЯЕТ ШЕЕЧНО-ДИАФИЗАРНЫЙ УГОЛ В НОРМЕ У ВЗРОСЛЫХ?</p> <p>а) 110-112⁰</p> <p>б) 118-120⁰</p> <p>в) 125-130⁰</p> <p>г) 135-140⁰</p>	в
ПК-3 ПК-3.2	<p>44. ГДЕ ДОЛЖНА ПРОЕЦИРОВАТЬСЯ ФИГУРА «ПОЛУМЕСЯЦА» НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ?</p> <p>а) в верхне-наружном квадранте головки бедра</p> <p>б) в нижне-наружном квадранте головки бедра</p> <p>в) в верхне-внутреннем квадранте головки бедра</p> <p>г) в нижне-внутреннем квадранте головки бедра</p>	г
ПК-3 ПК-3.2	<p>45. ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ КОСТЕЙ ПРИ РАХИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) размягчение костной ткани, изменение соотношения неорганических и органических веществ в кости</p> <p>б) гипертонус мышц</p> <p>в) сосудистая патология</p> <p>г) неврологические расстройства</p>	а
ПК-3 ПК-3.2	<p>46. ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ:</p> <p>а) курсами, по мере обострения</p> <p>б) после получения перелома, для ускорения заживления</p> <p>в) сразу после диагностирования до конца жизни</p>	в

	г) болезнь лечению не поддается	
ПК-3 ПК-3.2	47. ДЛЯ МРАМОРНОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫ: а) остеопороз длинных трубчатых костей б) генерализованный склероз кости, хроническая гипохромная анемия, патологические переломы костей в) пигментация кожи над поражёнными участками костей г) врождённое недоразвитие головки бедренной кости	б
ПК-3 ПК-3.2	48. СУТОЧНАЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА КАЛЬЦИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ: а) 10 мг б) 100 мг в) 500 мг г) 1200 мг	г
<i>Выберите несколько правильных ответов</i>		
ПК-3 ПК-3.2	49. ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ ПРЕДУПРЕЖДАЮТ: а) развитие мышечной атрофии и тугоподвижности суставов б) тромбоэмболические осложнения в) старение организма г) значительное снижение физической работоспособности	а, г
ПК-3 ПК-3.2	50.ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЫПОЛНЯЮТ : а) электрофорез с новокаином в первые дни б) дыхательную гимнастику со второго дня в) полусидячее положение	б, г

	г) проподнятый ножной конец кровати									
Установите правильную последовательность в предложенных вариантах ответов										
ПК-3 ПК-3.2	51. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СДАВЛЕНИИ СЕГМЕНТА КОНЕЧНОСТИ НЕОБХОДИМО: а) извлечь человека из-под завала б) согреть, напоить горячим чаем в) начать внутривенную терапию г) наложить жгут	а, г, в, б								
Установите соответствия между двумя множествами вариантов ответов										
ПК-3 ПК-3.2	52. ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ПАСПОРТА ЗДОРОВЬЯ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОНЯТИЯ:									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1) СЦИНТИГРАФИЯ</td> <td style="width: 50%;">а) Недостаточная мышечная масса</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2) СТАБИЛОМЕТРИЯ</td> <td>б) введение радиоактивного фармпрепарата для отслеживания очагов патологического накопления</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3) САРКОПЕНИЯ</td> <td>в) способ количественного исследования характеристик управления позой у человека, на основе измерения координат центра давления в плоскости опоры, осуществляемый с помощью платформы.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4) ПЛАНТОГРАФИЯ</td> <td>г) метод определения плоскостопия</td> </tr> </table>	1) СЦИНТИГРАФИЯ	а) Недостаточная мышечная масса	2) СТАБИЛОМЕТРИЯ	б) введение радиоактивного фармпрепарата для отслеживания очагов патологического накопления	3) САРКОПЕНИЯ	в) способ количественного исследования характеристик управления позой у человека, на основе измерения координат центра давления в плоскости опоры, осуществляемый с помощью платформы.	4) ПЛАНТОГРАФИЯ	г) метод определения плоскостопия	1-б 2-в 3-а 4-г
1) СЦИНТИГРАФИЯ	а) Недостаточная мышечная масса									
2) СТАБИЛОМЕТРИЯ	б) введение радиоактивного фармпрепарата для отслеживания очагов патологического накопления									
3) САРКОПЕНИЯ	в) способ количественного исследования характеристик управления позой у человека, на основе измерения координат центра давления в плоскости опоры, осуществляемый с помощью платформы.									
4) ПЛАНТОГРАФИЯ	г) метод определения плоскостопия									
ПК-3	53. ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-									

ПК-3.2	ПЕРТЕСА ХАРАКТЕРНЫ СТАДИИ:		
			1-в
	1) некроз костных балок	а) на рентгенограмме проявляются полоской уплотнения в субхондральной зоне	2-а
	2) стадия ложного склероза	б) структура кости обычная, имеется деформация формы головки	3-г
	3) стадия ложной фрагментац и	в) на рентгенограмме не видны изменения	4-б
	4) стадия исходов	г) измененный участок виден в виде отдельных фрагментов с участками восстановления структуры кости	

Код контролируемой компетенции

ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
ПК-3 ПК-3.3	54. СКОЛЬКО ГРАДУСОВ СОСТАВЛЯЕТ ШЕЕЧНО-ДИАФИЗАРНЫЙ УГОЛ В НОРМЕ У ПОЖИЛЫХ? а) 110-112 ⁰ б) 118-120 ⁰ в) 125-130 ⁰ г) 135-140 ⁰	б

ПК-3 ПК-3.3	<p>55. ГИПСОВУЮ ПОВЯЗКУ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВПРАВЛЕННЫХ ОТЛОМКОВ МЫШЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ СНИМАЮТ ОБЫЧНО:</p> <p>а) через 2-3 недели</p> <p>б) через 4 недели</p> <p>в) через 5-6 недель</p> <p>г) через 8 недель</p>	г
ПК-3 ПК-3.3	<p>56. РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКАХ, КРОМЕ:</p> <p>а) снижения высоты тела позвончика</p> <p>б) изменения оси позвончика, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)</p> <p>в) нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела</p> <p>г) наличия гематомы в мягких тканях и тела позвонка</p>	д
ПК-3 ПК-3.3	<p>57. ДОЗИРОВКА И ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ДЕНОСУМАБА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЮТ:</p> <p>а) 120 мг каждые 6 месяцев внутривенно</p> <p>б) 60 мг каждые 6 месяцев подкожно</p> <p>в) 120 мг ежемесячно подкожно</p> <p>г) 60 мг ежегодно подкожно</p>	б
ПК-3 ПК-3.3	<p>58. К АНАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а) деносумаб</p> <p>б) терипаратид</p> <p>в) ибандроновая кислота</p> <p>г) алендроновая кислота</p>	б
Выберите несколько правильных ответов		

ПК-3 ПК-3.3	59. ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПРОВОДИТЬ, ИСПОЛЬЗУЯ В КОМПЛЕКСЕ: а) трансфузию 0.25% раствора новокаина б) трансфузию кровезаменителей в) новокаиновые блокады мест переломов г) все правильно	б, в
ПК-3 ПК-3.3	60. ПЕРИОДЫ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ: а) скрытый б) острый в) развёрнутой клинической картины г) реабилитации	б, в, г
ПК-3 ПК-3.3	61. ПРОФИЛЬ МЕДИЦИНЫ, ГДЕ ЗАНИМАЮТСЯ ХИРУРГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА: а) ревматология б) комбустиология в) нейрохирургия г) ортопедия	в, г
ПК-3 ПК-3.3	62. ОСТЕОСИНТЕЗ НА ФОНЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ДОПУСТИМО ПРОВОДИТЬ: а) в фазе нестабильности жизненно важных функций б) в фазе относительной стабилизации острого периода в) в фазе устойчивой стабилизации острого периода г) в катаболической фазе периода развёрнутой клинической картины	в, г
ПК-3 ПК-3.3	63. ПРОФИЛЬ МЕДИЦИНЫ, ГДЕ ДОЛЖНЫ ЛЕЧИТЬСЯ БОЛЬНЫЕ С ОСТЕОПОРОЗОМ: а) терапия б) гинекология в) травматология	а, б, в, г

	г) эндокринология					
Установите правильную последовательность в предложенных вариантах ответов						
ПК-3 ПК-3.3	64. ПРИ СИНДРОМЕ ЗУДЕКА ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ: а) кожная термометрия б) электронейромиография в) определение амплитуды движения в суставах конечности г) рентгенография	в, г, а, б				
ПК-3 ПК-3.3	65. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ОПРЕДЕЛИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ: а) бинтование по Финку-Эттингену б) трехсуставной артрорез по Куслику в) лигаментокапсулотомия по Зацепину г) метод Понцетти	а, г, в, б				
Установите соответствия между двумя множествами вариантов ответов						
ПК-3 ПК-3.3	66. ОСОБЕННОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ:					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">1) Доброкачественная остеобластокластома</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">а) Растет медленно, раздвигая ткани, имеет склеротический ободок, определяется как плотное образование в области эпиметафиза</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">2) Энхондрома</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">б) Растет быстро, инфильтрируя окружающие ткани, прорастает кортикальную суставную пластинку,</td> </tr> </table>	1) Доброкачественная остеобластокластома	а) Растет медленно, раздвигая ткани, имеет склеротический ободок, определяется как плотное образование в области эпиметафиза	2) Энхондрома	б) Растет быстро, инфильтрируя окружающие ткани, прорастает кортикальную суставную пластинку,	<p>1-а</p> <p>2-в</p> <p>3-б</p> <p>4-г</p>
1) Доброкачественная остеобластокластома	а) Растет медленно, раздвигая ткани, имеет склеротический ободок, определяется как плотное образование в области эпиметафиза					
2) Энхондрома	б) Растет быстро, инфильтрируя окружающие ткани, прорастает кортикальную суставную пластинку,					

		дает ночные боли	
	3) Злокачественная остеобластокласт ома	в) Растет незаметно, бессимптомно, проявляется, если истончилась кортикальная пластинка, в виде патологического перелома	
	4) Хондросаркома	г) Растет быстро, давая быстро клинические проявления в виде увеличения конечности, ночные боли, нарушение функции	

