

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

Специальность 31.08.66 Травматология и ортопедия

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

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2021

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине «Травматология и ортопедия»**

для

**СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.66
«ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»**

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
	Раздел 1. «Травматология» Раздел 2. «Избранные вопросы травматологии» Раздел 3. «Ортопедия» Раздел 4. «Нейротравма» Раздел 5. «Термические поражения»	УК-1, ПК-5; ПК-6	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методологию абстрактного мышления для систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов - принципы анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса - механизм возникновения и симптоматику различных видов повреждений опорно-двигательной системы - этиологию, патогенез и клинические проявления врожденных и приобретенных заболеваний опорно-двигательной системы - принципы и методы лечения больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - систематизировать патологические процессы, выявлять причинно-следственные связи развития патологических процессов для постановки диагноза и составления программы лечения пациента 	тесты	400
				Ситуационные задачи	50

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">- анализировать выявленные в результате обследования пациента симптомы, синдромы, патологические изменения- диагностировать повреждения и заболевания опорно-двигательной системы- определить показания к выбору оптимального метода лечения больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы | | |
|--|--|---|--|--|

Владеть:

- методологией абстрактного мышления для постановки диагноза путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов
- методологией анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента
- методологией синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения
- на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса
- методами клинического обследования больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы
- методами консервативного и оперативного лечения больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы

Таблица 1. Перечень заданий по дисциплине

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
В	001	СИМПТОМ ПРУЖИНЯЩЕЙ ФИКСАЦИИ ОТНОСИТСЯ К
О	А	Травматическим вывихам сегментов конечностей
О	Б	Переломам длинных трубчатых костей по типу «зеленой ветки»
О	В	Многооскольчатым переломам длинных трубчатых костей
О	Г	Ложным суставам костей конечностей
В	002	ОСНОВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ, КОТОРОЕ УДЕРЖИВАЕТ КЛЮЧИЦУ В ПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ПОВРЕЖДАЕТСЯ ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЕЕ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Ключично-клювовидная связка
О	Б	Ключично-акромиальные связки
О	В	Подключичная мышца
О	Г	Дельтовидная мышца
В	003	ВЫВИХИ БЕДРА БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕГО ПОВРЕЖДЕНИЯ БЕДРЕННОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ТАЗА БЫВАЮТ
О	А	Подвздошный (задневерхний), седалищный (задненижний), надлонный (передневерхний), запирающий (передненижний)
О	Б	Внутренний, наружный, передний, задний
О	В	Верхний, нижний, передний, задний
О	Г	Центральный, заднеротационный, переднеротационный, luxacio femoris erecta
В	004	ВЫВИХИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮТСЯ
О	А	Повреждением подколенного сосудисто-нервного пучка
О	Б	Повреждением бедренного нерва
О	В	Повреждением большой подкожной вены голени и бедра и большого подкожного нерва
О	Г	Разрывом собственной связки надколенника
В	005	ПО КОНЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГОЛОВКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЫВИХАХ ПЛЕЧА ВЫДЕЛЯЮТ
О	А	Передний, задний, нижний вывихи
О	Б	Центральный, латеральный вывихи
О	В	Верхний, нижний, luxacio Humeri erecta
О	Г	Супинационный, пронационный вывихи
В	006	ПРИ ПЕРИЛУНАРНОМ ВЫВИХЕ КИСТИ ПОЛУЛУННАЯ КОСТЬ
О	А	Остается фиксированной к костям предплечья
О	Б	Смещается в ладонную сторону
О	В	Смещается в тыльную сторону
О	Г	Остается фиксированной к костям предплечья и имеет ротационное

		смещение вокруг сагиттальной оси
В	007	ПО ВИДУ СМЕЩЕНИЯ СУСТАВНЫХ КОНЦОВ ВЫВИХИ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ РАЗДЕЛЯЮТ НА
О	А	Передние, задние, наружные, внутренние, расходящиеся, изолированный лучевой, изолированный локтевой
О	Б	Верхние, нижние, передние, задние
О	В	Полные, неполные, изолированные
О	Г	Венечные, локтевые, головчатые, наружные
В	008	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ВЫВИХИ ПЛЕЧА
О	А	Передние
О	Б	Задние
О	В	Нижние
О	Г	luxatio Humeri erecta
В	009	В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ТРАВМЫ ВЫВИХИ ПЛЕЧА РАЗДЕЛЯЮТ НА
О	А	Свежие, несвежие, застарелые
О	Б	Врожденные, приобретенные, привычные
О	В	Острые, подострые и хронические
О	Г	Травматические и паралитические
В	010	ПРИМЕРНЫЕ СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДУЮЩЕГО РЕЖИМА ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК ПОСЛЕ ЗАКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА
О	А	3-4 недели с последующим функциональным лечением и постепенным расширением режима до обычных бытовых нагрузок
О	Б	2 недели, с расширением режима до обычных бытовых нагрузок
О	В	2-3 месяца с последующим расширением режима до обычных бытовых нагрузок
О	Г	Можно обойтись без иммобилизации, назначается раннее функциональное лечение
В	011	ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ, НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВЫВИХОВ ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Ишемическая контрактура Фолькманна
О	Б	Отрыв дистального сухожилия бицепса плеча
О	В	Невропатия срединного нерва
О	Г	Отрыв дистального сухожилия трицепса плеча
В	012	ПРИ ВЫВИХЕ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ
О	А	Лучевой нерв
О	Б	Срединный нерв
О	В	Плечевая артерия в зоне бифуркации
О	Г	Локтевой нерв
В	013	ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВЫВИХ БЕДРА СОПРОВОЖДАЕТСЯ
О	А	Переломом костного остова дна вертлужной впадины и дислокацией головки бедра в полость малого таза
О	Б	Пролабированием головки бедра в запирательное отверстие