Код контролируемой компетенции

ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Выберите один правильный ответ</i>		
ПК-3 ПК-3.3	67. СПЕЦИАЛЬНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ РЕБЕР (ФИКСАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНЫМИ И ОПЕРАТИВНЫМИ СПОСОБАМИ) ПОКАЗАНА: а) при изолированных переломах ребер, сопровождающихся закрытым пневмотораксом б) при окончатых (двоичных) множественных переломах ребер в) при нарастающей травматической подкожной эмфиземе г) при тотальном одностороннем гемотораксе	б
ПК-3 ПК-3.3	68. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОТМОРОЖДЕНИИ ИМЕЕТ ЗАДАЧИ: а) восстановления температуры тканей	г

	<p>б) восстановления кровообращения</p> <p>в) борьбы с шоком и интоксикацией</p> <p>г) все перечисленное</p>	
ПК-3 ПК-3.3	<p>69. ОПТИМАЛЬНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫСОКОМ СТОЯНИИ ЛОПАТКИ (БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ):</p> <p>а) массаж, лечебная физкультура в первые 2 года жизни</p> <p>б) корригирующие внешние повязки с первого месяца жизни</p> <p>в) оперативное лечение после достижения 10 лет</p> <p>г) оперативное лечение в возрасте 4-6 лет</p>	г
ПК-3 ПК-3.3	<p>70. ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:</p> <p>а) повышении физической нагрузки на сустав</p> <p>б) применении обезболивающих препаратов</p> <p>в) комплексном медикаментозном лечении, проведении ортопедического лечения, физиотерапии и лфк, хирургическом вмешательстве при необходимости</p> <p>г) подборе и применении антибиотиков</p>	в
ПК-3 ПК-3.3	<p>71. ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ ИМЕЕТ В СВОЕЙ ОСНОВЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ:</p> <p>а) постоянным электрическим током</p> <p>б) акустическими ударными волнами низкой частоты</p> <p>в) ультразвуковыми волнами</p> <p>г) магнитным полем</p>	б
ПК-3 ПК-3.3	<p>72. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА БЕДРА В НИЖНЕЙ ТРЕТИ СЛЕДУЕТ НАЛОЖИТЬ ИММОБИЛИЗАЦИЮ:</p> <p>а) в физиологическом положении</p> <p>б) в положении разгибания в коленном суставе и</p>	в

	<p>сгибания в голеностопном</p> <p>в) в положении сгибания в коленном суставе и разгибания в голеностопном</p> <p>г) прибинтовав к здоровой конечности</p>	
ПК-3 ПК-3.3	<p>73. БЛОК РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, К КОТОРОМУ ОТНОСИТСЯ ПРЕССОТЕРАПИЯ:</p> <p>а) физиотерапия</p> <p>б) мануальные воздействия</p> <p>в) терапия движением</p> <p>г) робот-ассистированные тренировки</p>	а
Выберите несколько правильных ответов		
ПК-3 ПК-3.3	<p>74. ДЛЯ СНЯТИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ БЛОКАДЫ:</p> <p>а) эпидуральную</p> <p>б) вагосимпатическую</p> <p>в) паравертебральную</p> <p>г) по Школьникову</p>	а, в
ПК-3 ПК-3.3	<p>75. АМПУТАЦИИ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ ВЫПОЛНЯЮТСЯ:</p> <p>а) до появления демаркационной линии</p> <p>б) при появлении демаркационной линии и мумификации</p> <p>в) в первую или вторую неделю</p> <p>г) при инфицированных отморожениях по линии демаркации в сроки 3-4 недели</p>	б, г
ПК-3 ПК-3.3	<p>76. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА:</p> <p>а) больным с поверхностными ожогами</p> <p>б) больным с ограниченными глубокими ожогами с профилактической целью</p>	в, г

	<p>в) обожженными при развитии осложнений (сепсиса, пневмонии)</p> <p>г) обожженными в периоде трансплантации кожи</p>		
ПК-3 ПК-3.3	<p>77. НЕОТЛОЖНЫЕ ДЕКОМПРЕССИВНЫЕ НЕКРОТОМИИ ПРОИЗВОДЯТСЯ:</p> <p>а) при ожогах лица</p> <p>б) при ожогах в области кисти</p> <p>в) при циркулярных ожогах туловища</p> <p>г) при циркулярных ожогах конечностей</p>	в, г	
Установите правильную последовательность в предложенных вариантах ответов			
ПК-3 ПК-3.3	<p>78. ЭТАПЫ ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПРИ РАЗГИБАТЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ:</p> <p>а) Выведение в средне-физиологическое положение</p> <p>б) Тракция дистального отдела конечности по оси</p> <p>в) Сгибание кисти</p> <p>г) Разгибание дистального отдела и кисти</p>	б, г, в, а	
ПК-3 ПК-3.3	<p>79. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА ПРОВОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:</p> <p>а) Закрытое вправление вывиха бедра и фиксация в повязке по Лоренцу</p> <p>б) Ежедневный массаж и ношение фины Кошля, перинки Фрейка, стремян Павлика</p> <p>в) Удлинение бедра и эндопротезирование</p> <p>г) Корректирующая остеотомия таза по Солтеру</p>	б, а, г, в	
Установите соответствия между двумя множествами вариантов ответов			
ПК-3 ПК-3.3	80. ПРИ ТРАВМЕ СУХОЖИЛИЙ КИСТИ ПРИМЕНЯЮТ:		
	1) Повреждение сухожилий	а) Желательно в экстренном порядке	1-а

	сгибателя пальца	2	провести отдельно шов глубокого и поверхностного сухожилий по Беннелю, Кракову, Кюнео	2-г 3-в 4-б
	2) Повреждение поверхностного сгибателя пальца	3	б)Сшивание не требуется	
	3) Повреждение разгибателя пальца	4	в)Шов Казакова, Розова	
	4) Травма ладонного апоневроза		г)Шов Беннеля, Кюнео	
ПК-3 ПК-3.3	81 .НАЗНАЧАЕТЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОМУ С АРТРОЗОМ. КАКИЕ МОГУТ БЫТЬ ОГРАНИЧЕНИЯ:			
	1) Электрофорез с новокаином		а)Поднимает артериальное давление	1-б 2-а 3-г 4-в
	2) ДДТ		б)При гнойничковом поражении кожи противопоказан	
	3) Магнитотерапия		в)Снижает количество тромбоцитов	
	4) УЗВ с гидрокортизоном		г)Не вызывает подъема АД	

Код контролируемой компетенции

ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
---	---------	----------------------

Выберите один правильный ответ

ПК-3 ПК-3.3	<p>82. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНЫ ТОЛЬКО ТОЛЬКО ДЛЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА?</p> <p>а) боли, патологическая подвижность в зоне повреждения</p> <p>б) кровоизлияние в ткани надплечья</p> <p>в) симптом пружинящей фиксации плеча</p> <p>г) западение дельтовидной области при осмотре</p>	в
ПК-3 ПК-3.3	<p>83. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ АБСОЛЮТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕЛОМА?</p> <p>а) локальная боль, кровоподтек</p> <p>б) деформация конечности и ее укорочение</p> <p>в) патологическая подвижность, костная крепитация</p> <p>г) припухлость</p>	в
ПК-3 ПК-3.3	<p>84. В ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ ПОЛУЧИЛИ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСКЛЮЧАЯ:</p> <p>а) рентгенографию</p> <p>б) контрастную рентгенографию</p> <p>в) рентгеноскопию</p> <p>г) магнитно-полусную контрастную рентгенографию</p>	г
ПК-3 ПК-3.3	<p>85. КОМПРЕССИЮ ТЕЛА ПОЗВОНКА ОЦЕНИВАЮТ:</p> <p>а) в сантиметрах</p> <p>б) в долях по отношению к среднему от высоты вышележащего и нижележащего позвонков</p> <p>в) в долях по отношению к неповреждённой части</p>	б

	<p>позвонка</p> <p>г) в дюймах</p>	
Выберите несколько правильных ответов		
<p>ПК-3</p> <p>ПК-3.3</p>	<p>86. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ МОЖЕТ МЕНЯТЬСЯ ПРИ:</p> <p>а) асфиксии</p> <p>б) черепно-мозговой травме</p> <p>в) острой кровопотере</p> <p>г) гемотораксе</p>	<p>а, б, в, г</p>
<p>ПК-3</p> <p>ПК-3.3</p>	<p>87. ПРИЧИНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ КОНТРАКТУРЫ (ФОЛЬКМАНА) МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ:</p> <p>а) превышение времени нахождения жгута на конечности</p> <p>б) сдавление гипсовой повязкой</p> <p>в) скелетирование костных отломков в ходе операции</p> <p>г) перерастяжение при дистракции аппаратом внешней фиксации</p>	<p>а, б, г</p>
<p>ПК-3</p> <p>ПК-3.3</p>	<p>88. ДЛЯ ОДЫШКИ ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ:</p> <p>а) частоты дыхания</p> <p>б) ритма дыхания</p> <p>в) глубины дыхания</p> <p>г) механизма вдоха</p>	<p>а, б, в</p>
<p>ПК-3</p> <p>ПК-3.3</p>	<p>89. ИШЕМИЧЕСКАЯ КОНТРАКТУРА (ФОЛЬКМАНА) РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИИ:</p> <p>а) мышц</p> <p>б) костных отломков, лишенных надкостницы</p> <p>в) периферических нервов</p> <p>г) вызванной нарушениями системного кровотока</p>	<p>а, в</p>

ПК-3 ПК-3.3	90. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ ГРУДИНЫ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ: а) рентгенографию б) электрокардиографию в) сцинтиграфию г) спирометрию	а, б		
Установите правильную последовательность в предложенных вариантах ответов				
ПК-3 ПК-3.3	91. РАНЖИРУЙТЕ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЭТАПЫ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА БЕДРА МЕТОДОМ КОХЕРА: а) наружная ротация бедра б) тракция по оси в) внутренняя ротация бедра г) сгибание бедра под прямым углом в коленном и тазобедренном суставе	г, в, б, а		
ПК-3 ПК-3.3	92. «СКОРАЯ» ДОСТАВИЛА В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПАЦИЕНТА БЕЗ СОЗНАНИЯ С УШИБЛЕННОЙ РАНОЙ НА ГОЛОВЕ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ: а) запах изо рта б) проверить возможность движения конечностями в) проверить наличие пульса и давления г) реакция зрачков на свет	в, г, а, б		
Установите соответствия между двумя множествами вариантов ответов				
ПК-3 ПК-3.3	93. ВЫ-ВРАЧ ПОЛИКЛИНИКИ. ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ПЛОСКОСТОПИЯ У ПРИЗЫВНИКА И СТЕПЕНЬ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1) На рентгенограмме в боковой проекции угол</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">а) 1 степень плоскостопия, годен с ограничениями</td> </tr> </table>	1) На рентгенограмме в боковой проекции угол	а) 1 степень плоскостопия, годен с ограничениями	1-а 2-в 3-б 4-г
1) На рентгенограмме в боковой проекции угол	а) 1 степень плоскостопия, годен с ограничениями			

	свода составляет 145гра усов		
	2) угол деформации 157градусов, имеются признаки пяточной шпоры	б)2 степень плоскостопия – ограниченно годен	
	3) угол деформации составляет 150градусов	в)3 степень – ограниченно годе	
	4) Угол деформации более 155 градусов, имеются признаки артроза подтаранного сустава	г)3 степень, не годен в мирное время	
ПК-3 ПК-3.3	94. К ВАМ НА ПРИЕМ ОБРАТИЛСЯ ПАЦИЕНТ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ И НЕУСТОЙЧИВОСТЬ КОЛЕННОГО СУСТАВА.		
	1) Симптом переднего выдвижного ящика	а)Повреждение задней крестообразной связки	1-г 2-а 3-в 4-б
	2) Симптом заднего выдвижного ящика	б)Наличие жидкости в суставе	
	3) симптом Штеймана- Бухардта	в)Повреждение менисков	
	4) Симптом баллотирования надколенника	г)Повреждение передней крестообразной связки	

Код контролируемой компетенции

ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
ПК-3 ПК-3.3	95. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМOM ПОЗВОНОЧНИКА И КОСТЕЙ ТАЗА ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ: а) на щите, на спине с соблюдением "оси безопасности": голова - грудь - таз - конечности на одном уровне б) на боку, на носилках в) на носилках в положении "лягушки" г) на щите, на животе	а
ПК-3 ПК-3.3	96. НЕОТЛОЖНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ СОСТОИТ ИЗ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ МЕРОПРИЯТИЙ, ИСКЛЮЧАЯ: а) временную, а потом постоянную остановку продолжающегося кровотечения б) заместительную сначала инфузионную, а потом трансфузионную терапию в) обеспечение адекватного дыхания г) гипотермию тела и конечностей	г
ПК-3 ПК-3.3	97. О ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ КРОВОТЕЧЕНИИ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ: а) положительная проба Рувилуа-Грегуара б) положительная проба Петрова в) положительная катетерная проба г) появление кровохарканья	а

ПК-3 ПК-3.3	<p>98. ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:</p> <p>а) с кровезаменителей, т.к. при этом в кровяное русло дополнительно к введённому объёму привлекается до 20-30% жидкости</p> <p>б) с кристаллоидных р-ров, т.к. при этом в кровяное русло дополнительно к введённому объёму привлекается до 20-30% жидкости</p> <p>в) с переливания крови и/или её препаратов, т.к. объём кровопотери нужно восполнять донорской кровью</p> <p>г) с кристаллоидных р-ров, т.к. это позволяет максимально быстро компенсировать гиповолемию</p>	г
ПК-3 ПК-3.3	<p>99. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ТОРАКОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) продолжающееся внутриплевральное кровотечение с нарастающей кровопотерей</p> <p>б) клапанный пневмоторакс</p> <p>в) открытый пневмоторакс</p> <p>г) большой гемоторакс</p>	а
Выберите несколько правильных ответов		
ПК-3 ПК-3.3	<p>100. ВОЗМОЖНЫЕ СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ БЕЗ ПОМОЩИ ЖГУТА В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ:</p> <p>а) наложение давящей повязки</p> <p>б) наложение временного сосудистого шунта</p> <p>в) тампонирование раны</p> <p>г) наложение зажима на сосуд в ране</p>	а, в, г
ПК-3 ПК-3.3	<p>101. КОМПЕНСАЦИЮ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ В ХОДЕ ПРОТИВОШОКОВОЙ ТЕРАПИИ В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ:</p>	а, б

	<ul style="list-style-type: none"> а) кристаллоидных растворов б) коллоидных растворов в) препаратов крови г) реинфузии аутокрови 	
ПК-3 ПК-3.3	<p>102. К ПРОТИВОШОКОВЫМ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) наложение давящей повязки на кровоточащую рану б) прибинтовывание повреждённой руки к туловищу в) наложение контурной повязки при обширных ожогах г) туалет огнестрельной раны 	а, б
Установите правильную последовательность в предложенных вариантах ответов		
ПК-3 ПК-3.3	<p>103. РАНЖИРУЙТЕ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЭТАПЫ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА ПЛЕЧА МЕТОДОМ КОХЕРА:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) наружная ротация плеча б) тракция по оси в) приведение плеча с выведением локтя кпереди г) внутренняя ротация плеча 	б, а, в, г
ПК-3 ПК-3.3	<p>104. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ПАЦИЕНТА С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дают увлажненный кислород б) рисуют контуры ожоговой поверхности для определения площади ожогов в) начинают внутривенные вливания растворов г) накладывают маゼвые повязки 	б, г, в, а

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

Компетенции /индикаторы достижения компетенции Заполняется разработчик ом	Вопросы к экзамену/зачету по дисциплине «Ортопедическая семиотика на основе цифровых технологий» /заполняется разработчиком
ПК-1/ПК-1.5.	1. Регенерация костной ткани. Понятия о первичном и вторичном заживлении кости. 1
ПК-3/ПК-3.3.	2. Остеоартроз коленного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ПК-1/ПК-1.5.	3. Дистрофические заболевания позвоночника. Этиология, патогенез, стадии течения, клиника, принципы современного лечения, показания к консервативным и оперативным методам лечения. Виды оперативных вмешательств при остеохондрозе позвоночника.
ПК-1/ПК-1.5.	4. Принципы рентгенодиагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.
ПК-1/ПК-1.5.	5. Современные методы лучевой диагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы, принципы, показания.
ПК-1/ПК-1.5.	6. Современные инструментальные методы обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Их возможности и значение для уточнения диагноза.
ПК-3/ПК-3.3.	7. Остеопороз и остепения. Виды, осложнения, влияние на лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы, меры профилактики.
ПК-3/ПК-3.3.	8. Реабилитация в травматологии и ортопедии. Виды, цели и задачи реабилитации.
ПК-3/ПК-3.1.	9. Патологическая осанка. Ее виды и факторы, способствующие возникновению
ПК-3/ПК-3.3.	10. Политравма. Классификация. Damage control в лечении сочетанной травмы.
ПК-3/ПК-3.3.	11. Пороки осанки. Этиология, классификация, диагностика, лечение, реабилитация, исходы.
ПК-3/ПК-3.1.	12. Особенности лечения больных с различными сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, ревматоидный полиартрит, заболевания ЖКТ, атеросклероз сосудов, «COVID-19»).
ПК-1/ПК-1.1.	13. Остеохондропатия пяточной кости (болезнь Шинца). Определение, клиника, диагностика течение, исходы.
ПК-1/ПК-1.5.	14. Сколиоз. Сколиотическая болезнь. Этиология, классификация, диагностика, определение угла деформации по Фергюссону и Коббу, лечение, реабилитация, исходы.
ПК-1/ПК-1.5.	15. Остеохондропатия головки бедренной кости. Определение, стадии течения, диагностика, клиника, лечение, исходы. Лечение последствий.
ПК-1/ПК-1.5.	16. Сколиоз. Классификация, диагностика, профилактика, лечение.

ПК-1/ПК-1.5.	17. Остеоартроз плечевого сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ПК-3/ПК-3.2.	18. Деформации грудной клетки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, исходы.
ПК-3/ПК-3.2.	19. Опухоли костей. Классификация. Принципы дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей.
ПК-1/ПК-1.5.	20. Особенности обследования больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. (инструментальные и клинические методы)
ПК-1/ПК-1.5.	21. Остеохондропатии. Этиология и патогенез. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легг-Кальве-Пертеса) диагностика, принципы лечения.
ПК-3/ПК-3.2.	22. Врожденные системные заболевания скелета: экзостозная хондродисплазия, дисхондроплазия (болезнь Олье).
ПК-1/ПК-1.5.	23. Артриты. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
ПК-1/ПК-1.5.	24. Остеохондроз. Особенности клинической картины, принципы диагностики и лечения.
ПК-1/ПК-1.5.	25. Дифференциальная диагностика нарушения осанки и сколиоза, принципы лечения.