О	В	Смещением головки бедра в подвздошную ямку
О	Г	Смещением головки бедра кзади от ветви седалищной кости
В	014	СИМПТОМ «ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
О	А	Переломов шейки бедренной кости
О	Б	Вывихов бедра
О	В	Диафизарных переломов бедренной кости
О	Г	Многооскольчатых переломов бедренной кости
В	015	ЛИНИЯ РОЗЕРА-НЕЛАТОНА ЭТО
О	А	Линия, соединяющая передне-верхнюю ость подвздошной кости с наиболее выступающей точкой седалищного бугра одноименной стороны
О	Б	Линия, соединяющая передне-верхнюю ость подвздошной кости и вершину большого вертела одноименной стороны
О	В	Линия, соединяющая передне-верхние ости седалищных костей
О	Г	Линия, соединяющая вершину большого вертела и область симфиза
В	016	ШЕЕЧНО-ДИАФИЗАРНЫЙ УГОЛ, ОБРАЗОВАННЫЙ ОСЯМИ ШЕЙКИ И ДИАФИЗА БЕДРА, В СРЕДНЕМ РАВЕН
О	А	127° (от 115° до 135°)
О	Б	120° (от 110° до 127°)
О	В	140° (от 135° до 145°)
О	Г	Имеет индивидуальные параметры
В	017	ЛИНИЯ ШУМАХЕРА ЭТО
О	А	Линия, соединяющая передне-верхнюю ость подвздошной кости и вершину большого вертела одноименной стороны
О	Б	Линия, соединяющая передне-верхнюю ость подвздошной кости с наиболее выступающей точкой седалищного бугра одноименной стороны
О	В	Линия, соединяющая вершины больших вертелов
О	Г	Линия, соединяющая наиболее выступающие точки седалищных бугров
В	018	С УЧЕТОМ ЗОНЫ ПРИКРЕПЛЕНИЯ КАПСУЛЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДЕЛЯТ НА
О	А	Медиальные и латеральные
О	Б	Субкапитальные, трансвертикальные, базальные
О	В	Чрезвертельные, межвертельные, подвертельные
О	Г	Абдукционные (вальгусные) и адукционные (варусные)
В	019	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОБЪЕКТИВНО СУДИТЬ О ПАТОЛОГИЧЕСКОМ СМЕЩЕНИИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Линия Шентона
О	Б	Линия Шумахера
О	В	Линия Розера-Нелатона
О	Г	Треугольник Бриана
В	020	ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ПЕРЕЛОМЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ДАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Интрамедуллярный остеосинтез с блокированием
О	Б	Иммобилизация тазобедренной гипсовой повязкой

О	В	Скелетное вытяжение
О	Г	Внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратами внешней фиксации
В	021	ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ СОВРЕМЕННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА НЕОСЛОЖНЕННОГО ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	165-180 дней
О	Б	2-3 месяца
О	В	6-8 недель
О	Г	Более 1 года
В	022	ЛИНИЯ ШЕНТОНА В НОРМЕ СООТВЕТСТВУЕТ
О	А	Контуру нижней поверхности шейки и головки бедренной кости и совпадает с верхним контуром запирающего отверстия тазовой кости
О	Б	Линия, соединяющая передне-верхнюю ость подвздошной кости и вершину большого вертела одноименной стороны
О	В	Линия, соединяющая передне-верхнюю ость подвздошной кости с наиболее выступающей точкой седалищного бугра одноименной стороны
О	Г	Линия, соединяющая передне-верхние ости седалищных костей
В	023	В КАЧЕСТВЕ ОФИЦИАЛЬНОГО СРЕДСТВА ПРИ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
О	А	Шину Дитерихса
О	Б	Шину Еланского
О	В	Лестничную шину Крамера
О	Г	Кольца Дельбе
В	024	ХАРАКТЕРНЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Травматический шок
О	Б	Травматическая невралгия седалищного и бедренного нервов
О	В	Тромбоэмболия легочной артерии
О	Г	Посттравматическая пневмония
В	025	ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИСКОЙ ПОМОЩИ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ
О	А	Первичную хирургическую обработку раны, внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратами внешней фиксации, профилактику инфекционных и общесоматических осложнений
О	Б	Туалет раны, скелетное вытяжение, профилактику инфекционных и общесоматических осложнений
О	В	Первичную хирургическую обработку раны, погружной металлоостеосинтез, профилактику инфекционных и общесоматических осложнений
О	Г	Туалет раны, иммобилизацию гипсовой повязкой, профилактику инфекционных и общесоматических осложнений
В	026	В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ РАЗЛИЧАЮТ
О	А	Субкапитальные, трансцервикальные, базальные
О	Б	Вколоченные, невколоченные
О	В	Вальгусные, варусные

О	Г	Медиальные, латеральные, подвертельные
В	027	ОСНОВНОЙ ИДЕНТИФИЦИРУЮЩИЙ ПРИЗНАК СУХОЖИЛИЙ ГЛУБОКИХ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПРИ ИХ ПОВРЕЖДЕНИИ НА УРОВНЕ ПЯСТИ
О	А	От них начинаются червеобразные мышцы
О	Б	Они крупнее диаметром в сравнении с сухожилиями поверхностного сгибателя
О	В	Каждое сухожилие сопровождается сосудистым пучком
О	Г	Они имеют собственный костно-фиброзный канал
В	028	ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ ЗАПЯСТЬЯ НАКЛАДЫВАЕТСЯ
О	А	Циркулярная гипсовая повязка от основания пальцев до верхней трети плеча, при среднем положении предплечья между пронацией и супинацией и фиксирующая 1 палец кисти в отведении
О	Б	Циркулярная гипсовая повязка от основания пальцев до верхней трети предплечья, при среднем положении предплечья между пронацией и супинацией и фиксирующая 1 палец кисти в отведении
О	В	Лонгетная съемная гипсовая повязка от основания пальцев до верхней трети предплечья, при среднем положении предплечья между пронацией и супинацией и фиксирующая 1 палец кисти в отведении
О	Г	Лонгетная съемная гипсовая повязка от основания пальцев до верхней трети предплечья, при среднем положении предплечья между пронацией и супинацией
В	029	ПРИ ЗАКРЫТОМ ПОДКОЖНОМ РАЗРЫВЕ СУХОЖИЛИЯ РАЗГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦЕВ В МЕСТЕ ЕГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ К ДИСТАЛЬНОЙ ФАЛАНГЕ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ
О	А	Оперативную фиксацию поврежденного пальца в положении гиперкоррекции - «писчего пера» чрезкожно, чрескостно проведенной пальцевой спицей Киршнера.
О	Б	Фиксацию поврежденного пальца в положении гиперкоррекции - «писчего пера» тыльно-ладонной лонгетной повязкой
О	В	функциональный метод лечения – ранние движения в дистальном межфаланговом суставе поврежденного пальца
О	Г	Оперативный метод лечения – теноррафия, реинсерция, наkostный шов
В	030	ОСНОВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Ладонный апоневроз
О	Б	Сухожильный аппарат сгибателей пальцев кисти
О	В	Собственные мышцы кисти
О	Г	Сосудисто-нервные пучки кисти и пальцев
В	031	ОСТЕОХОНДРОПАТИЯ ПОЛУЛУННОЙ КОСТИ ЭТО
О	А	Болезнь Кинбека
О	Б	Болезнь Кенига
О	В	Болезнь Келера 1
О	Г	Болезнь Келера 2
В	032	ВЕДУЩИЙ ПРИЗНАК СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА
О	А	Компрессионная ишемическая невропатия срединного нерва

О	Б	Компрессионная ишемическая невропатия лучевого нерва
О	В	Компрессионная ишемическая невропатия локтевого нерва
О	Г	Пролиферативный тендовагинит сухожилий сгибателей пальцев кисти
В	033	ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОТЧЛЕНЕНИИ ПАЛЕЦ КИСТИ
О	А	Подлежит реплантации в сроки до 24 часов
О	Б	Не подлежит реплантации
О	В	Подлежит реплантации в сроки до 3 часов
О	Г	Подлежит реплантации в сроки до 3 суток
В	034	ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ БЕННЕТТА ЭТО
О	А	Нестабильный переломовывих основания I пястной кости
О	Б	Оскольчатый («взрывной») перелом основания I пястной кости
О	В	Перелом основания основной фаланги I пальца кисти
О	Г	Перелом головки I пястной кости
В	035	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА «ЩЕЛКАЮЩЕГО ПАЛЬЦА» КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Стенозирующий лигаментит кольцевидных связок костно-фиброзных каналов сухожилий сгибателей пальцев кисти
О	Б	Рубцовое перерождение структур ладонного апоневроза
О	В	Деформирующие артрозы суставов пальцев кисти
О	Г	Компрессионная ишемическая невропатия дистальных ветвей локтевого и срединного нервов
В	036	ДЕФОРМАЦИЯ ПАЛЬЦА КИСТИ ПО ТИПУ «ЛЕБЕДИНОЙ ШЕИ» ВОЗНИКАЕТ ПРИ
О	А	Повреждении центральных пучков сухожильного аппарата разгибателей
О	Б	Повреждении боковых пучков сухожильного аппарата разгибателей
О	В	Полном разрыве сухожильного аппарата разгибателей
О	Г	Повреждении сухожильного аппарата сгибателей пальца кисти
В	037	СУХОЖИЛЬНЫЙ АППАРАТ СГИБАТЕЛЕЙ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ ПРЕДСТАВЛЕН
О	А	Длинным и коротким сгибателями
О	Б	Поверхностным и глубоким сгибателями
О	В	Длинным сгибателем и мышцей, противопоставляющей первый палец
О	Г	Длинным сгибателем и косой головкой мышцы, приводящей первый палец
В	038	БОЛЕЗНЬ ДЕ-КЕРВЕНА ЭТО
О	А	Стенозирующий лигаментит сухожильного аппарата короткого разгибателя и длинной отводящей мышцы I-го пальца кисти I-го тыльного костно-фиброзного канала запястья
О	Б	Стенозирующий лигаментит сухожильного аппарата сгибателей пальцев кисти
О	В	Стенозирующий лигаментит сухожильного аппарата длинного разгибателя I-го пальца кисти, 3-го тыльного костно-фиброзного канала запястья
О	Г	Остеохондропатия полулунной кости
В	039	ПЕРЕЛОМ РОЛАНДА ЭТО
О	А	Оскольчатый перелом основания I пястной кости
О	Б	Оскольчатый перелом головки лучевой кости
О	В	Оскольчатый перелом головчатого возвышения плечевой кости