**Вопросы для проверки практических навыков по дисциплине
(задания открытого типа)**

Компетенции /индикаторы достижения компетенции	Содержание задания	Правильные ответы

ПК-1/ПК-1.5.	1. Определение анатомической длины нижней конечности.	Абсолютная длина нижней конечности складывается из длины бедра и голени. Она измеряется в горизонтальном положении большого и равняется расстоянию от большого вертела до латеральной лодыжки. Длину бедра определяют от вершины большого вертела до суставной щели коленного сустава, длину голени - от суставной щели до латеральной лодыжки. (Травматология и ортопедия: учебник / [Н. В. Корнилов]; под ред. Н. В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - 2011. - 592 с.: ил.)
ПК-1/ПК-1.5.	2. Определение относительной длины нижней конечности.	Длина нижней конечности измеряется расстоянием от верхней передней подвздошной ости до медиальной лодыжки. (Травматология и ортопедия: учебник / [Н. В. Корнилов]; под ред. Н. В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - 2011. - 592 с.: ил.)
ПК-1/ПК-1.5.	3. Определить абсолютную длину плеча и предплечья.	Длину верхней конечности измеряют от акромиона до локтевого отростка лучевой кости, от локтевого отростка лучевой кости до шиловидного отростка лучевой кости. (Травматология и ортопедия: учебник / [Н. В. Корнилов]; под ред. Н. В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - 2011. - 592 с.: ил.)
ПК-1/ПК-1.5.	4. Определить абсолютную длину бедра и голени.	Длину бедра определяют от вершины большого вертела до суставной щели коленного сустава, длину голени - от суставной щели до латеральной лодыжки. (Травматология и ортопедия: учебник / [Н. В. Корнилов]; под ред. Н. В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - 2011. - 592 с.: ил.)
ПК-1/ПК-1.5.	5. Исследовать объем движений в плечевом, локтевом и лучезапястном суставах.	Амплитуду движений в суставах измеряют угломером, бранши которого устанавливают по оси сегментов конечности, а центр (шарнир) — по оси движения в суставе. Центр угломера устанавливают на точку проекции головки плечевой кости (плечевой сустав); на 1 см ниже наружного мыщелка плеча (локтевой сустав); на точку проекции шиловидного отростка лучевой кости при определении сгибательно-разгибательных движений и проекции лучезапястного сустава при определении движений во фронтальной плоскости (лучезапястный сустав); (Г.М.Кавалерский Травматология и ортопедия 2013)
ПК-1/ПК-1.5.	6. Исследовать объем движений в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах.	Амплитуду движений в суставах измеряют угломером, бранши которого устанавливают по оси сегментов конечности, а центр

		<p>(шарнир) — по оси движения в суставе. Центр угломера устанавливают на уровне большого вертела (тазобедренный сустав); на точку проекции наружной суставной щели, что соответствует уровню нижнего полюса надколенника (коленный сустав); на точку проекции внутренней лодыжки (голеностопный сустав). (Г.М.Кавалерский Травматология и ортопедия 2013)</p>
ПК-1/ ПК-1.5	7. Определить длину окружности сегментов конечностей: плеча и предплечья, бедра и голени.	<p>Измерения проводят, сравнивая симметричные сегменты на уровне верхней, средней и нижней трети, на одинаковом расстоянии от выбранных костных ориентиров. Такими ориентирами могут служить: для нижней конечности — суставная щель коленного сустава, верхний и нижний полюсы надколенника, бугристость большеберцовой кости; для верхней конечности — мыщелки плечевой кости, локтевой отросток, шиловидный отросток лучевой кости. При исследовании в динамике проводят сравнение с предыдущими результатами измерений. (Г.М.Кавалерский Травматология и ортопедия 2013)</p>
ПК-1/ ПК-1.5	8. Определить ось позвоночника, оси верхней и нижней конечностей. Показать варианты нарушений.	<p>Осью нижней конечности считается прямая линия, соединяющая верхнюю переднюю подвздошную ость и I палец стопы. В норме латеральный край надколенника расположен на этой оси, при вальгусном искривлении надколенник смещен в медиальную от оси сторону, при варусном - в латеральную .</p> <p>Осью верхней конечности считается прямая линия, соединяющая головку плечевой кости, головку мыщелка плечевой кости, головку лучевой и головку локтевой кости. При вальгусной деформации головка локтевой кости расположена латеральнее оси, при варусной – медиальнее</p> <p>Ориентирами для определения оси позвоночника являются остистые отростки позвонков. Определение оси позвоночника можно проводить путем нанесения на кожу в проекции остистых отростков позвонков (определяются пальпаторно) красящего вещества (бриллиантовая зелень, синька) . Ориентиром для определения наличия деформации позвоночника является отвес</p>

		<p>(шнур с грузом), который устанавливают у основания затылочной кости.</p> <p>(Травматология и ортопедия: учебник / [Н. В. Корнилов]; под ред. Н. В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - 2011. - 592 с.: ил.)</p>
ПК-1/ ПК-1.5	9. Вправление вывиха плеча (методом Кохера).	<p>Способ Кохера. Применяется при передних вывихах. Способ вправления состоит из четырех этапов:</p> <p>Первый этап — травматолог захватывает конечность за нижнюю треть плеча и лучезапястный сустав, сгибает в локтевом суставе под углом 90° и, осуществляя вытяжение по оси плеча, приводит конечность к туловищу. Помощник в это время фиксирует надплечье пациента.</p> <p>Второй этап — не ослабляя вытяжения по оси плеча, травматолог ротирует конечность кнаружи, прижимая локоть к туловищу.</p> <p>Третий этап — сохраняя вытяжение по оси плеча, локоть выводят кпереди.</p> <p>Четвертый этап — не меняя положения конечности, травматолог ротирует плечо внутрь, перемещая при этом кисть пострадавшей конечности на здоровый плечевой сустав, предплечье ложится на грудную клетку. При вправлении вывиха ощущается характерный щелчок.</p>
ПК-1/ ПК-1.5	10. Вправление вывиха плеча (методом Джанелидзе)	<p>Способ Джанелидзе применяется при нижних подкрыльцовых вывихах плеча. Пациента укладывают на бок на край стола так, чтобы пострадавшая рука свешивалась, а лопатка упиралась в край стола. Голову больного укладывают на второй столик .</p> <p>Через 10—15 мин наступает расслабление мышц плечевого пояса. Затем травматолог сгибает конечность в локтевом суставе до 90° и производит вытяжение книзу, надавливая на предплечье, одновременно ротируя его то кнаружи, то кнутри.</p>
ПК-1/ ПК-1.5	11. Вправление вывиха бедра (методом Кохера)	<p>Вправление по способу Кохера производят при положении больного на спине. Помощник хирурга прочно удерживает таз больного, прижимая его к столу. Хирург сгибает поврежденную ногу под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах и ротирует ее кнутри. Затем с силой производит вытяжение вверх по оси бедра с одновременной ротацией конечности кнаружи.</p> <p>Если вправление не произошло, то, продолжая вытяжение по оси бедра, хирург</p>

		<p>быстро разгибает ногу в коленном и тазобедренном суставах и ротирует ее кнутри.</p> <p>Результат вправления обязательно контролируют по рентгенограммам. После вправления конечность укладывают на шину Бёлера и налаживают лейкопластырное вытяжение за бедро и голень с грузом в 2—3 кг. Через 3—4 нед. разрешают ходьбу с костылями и начинают активную реабилитацию, через 14—16 нед. разрешают полную нагрузку на ногу. Трудоспособность восстанавливается через 31/2—4 мес.</p>
ПК-1/ ПК-1.5	12. Вправление вывиха бедра (методом Джанелидзе)	<p>При способе Джанелидзе больного укладывают на стол лицом вниз, поврежденная нога при этом свешивается через край стола. Помощник хирурга удерживает больного, прижимая его таз к столу. В таком положении больной должен находиться в течение 10-15 мин, чтобы наступило полное расслабление мышц. Затем хирург сгибает поврежденную ногу в коленном суставе под прямым углом, одной рукой или коленом надавливает на область подколенной ямки вниз по оси бедра, другой рукой захватывает область голеностопного сустава и, пользуясь голенью как рычагом, вращает ее кнутри и кнаружи. Вправление происходит с характерным щелчком. Движения в поврежденном суставе сразу же становятся свободными.</p>
ПК-3/ПК-3.2.	13. Наложение жгута-закрутки при артериальном кровотечении плечевой артерии. Имитировать временную рециркуляцию крови.	<p>Закрутка накладывается аналогично жгуту, проксимальнее раны и ближе к ней, с целью уменьшения участков тканей, которые исключаются из кровоснабжения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - перед наложением закрутки больному предоставляется удобное положение, а кожные покровы защищаются прокладкой из одежды или другой ткани (бинт, полотенце, марля); - из соответствующего материала (бинт, бечевка, ткань, платок) формируется закрутка в виде кольца соответствующего диаметра, путем завязывания концов; - образованное кольцо устанавливается в месте наложения и скручивается с помощью деревянной палочки или металлического предмета до полной остановки кровотечения и исчезновения пульса на магистральных артериях ниже раны;

		<ul style="list-style-type: none"> - деревянная палочка прикрепляется к конечности с целью предупреждения раскручивания; - на рану накладывается асептическая повязка и проводится транспортная иммобилизация пораженного сегмента конечности; - под закруткой, на видном месте обязательно оставляется записка с отмеченным временем наложения закрутки; - закрутка может оставаться на конечности не более 2 часов. Если за это время не удастся провести окончательную остановку кровотечения, то с целью возобновления коллатерального кровообращения в тканях через каждый час в летнее время (а в зимнее время – каждые 30 мин) ее снимают, артерию прижимают пальцем (в ране или на протяжении) и через 3-5 мин вновь накладывают; - при необходимости гемостаза с помощью закрутки более 2-х часов, после следующего расслабления ее накладывают несколько выше предыдущего места.
ПК-3/ПК-3.3.	14. Наложение жгута-закрутки при артериальном кровотечении бедренной артерии.	<p>Закрутка накладывается аналогично жгуту, проксимальнее раны и ближе к ней, с целью уменьшения участков тканей, которые исключаются из кровоснабжения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - перед наложением закрутки больному предоставляется удобное положение, а кожные покровы защищаются прокладкой из одежды или другой ткани (бинт, полотенце, марля); - из соответствующего материала (бинт, бечевка, ткань, платок) формируется закрутка в виде кольца соответствующего диаметра, путем завязывания концов; - образованное кольцо устанавливается в месте наложения и скручивается с помощью деревянной палочки или металлического предмета до полной остановки кровотечения и исчезновения пульса на магистральных артериях ниже раны; - деревянная палочка прикрепляется к конечности с целью предупреждения раскручивания; - на рану накладвается асептическая повязка и проводится транспортная иммобилизация пораженного сегмента конечности; - под закруткой, на видном месте обязательно оставляется записка с