О	Г	Оскольчатый перелом основания проксимальной фаланги 1 пальца кисти
В	040	В СЛУЧАЕ ТЯЖЕЛОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ ОЖГОВОЙ) ТРАВМЫ КИСТИ, С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ НЕЙРО-ИШЕМИЧЕСКОЙ КОНТРАКТУРЫ, СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ
О	А	Рассечение карпальной связки
О	Б	Низкую блокаду ветвей локтевого и срединного нервов
О	В	Гипсовую иммобилизацию
О	Г	Проводниковую анестезию проксимальнее уровня поражения
В	041	ПРИ РАЗГИБАТЕЛЬНОМ ЧРЕЗ - ИЛИ НАДМЫШЕЛКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ УГОЛ МЕЖДУ ОТЛОМКАМИ ОТКРЫТ
О	А	Кзади и кнутри
О	Б	Кпереди и кнаружи
О	В	Кпереди и кнутри
О	Г	Углового смещения нет
В	042	ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ЛОПАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Симптом Комолли
О	Б	Признак Маркса
О	В	Симптом Чаклина
О	Г	Симптом Лозинского
В	043	АВУЛЬСИВНЫЙ ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ В СВЯЗИ С РЕФЛЕКТОРНЫМ, ЗАЩИТНЫМ СОКРАЩЕНИЕМ СЛЕДУЮЩЕЙ МЫШЦЫ БЕДРА
О	А	Большой приводящей мышцы бедра
О	Б	Малой приводящей мышцы бедра
О	В	Короткой приводящей мышцы бедра
О	Г	Стройной (нежной) приводящей мышцы бедра
В	044	СИМПТОМ ТОМПСОНА ПРИ РАЗРЫВЕ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени
О	Б	Невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги
О	В	Западением в области разрыва ахиллова сухожилия
О	Г	Резком ограничении супинации стопы
В	045	ОТРЫВ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ БЕДРА ПРОИСХОДИТ ЧАЩЕ В ОБЛАСТИ
О	А	Передней нижней ости подвздошной кости
О	Б	Седалищного бугра

О	В	Верхнего полюса надколенника
О	Г	Передней верхней ости подвздошной кости
В	046	ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ У СПОРТСМЕНОВ ПЕРЕЛОМ SEGOND -ЭТО
О	А	Отрыв подвздошно-берцового тракта от наружного мыщелка большеберцовой кости
О	Б	Отрыв двуглавой мышцы бедра от головки малоберцовой кости
О	В	Отрыв четырехглавой мышцы от верхнего полюса надколенника
О	Г	Отрыв большого аддуктора бедра от седалищного бугра
В	047	ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОДКРЫЛЬЦОВОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ ЛОПАТКИ ИЛИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧА ПРИВОДИТ
О	А	К парезу дельтовидной мышцы
О	Б	К парезу двуглавой мышцы
О	В	К парезу плечевой мышцы
О	Г	К парезу трехглавой мышцы
В	048	ВОЗНИКНОВЕНИЕ КРЫЛОВИДНОЙ ЛОПАТКИ (SCAPULA ALATA) ОБУСЛОВЛЕНО
О	А	Ушибом или перерастяжением длинного грудного нерва
О	Б	Повреждением надлопаточного нерва
О	В	Повреждением плечевого сплетения
О	Г	Повреждением мышечнокожного нерва
В	049	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СРЕДИННОГО НЕРВА, ВОЗНИКАЕТ РАССТРОЙСТВО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ
О	А	1, 2, 3 пальцев кисти и внутренней поверхности 4 пальца
О	Б	4 и 5 пальцев
О	В	только 2 пальца
О	Г	только в 1 пальца
В	050	ТРЕУГОЛЬНИК ГЮТЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ПОЛОЖЕНИИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ
О	А	При согнутом предплечье под углом 40-90 градусов
О	Б	При полном разгибании предплечья
О	В	При полном сгибании и супинации предплечья
О	Г	При разгибании и супинации предплечья
В	051	ПРИ НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА

		ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПОВЕРХНОСТЬ ИЗЛОМА
О	А	Располагается проксимальнее венечной и локтевой ямок.
О	Б	Проходит через венечную и локтевую ямки
О	В	Располагается дистальнее венечной и локтевой ямок
О	Г	Разделяет мышелок на два или более отломка
В	052	ПЕРЕЛОМЫ НАРУЖНОЙ ЧАСТИ МЫШЕЛКА ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮТСЯ
О	А	Повреждением медиальной боковой связки локтевого сустава
О	Б	Повреждением кольцевидной связки
О	В	Переломом локтевого отростка
О	Г	Переломом венечного отростка
В	053	НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОТВЕДЕНИЕ И СГИБАНИЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТЛОМКА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРЕЛОМОВ
О	А	Верхней трети диафиза
О	Б	Средней трети диафиза
О	В	Нижней трети диафиза
О	Г	Вертельной области
В	054	СИМПТОМОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ МИНИМАЛЬНОЕ ИЗБЫТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Симптом выпячивания
О	Б	Симптом переднего "выдвижного ящика"
О	В	Симптом заднего "выдвижного ящика"
О	Г	Симптом "баллотирования" надколенника
В	055	ПЕРЕЛОМЫ НАРУЖНОГО МЫШЕЛКА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ АБДУКЦИЕЙ, СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ
О	А	Внутренней большеберцовой связки, передней крестообразной связки и наружного мениска
О	Б	Боковых и крестообразных связок
О	В	Боковых связок
О	Г	Переднего рога внутреннего мениска

В	056	НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ И ФУНКЦИЯ СТОПЫ ПРИ ХОДЬБЕ ОБУСЛАВЛИВАЮТ МАКСИМАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩУЮ ПЛЮСНЕВУЮ КОСТЬ:
О	А	I плюсневую кость
О	Б	IV плюсневую кость
О	В	V плюсневую кость
О	Г	II-IV плюсневую кость
В	057	ИНДЕКС ПРОДОЛЬНОГО СВОДА СТОПЫ ПО М.О.ФРИДЛАНДУ В НОРМЕ СООТВЕТСТВУЕТ
О	А	31-29%
О	Б	29-27%
О	В	27-25%
О	Г	23-25%
В	058	ДЛЯ ТОЧНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЛОСКОСТОПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ
О	А	Плантография стоп
О	Б	Пальпация стоп
О	В	Измерение длины стопы
О	Г	Вычисление соотношения массы тела и длины стоп
В	059	ДЛЯ СТАТИЧЕСКОГО ПЛОСКОСТОПИЯ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЖАЛОБЫ:
О	А	Боли усиливаются к вечеру после длительного пребывания на ногах
О	Б	Боли чаще утром, после сна
О	В	Боли в ногах при «сидячей» работе
О	Г	Боли постоянные, не проходят после отдыха
В	060	ПЛАНТОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ II СТЕПЕНИ СЛЕДУЮЩИЕ:
О	А	1,31-1,50
О	Б	0,51-1,10
О	В	1,21-1,30
О	Г	1,11-1,20
В	061	ИЗМЕРЕННАЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЕЛИЧИНА УГЛА ПРОДОЛЬНОГО СВОДА СТОПЫ ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ ВТОРОЙ СТЕПНИ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	141-155 градусов
О	Б	Больше 155 градусов
О	В	131-140 градусов
О	Г	Менее 131 градуса
В	062	ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ С ОТКЛОНЕНИЕМ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА НЕ БОЛЕЕ 20 ГРАДУСОВ И ЭКЗОСТОЗОМ НА ВНУТРЕННЕМ КРАЕ ГОЛОВКИ ПЕРВОЙ ПЛЮСНЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩУЮ ОПЕРАЦИЮ
О	А	операция Шеде
О	Б	операция Брандеса
О	В	операция Куслика

О	Г	Операция Гомана
В	063	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Перелом пяточной кости
О	Б	Перелом плюсневых костей
О	В	Переломовывих в суставе Лисфранка
О	Г	Перелом таранной кости
В	064	РАЗРЫВ СУХОЖИЛИЯ ЗАДНЕЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ
О	А	Посттравматического продольного плоскостопия
О	Б	Эквино-варусной деформации стопы
О	В	Ослабления тыльного сгибания стопы
О	Г	Ослабления подошвенного сгибания стопы
В	065	ОПЕРАЦИЯ АЛЬБРЕХТА ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ ВКЛЮЧАЕТ КЛИНОВИДНУЮ РЕЗЕКЦИЮ И АРТРОДЕЗ
О	А	первого плюсне-клиновидного сустава
О	Б	первого плюсне – фалангового сустава
О	В	медиального плюсне – ладьевидного сустава
О	Г	латерального плюсне – ладьевидного сустава
В	066	ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПЛОСКОСТОПИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
О	А	Комбинированные оперативные вмешательства
О	Б	Корректирующие остеотомии
О	В	Консервативные методы
О	Г	Сухожильно-мышечная пластика, тенodes
В	067	В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПОПЕРЕЧНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ ВЕДУЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	Боли и натоптыши в подошвенной поверхности дистальных отделов стоп
О	Б	Разгибательные контрактуры пальцев
О	В	Вальгусное отклонение первого пальца
О	Г	Подвывихи и вывихи в плюснефаланговых суставах
В	068	СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПЛОСКОСТОПИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ
О	А	Поперечное плоскостопие в сочетании с отведением первого пальца кнаружи
О	Б	Распластанность переднего отдела стопы со снижением продольного свода
О	В	Продольное плоскостопие в сочетании с вальгусной деформацией стопы
О	Г	Продольное плоскостопие
В	069	ПРИ III СТЕПЕНИ ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ УГОЛ ПРОДОЛЬНОГО СВОДА СОСТАВЛЯЕТ
О	А	Более 155градусов
О	Б	141-155градусов