		<p>отмеченным временем наложения закрутки;</p> <ul style="list-style-type: none"> - закрутка может оставаться на конечности не более 2 часов. Если за это время не удастся провести окончательную остановку кровотечения, то с целью возобновления коллатерального кровообращения в тканях через каждый час в летнее время (а в зимнее время – каждые 30 мин) ее снимают, артерию прижимают пальцем (в ране или на протяжении) и через 3-5 мин вновь накладывают; - при необходимости гемостаза с помощью закрутки более 2-х часов, после следующего расслабления ее накладывают несколько выше предыдущего места.
ПК-1/ ПК-1.5	15. Провести закрытую ручную репозицию костей при переломе дистального метаэпифиза лучевой кости («луча в типичном месте»).	<p>Техника ручной репозиции перелома Коллиса.</p> <p>При переломах со смещением отломков под местным обезболиванием производят репозицию. Больной лежит на столе, пострадавшая рука, отведенная и согнутая в локтевом суставе, находится на приставном столике. Помощники осуществляют вытяжение по оси предплечья (за I и II—III пальцы, противовытяжение — за плечо). При постепенно нарастающем вытяжении кисть перегибают через край стола и отводят ее в локтевую сторону. Травматолог пальпаторно проверяет стояние отломков и направление линии между шиловидными отростками.</p>
ПК-1/ ПК-1.5	16. Наложить жгут при артериальном кровотечении в верхней трети голени	<ol style="list-style-type: none"> 1. Надеть резиновые перчатки 2. Приподнять травмированную конечность. Осмотреть место травмы 3. Наложить выше раны салфетку или расправить одежду пациента над раневой поверхностью 4. Растянуть жгут в средней трети двумя руками, подвести под конечность 5. Наложить жгут в растянутом состоянии один виток, затем 2-3 витка до прекращения кровотечения, пульсации на периферических сосудах 6. Накладывать туры жгута так, чтобы они располагались рядом друг с другом, не перекрещивались и не ущемляли кожу 7. Закрепить конец жгута цепочкой или кнопочным замком. Поместить записку под один из тур жгута с указанием даты, времени наложения жгута (час, минуты). <p>Примечание. Жгут накладывают на 1 час, а в холодное время года — не более 30 минут.</p>

		<p>После истечения заданного времени жгут необходимо ослабить на несколько минут, а затем снова затянуть. Жгут должен быть наложен в течение 2 часов.</p> <p>8. Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку, ввести анальгетики</p> <p>9. Укутать конечность в холодное время года ввиду опасности отморожения</p> <p>10. Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках</p> <p>11. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором</p>
ПК-3/ПК-3.2.	17. Наложить жгут при артериальном кровотечении в нижней трети бедра	<p>1. Надеть резиновые перчатки</p> <p>2. Приподнять травмированную конечность. Осмотреть место травмы</p> <p>3. Наложить выше раны салфетку или расправить одежду пациента над раневой поверхностью</p> <p>4. Растянуть жгут в средней трети двумя руками, подвести под конечность</p> <p>5. Наложить жгут в растянутом состоянии один виток, затем 2-3 витка до прекращения кровотечения, пульсации на периферических сосудах</p> <p>6. Накладывать туры жгута так, чтобы они располагались рядом друг с другом, не перекрещивались и не ущемляли кожу</p> <p>7. Закрепить конец жгута цепочкой или кнопочным замком. Поместить записку под один из тур жгута с указанием даты, времени наложения жгута (час, минуты). Примечание. Жгут накладывают на 1 час, а в холодное время года — не более 30 минут. После истечения заданного времени жгут необходимо ослабить на несколько минут, а затем снова затянуть. Жгут должен быть наложен в течение 2 часов.</p> <p>8. Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку, ввести анальгетики</p> <p>9. Укутать конечность в холодное время года ввиду опасности отморожения</p> <p>10. Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках</p> <p>11. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором</p>
ПК-3/ПК-3.2.	18. Наложить жгут при артериальном кровотечении в нижней трети плеча	<p>1. Надеть резиновые перчатки</p> <p>2. Приподнять травмированную конечность. Осмотреть место травмы</p> <p>3. Наложить выше раны салфетку или расправить одежду пациента над раневой</p>

		<p>поверхностью</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Растянуть жгут в средней трети двумя руками, подвести под конечность 5. Наложить жгут в растянутом состоянии один виток, затем 2-3 витка до прекращения кровотечения, пульсации на периферических сосудах 6. Накладывать туры жгута так, чтобы они располагались рядом друг с другом, не перекрещивались и не ущемляли кожу 7. Закрепить конец жгута цепочкой или кнопочным замком. Поместить записку под один из тур жгута с указанием даты, времени наложения жгута (час, минуты). Примечание. Жгут накладывают на 1 час, а в холодное время года — не более 30 минут. После истечения заданного времени жгут необходимо ослабить на несколько минут, а затем снова затянуть. Жгут должен быть наложен в течение 2 часов. 8. Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку, ввести анальгетики 9. Укутать конечность в холодное время года ввиду опасности отморожения 10. Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках 11. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором
ПК-3/ПК-3.3.	19. Наложить жгут при артериальном кровотечении в нижней трети голени	<ol style="list-style-type: none"> 1. Надеть резиновые перчатки 2. Приподнять травмированную конечность. Осмотреть место травмы 3. Наложить выше раны салфетку или расправить одежду пациента над раневой поверхностью 4. Растянуть жгут в средней трети двумя руками, подвести под конечность 5. Наложить жгут в растянутом состоянии один виток, затем 2-3 витка до прекращения кровотечения, пульсации на периферических сосудах 6. Накладывать туры жгута так, чтобы они располагались рядом друг с другом, не перекрещивались и не ущемляли кожу 7. Закрепить конец жгута цепочкой или кнопочным замком. Поместить записку под один из тур жгута с указанием даты, времени наложения жгута (час, минуты). Примечание. Жгут накладывают на 1 час, а в холодное время года — не более 30 минут. После истечения заданного времени жгут необходимо ослабить на несколько минут, а

		<p>затем снова затянуть. Жгут должен быть наложен в течение 2 часов.</p> <p>8. Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку, ввести анальгетики</p> <p>9. Укутать конечность в холодное время года ввиду опасности отморожения</p> <p>10. Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках</p> <p>11. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором</p>
ПК-3/ПК-3.3.	20. Наложить жгут при артериальном кровотечении в средней трети предплечья	<p>1. Надеть резиновые перчатки</p> <p>2. Приподнять травмированную конечность. Осмотреть место травмы</p> <p>3. Наложить выше раны салфетку или расправить одежду пациента над раневой поверхностью</p> <p>4. Растянуть жгут в средней трети двумя руками, подвести под конечность</p> <p>5. Наложить жгут в растянутом состоянии один виток, затем 2-3 витка до прекращения кровотечения, пульсации на периферических сосудах</p> <p>6. Накладывать туры жгута так, чтобы они располагались рядом друг с другом, не перекрещивались и не ущемляли кожу</p> <p>7. Закрепить конец жгута цепочкой или кнопочным замком. Поместить записку под один из тур жгута с указанием даты, времени наложения жгута (час, минуты). Примечание. Жгут накладывают на 1 час, а в холодное время года — не более 30 минут. После истечения заданного времени жгут необходимо ослабить на несколько минут, а затем снова затянуть. Жгут должен быть наложен в течение 2 часов.</p> <p>8. Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку, ввести анальгетики</p> <p>9. Укутать конечность в холодное время года ввиду опасности отморожения</p> <p>10. Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках</p> <p>11. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором</p>
ПК-3/ПК-3.1.	21. Провести остановку кровотечения при повреждении сонной артерии.	<p>1. Надеть резиновые перчатки.</p> <p>2. Осмотреть раневую поверхность.</p> <p>3. Отмоделировать шину Крамера перед наложением на шею.</p> <p>4. Наложить асептическую повязку.</p> <p>5. Наложить шину Крамера со здоровой боковой стороны головы и шеи (шина</p>

		<p>служит каркасом, на котором жгут натягивается вокруг шеи).</p> <p>6. Наложить поверх закрепленной на раневой поверхности асептической повязки ватно-марлевый валик.</p> <p>7. Растянуть сильно жгут и обернуть вокруг шеи несколькими оборотами (2-3 раза)</p> <p>8. Закрепить свободные концы жгута.</p>
ПК-3/ПК-3.3.	22. Провести транспортную иммобилизацию при переломе плечевой кости шиной Крамера.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить. Объяснить ход предстоящей манипуляции. 2. Разрезать одежду по шву, открыть место Травмы (если одежда не свободно облегает конечность). 3. Осмотреть место травмы, убедиться в наличии перелома или вывиха. 4. Выбрать лестничную шину Крамера: 120 см длиной, 11 см шириной. 5. Обернуть с двух сторон шину ватой и прибинтовать вату к шине. 6. Приложить шину К здоровой конечности пациента, от кончиков пальцев до локтевого сустава. 7. Убрать шину и в месте предполагаемого сустава согнуть ее под прямым углом (90°). 8. Приложить шину К здоровой конечности и измерить от локтевого сгиба к плечевому суставу. 9. Согнуть шину в месте предполагаемого плечевого сустава под тупым углом (115 градусов). 10. Приложить шину к здоровой конечности так, чтобы кисть предплечья и плечо было охвачено шиной, конец шины должен проходить по спине до противоположного плечевого сустава (проверить правильность подготовки шины). 11. Придать поврежденной конечности среднефизиологическое положение (по возможности руку согнуть в локтевом суставе), кисть уложить на шине в положение между супинацией и пронацией. 12. Уложить на внутреннюю поверхность смоделированной шины кисть, предплечье и, захватив свободной рукой другой конец, направить шину по задне-наружной поверхности конечности через плечо, спину до плеча противоположной стороны. 13. Связать концы шины через здоровое надплечье и подмышечную ямку.