О	В	131-140градусов
О	Г	125-130градусов
В	070	ПРИ ВТОРИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН КИСТИ ШОВ И ПЛАСТИКА ПОВРЕЖДЕННЫХ СУХОЖИЛИЙ
О	А	Не показаны
О	Б	Показаны
О	В	Показаны в случае наличия возможности надежного их укрытия окружающими тканями
О	Г	Показаны в случае наличия их повреждения на уровне костно-фиброзных каналов
В	071	СРЕДИ ПРОТИВОШОКОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА С НАРУШЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПЕРЕДНЕГО И ЗАДНЕГО ОТДЕЛОВ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
О	А	стержневой аппарат внешней фиксации
О	Б	открытую репозицию и внутренний стабильный остеосинтез
О	В	ограничиться внутритазовой блокадой по Школьникову - Селиванову
	Г	положение Волковича
В	072	СРЕДИ ВАРИАНТОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В КОМПЛЕКСЕ ПРОТИВОШОКОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
О	А	анестезию по Школьникову-Селиванову-Цодыксу
О	Б	проводниковую анестезию
О	В	перидуральную блокаду
О	Г	местное обезболивание по А.В.Вишневскому
В	073	НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОВ И ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	эндотрахеальный наркоз
О	Б	масочный и ингаляционный наркоз фторотаном
О	В	местная анестезия
О	Г	внутривенный наркоз
В	074	У МОЛОДОГО, РАНЕЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В СОСТОЯНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ БУДЕТ СЛЕДУЮЩИМ
О	А	100/60 мм рт. ст.
О	Б	70/60 мм рт. ст.
О	В	90/60 мм рт. ст.
О	Г	60/40 мм рт. ст.
В	075	ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК СТАНОВИТСЯ НЕОБРАТИМЫМ, ЕСЛИ МАКСИМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ 60мм рт.ст. НЕ УДАЕТСЯ ПОДНЯТЬ В ТЕЧЕНИЕ
О	А	6 ч
О	Б	1 ч
О	В	2 ч
О	Г	4 ч

В	076	ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ III-IV СТЕПЕНИ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ И ЕЁ КОМПОНЕНТОВ
О	А	абсолютно показано
О	Б	показано относительно
О	В	можно обойтись трансфузией кровезаменителей
О	Г	зависит от случая
В	077	ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ ОСТЕОСИНТЕЗ ЗАКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ВЫВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ИЗ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ
О	А	через несколько суток
О	Б	сразу же после нормализации артериального давления и пульса
О	В	после нормализации диуреза
О	Г	через 12 ч стабилизации гемодинамики
В	078	ВЫБОР ПРЕПАРАТА ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДОЛЖЕН УЧИТЫВАТЬ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА
О	А	на гемодинамику
О	Б	на дыхание
О	В	на эндокринную систему
О	Г	на центральную систему
В	079	ТЕРМИН ОБЪЕДИНЯЮЩИЙ ПОНЯТИЯ МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ
О	А	политравма
О	Б	комбинированные повреждения
О	В	комплексные повреждения
О	Г	шокогенные повреждения
В	080	К СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОТНОСЯТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВКЛЮЧАЮЩИЕ
О	А	механические повреждения в пределах двух или более анатомических областей тела, одно из которых является опасным для жизни
О	Б	тупая травма живота с повреждением печени и селезенки и массивным гемоперитонеумом
О	В	кататравма, открытые оскольчатые переломы левой большеберцовой и кости и правой бедренной кости, жировая эмболия
О	Г	перелом свода и основания черепа, ушиб головного мозга тяжелой степени, кома
В	081	К МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ ОТНОСЯТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ
О	А	двух или более органов или сегментов конечностей одной анатомической области, одно из которых является тяжелым
О	Б	множественные переломы ребер справа, разрыв печени, гемоперитонеум
О	В	переломовывих Монтеджи, осложненный невропатией лучевого нерва
О	Г	задний вывих левого предплечья, перелом 5, 6, 7 ребер слева
В	082	ПРОБА РИВИЛУА-ГРЕГУАРА ПРИ ГЕМОТОРАКСЕ

		ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ
О	А	продолжающегося или остановившегося внутривидеального кровотечения
О	Б	объема гемоторакса и тяжести кровопотери
О	В	жировой эмболии
О	Г	свернувшегося гемоторакса
В	083	К ОПЕРАЦИИ ПЕРВОЙ ОЧЕРЕДИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ ОТНОСИТСЯ
О	А	ушивание разрывов печени
О	Б	ушивание полого органа живота
О	В	стабилизация таза с при разрывах лонного и крестцово-подвздошного сочленений
О	Г	закрытый блокируемый остеосинтез переломов по абсолютным показаниям
В	084	ПОКАЗАТЕЛЬ ШОКОВОГО ИНДЕКСА 2.0 СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА
О	А	шок 3 степени
О	Б	шок 2 степени
О	В	терминальное состояние (шок 4 степени)
О	Г	шок 1 степени
В	085	ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ, УСЛОВНО ОБРАТИМЫЙ ШОК КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК
О	А	шок 2 степени тяжести
О	Б	шок 3 степени тяжести
О	В	шок 1 степени тяжести
О	Г	терминальное состояние (шок 4 степени)
В	086	В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ (СДС) ЛЕЖИТ
О	А	полный длительный перерыв кровотока в мягких тканях
О	Б	длительная аноксия тканей
О	В	длительное сдавление нервных стволов
О	Г	тромбоз глубоких вен конечности
В	087	ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО В РАННИЙ ПЕРИОД СДС ОБУСЛОВЛЕНА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО
О	А	эндогенной токсемией вследствие рабдомиолиза
О	Б	плазмопотерей
О	В	болевым синдромом
О	Г	гиперкалиемией

В	088	ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО В ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ПЕРИОД СДС ОБУСЛОВЛЕНА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО
О	А	острой почечной недостаточностью
О	Б	миоглобинурией
О	В	гнойно-септическими осложнениями
О	Г	ацидозом
В	089	ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ СДС ОБУСЛОВЛЕНА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО
О	А	гнойно-септическими осложнениями
О	Б	сопутствующей патологией
О	В	анемией и иммунодепрессией
О	Г	сердечно-сосудистой недостаточностью
В	090	ПОКАЗАНИЕ К ЭКСТРЕННОМУ ГЕМОДИАЛИЗУ У ПОСТРАДАВШИХ С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ
О	А	гиперкалиемия более 6-7 ммоль/л
О	Б	снижение диуреза до 600мл/сутки
О	В	длительность сдавления более 4х часов
О	Г	тяжелая сочетанная патология
В	091	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К АМПУТАЦИИ СДАВЛЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	4 степень ишемии тканей
О	Б	длительность сдавления более 6 часов
О	В	острая почечная недостаточность
О	Г	сдавление кисти
В	092	ПОКАЗАНИЕМ К ЛАМПАСНЫМ РАЗРЕЗАМ И РАССЕЧЕНИЮ ФАСЦИАЛЬНЫХ ВЛАГАЛИЩ СДАВЛЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ СДС ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	3 степень ишемии тканей
О	Б	олигурия
О	В	длительность сдавления более 6 часов
О	Г	отёк головного мозга
В	093	ПРИМЕНЕНИЕ ГБО ТЕРАПИИ ПРИ СДС ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	обязательным
О	Б	показано при сдавлении более 4х часов
О	В	противопоказано при сдавлении менее 4х часов
О	Г	не является необходимым
В	094	АМПУТАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ с СДС ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ НЕОБРАТИМОЙ ИШЕМИИ НА ЭТАПЕ

О	А	специализированной помощи;
О	Б	при оказании первой помощи специализированными бригадами
О	В	доврачебной помощи;
О	Г	первой врачебной помощи
В	095	МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СДС ВКЛЮЧАЮТ
О	А	внутримышечное введение 1 мл 2% промедола, инфузионная терапия
О	Б	фасциотомия
О	В	иммобилизация подручными средствами
О	Г	ампутация конечности
В	096	РАЗВИТИЕ АСИСТОЛИИ ПРИ СДС ПОСЛЕ СНЯТИЯ ЖГУТА ОБУСЛОВЛЕНО
О	А	нарастающей гиперкалиемией
О	Б	тромбоэмболией;
О	В	массивной плазмопотерей
О	Г	нарастающей миоглобинемией
В	097	ПЛАЗМОПОТЕРЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ СДАВЛЕНИЯ МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ
О	А	30% ОЦК
О	Б	20% ОЦК
О	В	10% ОЦК
О	Г	5% ОЦК
В	098	ТЯЖЕСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НАХОДИТСЯ В ПРЯМОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ
О	А	от объема сдавленных тканей и его длительности
О	Б	от характера сдавливающего фактора
О	В	от атмосферных условий
О	Г	от возраста больного
В	099	ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ В ЭЛЕКТРОЛИТОМ СОСТАВЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	гиперкалиемия
О	Б	гиперкальциемия
О	В	гипонатриемия
О	Г	гипофосфатемия
В	100	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	при землетрясениях

О	Б	при пожарах
О	В	при подводных работах на глубине
О	Г	при падении с высоты
В	101	У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВЫВИХОМ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	пронационный подвывих головки лучевой кости
О	Б	вывих предплечья
О	В	вывих локтевой кости
О	Г	супинационный подвывих головки лучевой кости
В	102	ТИПИЧНЫЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ ПРИ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХАХ ТИПА МОНТЕДЖА
О	А	прямое воздействие на диафиз локтевой кости
О	Б	прямое воздействие на диафиз лучевой кости
О	В	падение на кисть
О	Г	падение на локоть
В	103	ТИПИЧНЫЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ
О	А	падение с упором на кисть
О	Б	удар по кисти
О	В	падение на локоть
О	Г	удар по локтю
В	104	ПЕРЕЛОМ БЕННЕТА ЭТО
О	А	перелом ульнарно-волярного края основания I пястной кости
О	Б	поперечный перелом основания основной фаланги I пальца
О	В	оскольчатый перелом основания I пястной кости
О	Г	оскольчатый перелом дистальной фаланги I пальца
В	105	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ
О	А	под углом, открытым в ладонную сторону
О	Б	под углом, открытым в тыльную сторону
О	В	под углом, открытым ульнарно
О	Г	смещение только по длине
В	106	УКАЖИТЕ ТИПИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИАФИЗА ОСНОВНОЙ И СРЕДНЕЙ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ
О	А	под углом, открытым в тыльную сторону
О	Б	под углом, открытым в ладонную сторону
О	В	под углом, открытым радиально
О	Г	под углом, открытым ульнарно
В	107	ТИПИЧНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ПРИ ВЫВИХЕ I ПАЛЬЦА КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	переразгибание основной фаланги и сгибание дистальной фаланги