		<p>14. Вложить валик из ваты и марли в подмышечную впадину больной конечности и вапик — под пальцы кисти.</p> <p>15. Зафиксировать шину на конечности спиральными ходами бинта до середины трети плеча.</p> <p>16. Наложить повязку «Дезо» для лучшей фиксации конечности.</p>
ПК-3/ПК-3.3.	23. Провести остановку венозного кровотечения предплечья.	<p>Наложение давящей повязки</p> <p>Давящую повязку накладывают следующим способом: на рану накладывают стерильную повязку, поверх нее туго свернутый в комок ваты, а затем туго бинтуют круговыми ходами бинта. Вместо ваты можно использовать не размотанный стерильный бинт.</p>
ПК-1/ ПК-1.5	24. Провести транспортную иммобилизацию при переломах предплечья.	<p>При повреждениях предплечья необходимо иммобилизовать локтевой и лучезапястный суставы. Для этой цели лучше использовать лестничную шину Крамера.</p>
ПК-1/ ПК-1.5	25. Провести транспортную иммобилизацию при переломах костей голени.	<p>Для иммобилизации переломов голени можно использовать шину Дитерихса, которая накладывается вышеописанным путем или использовать три лестничные шины, которые накладываются следующим образом: первая шина (1 метр) изгибается внизу для стопы и прокладывается по задней поверхности голени до верхней трети бедра. Две другие шины укладываются по бокам. Шины фиксируются у конечности мягкими бинтами.</p>
ПК-3/ПК-3.2.	26. Провести транспортную иммобилизацию при переломах в области коленного сустава.	<p>Для выполнения иммобилизации всей нижней конечности необходимо 4 лестничные шины длиной 120 см каждая. Если шин недостаточно, можно осуществить иммобилизацию 3 шинами. Шины должны быть тщательно обмотаны слоем ваты необходимой толщины и бинтами. Одна шина выгибается по контуру ягодиц задней поверхности бедра, голени и стопы с формированием углубления для пятки и мышцы голени. На участке, предназначенном для подколенной области, выгибание выполняют таким образом, чтобы нога была незначительно согнута в коленном суставе. Нижний конец изгибают в форме буквы Г, чтобы фиксировать стопу в положении сгибания в голеностопном суставе под</p>

		<p>прямым углом, при этом нижний конец шины должен захватывать всю стопу и выступать за кончики пальцев на 1-2 см. Две другие шины связывают вместе по длине. Нижний конец наружной шины Г-образно, а внутренней П-образно изгибают на расстоянии 15-20 см от нижнего края. Удлиненную шину укладывают по наружной поверхности туловища и конечности от подмышечной области до стопы. Нижний загнутый конец охватывает стопу поверх задней шины, что предупреждает отвисание стопы. Четвертую шину укладывают по внутренней боковой поверхности бедра от промежности до стопы. Нижний конец ее также изгибают в форме буквы П и заводят за стопу поверх загнутого нижнего конца удлиненной наружной боковой шины. Шины укрепляют марлевыми бинтами.</p>
ПК-3/ПК-3.3.	27. Провести транспортную иммобилизацию при переломах в области голеностопного сустава	<p>Лучше всего иммобилизация достигается Т-образно изогнутой отмоделированной задней лестничной шиной длиной 120 см и двумя боковыми лестничными или фанерными шинами длиной по 80 см. Верхний конец шин должен доходить до середины бедра. Нижний конец боковых лестничных шин изогнут Г-образно. Нога незначительно согнута в коленном суставе. Стопа устанавливается по отношению к голени под прямым углом. Шины укрепляют марлевыми бинтами</p>
ПК-3/ПК-3.3.	28. Провести транспортную иммобилизацию при переломах в области тазобедренного сустава.	<p>Основу шины составляют костыли — один наружный, второй внутренний. Внизу имеются специальные планки для фиксации стопы (подстопник), небольшие палочки-закрутки, прикрепленные к шине плотным шнурком. Строение костылей позволяет менять длину шины, подстраивая ее под рост пациента. Иммобилизация (наложение шины) должно происходить сразу, на месте обнаружения пострадавшего. При переломах нельзя переносить больного без шины, это чревато осложнениями. Сначала пациенту дают обезболивающее, потом осматривают место перелома. Процедура наложения</p>

		<p>шины включает вытяжение травмированной поверхности с одновременной ее фиксацией.</p>
<p>ПК-3/ПК-3.1.</p>	<p>29. Провести скелетное вытяжение при переломе средней трети диафиза большеберцовой кости.</p>	<p>Лечение следует начинать сразу после поступления больного. Места перелома обеих костей обезболивают, вводя 20-25 мл 2% раствора новокаина. Вытяжение при переломах голени производят на стандартной шине. Как правило, спицу проводят через пяточную кость или через надлодыжечную область большеберцовой кости. Ложе для бедра и голени на стандартной шине создают при помощи специальных гамачков или бинтованием. Большое значение для вправления переломов диафиза голени имеет правильное бинтование шины. Бинтовать ее нужно нетуго и создавать при этом, как и в гамачке, специальное ложе для икроножных мышц . Если обмотка шины туга, верхний отломок оттесняется вперед и отломки не репозируются. На 2-3-й день после того, как наложено вытяжение, стояние отломков следует контролировать клинически и рентгенологически. Во время рентгенологического исследования нельзя снимать груз и изменять положение конечности. Лучше делать снимки в палате с помощью передвижного или переносного рентгеновского аппарата. Раннее контрольное исследование имеет большое значение, так как позволяет своевременно изменять величину груза и направление вытяжения, а также положение конечности. При вытяжении, особенно в случае перелома обеих костей голени, часто образуется вальгусное положение голени. В норме голень несколько искривлена кнутри, т. е. находится в варусном положении. Вальгусное положение обычно исправляют боковой тягой в наружную сторону или давлением с помощью пелота на внутреннюю поверхность голени. Мы редко пользуемся этими приемами и восстанавливаем правильное положение голени путем вытяжения на шине, установленной на постели</p>

		<p>больного в положении некоторого приведения. Вальгусное положение мы исправляем также во время накладывания гипсовой повязки, обычно между 20-м и 30-м днем после травмы. Мозоль в этот период еще мягка и коррекция легко удаётся.</p>
ПК-3/ПК-3.1.	<p>30. Определить точки для проведения спиц при скелетном вытяжении при закрытом переломе средней трети плечевой кости и средней трети бедренной кости.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • При нарушении целостности кости в районе лопатки или плеча спица вставляется через локтевой отросток. • В случае повреждения тазовой и бедренной кости, спица вводится в бугристость на большеберцовой кости. • Определение веса груза <p>При нарушениях целостности плечевой кости вес груза составляет около 2-4 кг;</p> <p>При переломе бедра груз должен быть около 15% от общей массы тела пациента.</p>

Задания для проверки сформированных знаний, умений и навыков

На открытое задание рекомендованное время – 15 мин
Задания открытого типа

Компетенции /индикаторы достижения компетенций	Задачи
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p align="center">ЗАДАЧА 1</p> <p>Пациентка 60 лет. Жалобы на сильные боли в паховой области слева, усиливающиеся во время ходьбы, отдающие в левое колено и бедро, поясницу. Боль затихает ночью, во время сна, но усиливается при движениях. Для снижения боли ежедневно принимает диклофенак. Объективно: укорочение конечности на 1,5см, ограничение подвижности в тазобедренном суставе. Инструментальные исследования: Рентгенологическое: в левом тазобедренном суставе наблюдается полное отсутствие суставной щели, деформация и уплотнение суставных поверхностей эпифиза, обширные остеофиты, суставные мышцы, субхондральные кисты.</p> <p align="center">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные инструментальные исследования нужно провести для уточнения диагноза? 3. Тактика лечения у данного больного. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

<p>Ответ</p>	<p>1. Остеоартроз правого тазобедренного сустава 3ст. 2. КТ, остеоденситометрия. 3. Хирургическое лечение – эндопротезирование левого тазобедренного сустава. 4. Опухоль, асептический некроз головки бедра, ревматоидный артрит, реактивный артрит, подагрический артрит, туберкулез, трохантерит, феморо-ацетабулярный импиджмент синдром.</p>
<p>ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 2</p> <p>Больная 45лет, разнорабочая. Жалобы на боли в правом тазобедренном суставе. Считает себя больной на протяжении последних 3-х лет. В анамнезе – тяжелый физический труд. Ходит с опорой на трость. Ежедневно принимает обезболивающие препараты. При осмотре – контуры правого тазобедренного сустава сглажены, движения болезненны и ограничены, при отведении и ротации бедра отмечается «хруст». Обувь, носки одевает с трудом. Имеется небольшой наклон таза влево, умеренный сколиоз. При ходьбе в последнее время появляются боли в стопах и икроножных мышцах.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные инструментальные исследования нужно провести для уточнения диагноза? 3. Тактика лечения у данного больного. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?</p>
<p>Ответ</p>	<p>1. Остеоартроз правого тазобедренного сустава 3ст. 2. КТ, остеоденситометрия. 3. Хирургическое лечение – эндопротезирование правого тазобедренного сустава. 4. Опухоль, асептический некроз головки бедра, ревматоидный артрит, реактивный артрит, подагрический артрит, туберкулез, трохантерит, феморо-ацетабулярный импиджмент синдром.</p>
<p>ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 3</p> <p>Больной К, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на сильную боль в правом коленном суставе, увеличение его объема, невозможность движений в нем из-за усиления болей, высокую температуру тела до 39-39,5 градуса. Анамнез: неделю назад перенес фолликулярную ангину. Накануне, возвращаясь из поликлиники почувствовал резкую боль в правом коленном суставе, вечером повысилась температура до 40 градусов Цельсия. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи, которая госпитализировала больного в стационар. Клинически: правый коленный сустав увеличен в объеме, кожные покровы над ним гиперемированы, отечные и резко болезненные. Сгибательная контрактура, движения в суставе невозможны из-за резкой боли. Положительный симптом "баллотирования надколенника".</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Сформулируйте диагноз 2. Какие дополнительные инструментальные исследования нужно провести для уточнения диагноза? 3. Тактика лечения у данного больного. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?</p>
<p>Ответ</p>	<p>1. Реактивный артрит правого коленного сустава.</p>

	<p>2. Рентгенография, МРТ. 3. НПВС, кортикостероиды, антибиотики, пункция сустава. 4. Опухоль, ревматоидный артрит, подагрический артрит, туберкулез.</p>
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 4</p> <p>Больная X, 40 лет, жалуется на боли в стопах, которые особенно усиливаются к вечеру. При осмотре: передние отделы стоп распластаны, первые пальцы отклонены кнаружи до 45 градусов, головки плюсневых костей отклонены в подошвенную сторону, деформированы. На подошвенной стороне стоп на уровне головок - болезненные омолозности, 2-5 пальцы "молоткообразные", на тыльной поверхности межфаланговых суставов - мозоли.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Причины образования деформации стоп? 3. План лечения? 4. Наиболее частые причины развития заболевания? 5. Какие дополнительные методы исследования показаны для уточнения диагноза?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Распластанность передних отделов стоп, halux valgus, "молоткообразные 2-5 пальцы стоп, статическая недостаточность нижних конечностей. 2. Врожденной слабостью мышечно-связочного аппарата стоп, особенностью трудовой деятельности, статической недостаточностью нижних конечностей. 3. Лечение оперативное - реконструкция передних отделов стоп. 4. Генетическая теория, женский пол, тесная обувь с высоким каблуком. 5. Для подтверждения диагноза халлюкс вальгус и предоперационного планирования используются рентгенограммы в прямой и боковой проекциях, с укладкой на сесамовидные кости; компьютерная томография.
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 5</p> <p>Пациент В., 45 лет. Поступил в больницу следующими жалобами: на протяжении нескольких последних месяцев развились сильные боли в правом коленном суставе, усиливающиеся при ходьбе и физической нагрузке. Анамнез заболевания: считает себя больным на протяжении 5 лет, лечился курсами физиотерапии и НПВС с непродолжительным положительным эффектом. Объективно суставы: при осмотре правый коленный сустав выраженный отек и умеренно гиперемирован. При пальпации выраженная болезненность. Объем активных движений в суставе ограничен. На рентгенограмме: положение, форма костей суставов не изменено. Структура костной ткани сохранена. Определяется наличие субхондрального склероза смежных суставных поверхностей, в проекции бедренной и большеберцовой кости костей с обеих сторон имеются дополнительные тени костной плотности с неровными контурами размером до 0,8 см (остеофиты?). Суставные щели неравномерно снижены. Лабораторные данные ОАК: Эритроциты $4,1 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин 141 г/л, Цветовой показатель 0,83, Лейкоциты $6,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 19 мм/ч. С-реактивный белок -положительный.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные инструментальные исследования нужно провести для уточнения диагноза? 3. Тактика лечения у данного больного.

	4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Остеоартроз правого коленного сустава 2 степени; синовит правого коленного сустава 2. МРТ, остеоденситометрия, остеосцинтиграфия. 3. НПВС, хондропротекторы, гиалуроновая кислота, физиотерапия, ЛФК, иммобилизация в ортезе. 4. Опухоль, ревматоидный артрит, реактивный артрит, подагрический артрит, туберкулез.
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 6</p> <p>Пациент В., 65 лет. Поступил в больницу следующими жалобами: на протяжении двух последних месяцев постепенно развились сильные боли в правом коленном суставе, усиливающиеся при ходьбе, наличие свища в области правого коленного сустава, периодическую субфебрильную температуру. Анамнез заболевания: 3 месяца назад было проведено эндопротезирование правого коленного сустава по поводу остеоартроза 3ст. В течение первого месяца после операции болевой синдром не беспокоил. Однако после перенесенной инфекции верхних дыхательных путей, появился болевой синдром, который постепенно прогрессировал, около месяца назад появился свищ с незначительным серозно-геморрагическим отделяемым. При осмотре правого коленного сустава отмечается выраженный отек и умеренная гиперемия по ходу послеоперационного рубца в дистальной части которого определяется свищ с серозно-геморрагическим отделяемым. При пальпации выраженная болезненность. Объем активных движений в суставе ограничен. На рентгенограмме: отмечается резорбция костной ткани в периимплантной зоне. Лабораторные данные ОАК: Эритроциты $4,1 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин 121 г/л, Цветовой показатель 0,87, Лейкоциты $6,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 59 мм/ч. С-реактивный белок -72.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные инструментальные исследования нужно провести для уточнения диагноза? 3. Тактика лечения у данного больного. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нестабильность эндопротеза правого коленного сустава; свищ области правого коленного сустава 2. Компьютерная томография, остеосцинтиграфия. 3. Хирургическое лечение – 2-этапное ревизионное эндопротезирование правого коленного сустава. 4. Опухоль, реактивный артрит, туберкулез.
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 7</p> <p>Женщина 30 лет, профессиональным спортом не занималась, работа сидячая, индекс массы тела - 32. Месяц назад почувствовала болевые ощущения в области суставов при подъеме с кровати или стула после долгого нахождения в положении лежа или сидя. В настоящее время беспокоит различимый хруст в коленных суставах. Дискомфорт при разгибании. Ноющая боль при сгибании. Рентгенограммы: на сравнительных рентгенограммах коленных суставов в двух проекциях определяется незначительное снижение высоты рентгеновского суставного пространства обоих коленных суставов с признаками субхондрального</p>

	<p>склероза суставных поверхностей.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные инструментальные исследования нужно провести для уточнения диагноза? 3. Тактика лечения у данного больного. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Остеоартроз обоих коленных суставов 2 степени. Ожирение 2 степени. Метаболический синдром. 2. КТ, денситометрию скелета. 3. НПВС, хондропротекторы, агниопротекторы, витамины В, терапия метаболического синдрома. 4. Опухоль, ревматоидный артрит, болезнь Рейтера, туберкулез.
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 8</p> <p>Женщина, 55 лет, подвернула левую стопу кнутри, находясь у себя дома. В результате этой травмы появились сильные боли в области голеностопного сустава. Обратилась в травматологический пункт. Беспокоят боли в области наружной лодыжки при ходьбе. Пострадавшая не может твердо наступить на больную ногу. При осмотре левого голеностопного сустава область наружной лодыжки отечна, болезненна при пальпации, положительный симптом осевой нагрузки. Движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Вид травмы? 3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 4. Какова тактика лечения?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Закрытый перелом наружной лодыжки 2. Бытовая 3. Рентгенография 4. При неудовлетворительном стоянии костных отломков хирургическое лечение – накостный остеосинтез, при удовлетворительном – гипсовая иммобилизация
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 9</p> <p>Больной П., 40 лет, получил удар бампером машины в с/3 правой голени. С жалобами на интенсивные боли в с/3 правой голени доставлен в приёмное отделение. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание в лёгких везикулярное, выслушивается во всех отделах лёгких. ЧДД= 16 в мин. АД= 120/70 мм.рт.ст. Ps= 102 удара в мин. Объективно: В с/3 правой голени кровоподтёк. Голень отёчна, укорочена. При пальпации определяется патологическая подвижность, крепитация костных отломков в средней трети голени. Чувствительность, движения, пульсация на периферических отделах конечности не нарушены.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие достоверные признаки перелома присутствуют у пациента. 2. Укажите механизм травмы. 3. Укажите план обследования.

	4. Укажите план лечения.
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Укорочение конечности, патологическая подвижность, крепитация костных отломков 2. Прямой механизм 3. Рентгенография, ОАК, ОАМ, Биохимия крови, коагулограмма 4. Хирургическое лечение – интрамедулярный остеосинтез
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 10</p> <p>Мальчик Г., 4,5 года, жалобы на боли в правом коленном суставе, невозможность наступить на ногу. В анамнезе – неделю назад перенес вирусное заболевание (ОРВИ), травмы отрицает. При осмотре – правый коленный сустав незначительно увеличен в объеме, болезненный при пальпации в проекции межсуставной щели. Ограничение движений (165/75 град.) в правом коленном суставе. На рентгенограмме коленных суставов в 2-х проекциях костной патологии не выявлено.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Дифференциальный диагноз? 3. Какие дополнительные обследования необходимы? 4. Тактика лечения? 5. Реабилитация?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Артрит вирусной этиологии 2. Ушиб, перелом, опухолевые заболевания 3. Рентгенография, ОАК, ОАМ, биохимия крови, посев пунктата 4. Противовирусная терапия, НПВС, антибиотикотерапия 5. ЛФК, массаж.
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 11</p> <p>Пациент М., 45 лет поступает в приемный покой в сопровождении сотрудников СМП. Находясь на рабочем месте, упал со стремянки, с высоты около 1 метра на спину. Подробнее механизм травмы рассказать не может. Появились боли в области поясницы. После этого вставал, перемещался по цеху. В течении 1,5 боли не уменьшались, вследствие чего была вызвана скорая помощь. После осмотра бригадой СМП транспортирован в приемный покой городской больницы. При осмотре в области поясничного отдела позвоночника незначительный отек, выраженной деформации визуально нет. При пальпации локальная болезненность в области остистого отростков 2 поясничного позвонка. Симптом осевой нагрузки +. Чувствительность и двигательная функция в нижних конечностях не нарушена.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Вид травмы? 3. Какие дополнительные инструментальные исследования нужно провести для уточнения диагноза? 4. Тактика лечения у данного больного. 5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Закрытый перелом тела L2 позвонка 2. Производственная

	<p>3. Рентгенография, КТ</p> <p>4. Одномоментная или постепенная репозиция с последующей иммобилизацией гипсовым корсетом</p> <p>5. Ушиб, опухолевые заболевания, остеохондроз.</p>
<p>ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 12</p> <p>В ПДО в экстренном порядке в сопровождении СМП поступает женщина 78 лет. При опросе находясь у себя дома споткнулась о линолеум и упала на правый бок. Встать самостоятельно не смогла. При осмотре в области правого ТБС незначительный отек, правая нижняя конечность укорочена на 4 см. При пальпации в области правого ТБС, осевой нагрузки на правую нижнюю конечность выраженная болезненность в области правого ТБС с иррадиацией в пах. Положительный симптом прилипшей пятки.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Вид травмы? 3. Какие инструментальные методы обследования необходимы? 4. Тактика лечения? 5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Закрытый перелом шейки правой бедренной кости 2. Бытовая 3. Рентгенография, КТ 4. Эндопротезирование правого ТБС, анальгетики, антикоагулянты, инфузионная терапия, антибиотикотерапия 5. Чрезвертельный перелом, переломы костей таза, травматический вывих головки бедренной кости
<p>ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 13</p> <p>Рабочий Р был доставлен в экстренном порядке в приемно-диагностической отделение. Со слов на стройке, находясь на рабочем месте, упал со строительных лесов, с высоты ок 3 – х метров. Встать самостоятельно не смог. Бледен, отмечает боли в области таза, АД 90/50 мм рт.ст. При осмотре: кровоподтеки в ягодичных областях, ноги в положении «лягушки». Пальпация лонных костей болезненна, выражен симптом «прилипшей пятки» с обеих сторон.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Вид травмы? 3. Какие инструментальные методы обследования необходимы? 4. Какова тактика лечения? 5. Ваши рекомендации, по медикаментозному лечению данного больного.
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Закрытый перелом лонных и седалищных костей с обеих сторон. Осл.: травматико-геморрагический шок 2. Производственная 3. Рентгенография, КТ таза 4. Иммобилизация положением, при неудовлетворительном стоянии костных отломков остеосинтез. 5. Анальгетики, НПВС, антикоагулянты, инфузионная протившоковая терапия

ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 14</p> <p>Пациент 25 лет пришел на прием к травматологу ортопеду в поликлинику по записи с жалобами на боли в правом коленном суставе, периодически наступающее "заклинивание" сустава. Болен около двух лет, когда получил травму сустава при игре в футбол. К врачу не обращался, лечился домашними средствами (растирания, компрессы), периодически носил эластический наколенник. За четыре дня до обращения, выходя из автомашины, подвернул ногу, вновь почувствовал боль в коленном суставе, не мог разогнуть ногу, затем при каком-то движении "сустав встал на место".</p> <p>При осмотре: коленный сустав фиксирован наколенником. По снятии наколенника отмечается сглаженность контуров сустава, гипотрофия мышц правого бедра. В полости сустава определяется небольшой выпот (флюктуация, баллотирование надколенника). Положительные симптомы Чаклина, "ладони", Байкова, Мак-Моррея.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Какие инструментальные методы обследования необходимы? 3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? 4. Какова тактика лечения? 5. Реабилитация?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повреждение внутреннего мениска правого коленного сустава, синовит, динамические блокады 2. Рентгенография правого коленного сустава в 2-х проекциях, МРТ 3. Повреждение связочного аппарата правого коленного сустава, остеоартроз 4. Хирургическое лечение – менискоэктомия 5. Ношение внешних фиксирующих устройств, ЛФК, массаж
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 15</p> <p>Больной 22 лет во время игры в футбол упал на вытянутую правую руку. Почувствовал резкую боль в правом плечевом суставе. Товарищи на автомашине доставили в хирургический кабинет поликлиники через 20 минут после травмы.</p> <p>При осмотре: правая рука отведена, слегка повернута кнаружи. Контур правого плечевого сустава изменены. При пальпации головка плечевой кости пальпируется в области клювовидного отростка лопатки, ниже акромиального отростка - западение. Умеренная болезненность при пальпации. Активные движения в плечевом суставе невозможны из-за резкого усиления боли. При попытке пассивных движений, приведения конечности определяется пружинящее сопротивление. Пульс на лучевой артерии сохранен, чувствительность и подвижность пальцев кисти сохранены.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие инструментальные исследования необходимы? 3. Тактика лечения? 4. Дифференциальная диагностика? 5. Профилактика и реабилитация?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подключовидный вывих правого плеча 2. Рентгенография правого плечевого сустава 3. Ввести внутрь сустава 20 мл 1% раствора новокаина и через 5-7 минут

	<p>произвести вправление вывиха плеча и наложить повязку Вайнштейна в гипсовом исполнении. Сделать рентгенконтроль</p> <p>4. Перелом проксимального отдела плеча, повреждении ротаторной манжеты</p> <p>5. Физиолечение, изометрические нагрузки, по снятии гипсовой повязки массаж, осторожная разработка движений в суставе; в случае рецидивов вывиха – оперативное лечение.</p>
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 16</p> <p>Пациентка М., 26 лет, доставлена в отделение хирургии ЦРБ в крайне тяжелом состоянии с переломами свода и основания черепа, ушибом головного мозга тяжелой степени, закрытым переломом диафиза левого бедра. Оперативное лечение – установление стержневого аппарата на бедро. Переведена на долечивание в вегетативном состоянии в отделение реабилитации</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Правильно ли выбрана тактика лечения? 2. Реабилитационные мероприятия 3. Прогноз? 4. Нуждается ли пациентка в установлении группы инвалидности? 5. Сроки восстановления?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тактика правильная 2. Медикаментозная ноотропная терапия, ЛФК 3. Прогноз для жизни –сомнительный, трудовой –неблагоприятный, для здоровья – сомнительный 4. Нужно направление на МСЭК для определения группы инвалидности 5. По перелому бедра – 4-4,5 месяца, по травме черепа – неизвестно (сделать ЭЭГ – определить жизнеспособность коры головного мозга)
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 17</p> <p>Женщина 45 лет, поступила в больницу в плановом порядке следующими жалобами: боли в коленных суставах обеих ног, утренняя скованность в течение более 2 часов и хруст при движениях, ограничение движений из-за боли, небольшая хромота. Из анамнеза жизни: в детстве часто болела ангиной, хронический тонзиллит. При осмотре наблюдается припухлость, гиперемия, выраженный отек, деформация коленных суставов. При сгибании слышен отличительный хруст суставов. На рентгенограмме: околосуставной эпифизарный диффузный остеопороз, сужение околосуставной щели вследствие деструкции хряща, субхондральный остесклероз, множественные крупные остеофиты на боковых, передних и задних краях суставных поверхностей. Лабораторные данные ОАК:Эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин 137 г/л, Цветовой показатель 0,8, Лейкоциты $10,1 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 23 мм/ч. С-реактивный белок+++.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие исследования следует провести? 3. Какие дополнительные инструментальные исследования нужно провести для уточнения диагноза? 4. Тактика лечения у данного больного. 5. Ваши рекомендации, по не медикаментозному лечению данного больного.
Ответ	1. Ревматоидный полиартрит

	<p>2. Ревмопробы, МРТ коленных суставов</p> <p>3. Пункция коленных суставов для определения цитологии пунктата.</p> <p>4. Противовоспалительные препараты, улучшение микроциркуляции, стимуляция иммунитета, профилактика воспалительных простудных заболеваний, снижение аутоагрессии,</p> <p>5. Оперативное лечение – субтотальная синовиоэктомия, блокады в ГКС, коррекция оси конечности. Физлечение – электрофорез с новокаином, иодистым калием, хлористым литием, лазеротерапия, сан-кур лечение.</p>
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 18</p> <p>Женщина 23 года, катаясь на катке, подвернула правую ногу, упала на нее. Доставлена родственниками в приемное отделение городской больницы без иммобилизации с жалобами на сильные боли в правом коленном суставе. При осмотре – коленный сустав увеличен в размерах, контуры сглажены, симптом баллотирования надколенника. С-м «переднего выдвигающего ящика» положительный. При пункции – удалено 35мл геморрагического отделяемого с капельками жира. На рентгенограмме – костной патологии не выявлено.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз 2. Какие дополнительные методы диагностики нужно выполнить 3. О чем говорит наличие капель жира в пунктате? 4. Предложите методы лечения
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отрыв передней крестообразной связки с фрагментом межмышечкового возвышения, гемартроз. 2. МРТ правого коленного сустава. 3. Наличие капель жира в пунктате говорит о наличии перелома, пусть и небольшого 4. В остром периоде – сшивание связки закрыто – артроскопия, в позднем периоде – аутопластика передней
ПК-1/ ПК-1.5 ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 19</p> <p>Мальчик 11 лет начал заниматься спортом – легкой атлетикой с начала учебного года. Через 5 месяцев появились боли в стопах, в левой больше, стало больно опираться на пятку. На осмотре у ортопеда – видимых изменений в стопе не определяется. При пальпации – выраженная болезненность в области пяточного бугра.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз. 2. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить 3. Примерные сроки лечения, перспектива возвращения к спорту 4. Основные лечебные мероприятия
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Остеохондропатия пяточной кости – болезнь Шинца. 2. Рентгенография пяточных костей в боковой и аксиальной проекциях. 3. Освободить от занятий физкультурой в школе, спортом возможно заниматься после купирования клинических проявлений – через 6-12 месцев. 4. Срок лечения – от 6-12 месяцев ограничительный режим, укрепление сосудистой стенки, улучшение микроциркуляции,
ПК-1/ ПК-1.5	ЗАДАЧА 20

<p>ПК-3/ ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3</p>	<p>Мужчина 60 лет. Болен более пяти лет. В самом начале появился небольшой хруст в левом тазобедренном суставе, с дальнейшим появлением неприятных ощущений при сгибании. Сильная боль при движении. Особенно ярко проявляется во время ходьбы, сильнейшая боль, отдающая в левое колено и бедро, поясницу. Боль затихает ночью, во время сна, но усиливается во время дневного бодрствования. Причем начинает болеть уже спустя пару часов после подъема, по мере увеличения нагрузки. Для снижения боли ежедневно принимает НПВС. Объективно: укорочение конечности на 1см, ограничение его подвижности. Инструментальные исследования: Рентгенологическое: в левом тазобедренном суставе наблюдается полное отсутствие суставной щели, деформация и уплотнение суставных поверхностей эпифиза, обширные остеофиты, суставные мыши, субхондральные кисты. Исследование синовиальной жидкости. Синовиальная жидкость прозрачная, средней вязкости, муциновый сгусток плотный. Количество клеток в 1 мкл синовиальной жидкости от 500 до 5000, нейтрофилы составляют менее 50 %, могут обнаруживаться фрагменты хрящевой ткани.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определите предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику 3. Тактика лечения у данного больного. 4. Ваши рекомендации, по медикаментозному лечению данного больного.
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Артроз левого тазобедренного сустава 2. Системными воспалительными заболеваниями соединительной ткани 3. Тяжёлая степень остеоартроза это показание к артропластике, при отсутствии противопоказаний 4. Анальгезия.

ШКАЛЫ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Травматология, ортопедия»

Проведение зачета по дисциплине «Травматология, ортопедия» как основной формы проверки знаний обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы по предмету;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на зачете;
5. определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «отлично» заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала;
- свободное владение научным языком и терминологией;
- логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «хорошо» заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы;
- затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ;
- затруднения при выполнении предусмотренных программой заданий.

Оценки «неудовлетворительно» заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы;
- неумение выполнять предусмотренные программой задания.