О	Б	сгибание основной фаланги и разгибание дистальной фаланги
О	В	переразгибание основной фаланги вместе с разогнутой дистальной фалангой
О	Г	сгибание основной фаланги и сгибание дистальной фаланги
В	108	ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СУХОЖИЛИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО И ГЛУБОКОГО СГИБАТЕЛЕЙ ХАРАКТЕРНО
О	А	отсутствие активного сгибания средней и дистальной фаланги
О	Б	отсутствие активного сгибания дистальной фаланги
О	В	отсутствие активного сгибания всего пальца
О	Г	отсутствие пассивного сгибания дистальной фаланги пальца
В	109	УКАЖИТЕ СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ
О	А	4-5 недель
О	Б	1-2 недели
О	В	1-2 месяца
О	Г	3-4 недели
В	110	УКАЖИТЕ СРЕДНИЕ СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТЕВОГО СУСТАВА
О	А	4-6мес.
О	Б	3-4 нед.
О	В	1,5-2 мес.
О	Г	6-8 мес.
В	111	УКАЖИТЕ СРЕДНИЕ СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ
О	А	3-4 недели.
О	Б	1,5-2 недели.
О	В	2-3 недели.
О	Г	1-2 месяца.
В	112	УКАЖИТЕ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ ШВА СУХОЖИЛИЯ НА ПАЛЬЦАХ КИСТИ
О	А	3 недели.
О	Б	1-2 недели.
О	В	2-3 недели.
О	Г	3-4 недели.
В	113	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДДУКЦИОННОГО ПЕРЕЛОМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
О	А	отведение плеча
О	Б	приведение плеча
О	В	сгибание плеча
О	Г	внутренняя ротация
В	114	УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ

<input type="radio"/>	А	повреждение лучевого нерва
<input type="radio"/>	Б	повреждение плечевой артерии
<input type="radio"/>	В	повреждение локтевого нерва
<input type="radio"/>	Г	повреждение двуглавой мышцы плеча
В	115	УКАЖИТЕ СРЕДНИЕ СРОКИ СРАЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ВЗРОСЛЫХ
<input type="radio"/>	А	5-6 недель
<input type="radio"/>	Б	2-3 недели
<input type="radio"/>	В	3-4 недели
<input type="radio"/>	Г	4-5 недель
В	116	В КАКОМ НАПРАВЛЕНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО СМЕЩАЕТСЯ ГОЛОВКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИ ВЫВИХЕ
<input type="radio"/>	А	кпереди
<input type="radio"/>	Б	книзу
<input type="radio"/>	В	кверху
<input type="radio"/>	Г	кзади
В	117	КАКОЙ ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШИМ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА ПЛЕЧА
<input type="radio"/>	А	внутривенный наркоз
<input type="radio"/>	Б	проводниковая анестезия
<input type="radio"/>	В	масочный наркоз
<input type="radio"/>	Г	местная анестезия
В	118	УКАЖИТЕ НАПРАВЛЕНИЕ СМЕЩЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ОТЛОМКА ПРИ РАЗГИБАТЕЛЬНОМ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
<input type="radio"/>	А	кзади
<input type="radio"/>	Б	кпереди
<input type="radio"/>	В	кнаружи
<input type="radio"/>	Г	кнутри
В	119	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ РЕЗКО ОГРАНИЧЕНЫ
<input type="radio"/>	А	ротационные движения предплечья
<input type="radio"/>	Б	сгибание предплечья
<input type="radio"/>	В	разгибание предплечья
<input type="radio"/>	Г	ротационные движения в лучезапястном суставе
В	120	ДЛЯ ИЗОЛИРОВАННОГО ПЕРЕЛОМА ЛУЧЕВОЙ ИЛИ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ЛИНИЯ ИЗЛОМА
<input type="radio"/>	А	поперечная линия излома
<input type="radio"/>	Б	косая линия излома
<input type="radio"/>	В	винтообразная линия излома
<input type="radio"/>	Г	продольная линия излома
В	121	РОТАЦИОННЫЕ СМЕЩЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ

		ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЗАВИСЯТ ОТ
О	А	локализации линий излома (верхней, средней и нижней трети)
О	Б	действия той или иной степени силы
О	В	положения сгибания или разгибания предплечья в момент травмы
О	Г	положения только разгибания предплечья в момент травмы
В	122	ПРИ СГИБАТЕЛЬНОМ ТИПЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОНТЕДЖА ГОЛОВКА ЛУЧА ВЫВИХИВАЕТСЯ
О	А	кпереди
О	Б	кзади
О	В	кнаружи
О	Г	кнутри
В	123	ПОВРЕЖДЕНИЕ ГАЛИАЦИИ - ЭТО
О	А	перелом лучевой кости и вывих головки локтевой кости
О	Б	изолированный перелом локтевой кости
О	В	изолированный перелом лучевой кости
О	Г	перелом локтевой кости и вывих головки лучевой кости
В	124	РАДИОУЛЬНАРНЫЙ УГОЛ В НОРМЕ РАВЕН
О	А	30°
О	Б	10°
О	В	5°
О	Г	40°
В	125	ЧАЩЕ ВСЕГО ИЗ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ ЛОМАЕТСЯ
О	А	ладьевидная кость
О	Б	трехгранная кость
О	В	головчатая кость
О	Г	полулунная кость
В	126	ПУНКЦИЮ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ЧАЩЕ ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЮТ
О	А	между локтевым отростком и плечелучевой мышцей
О	Б	между краем трехглавой мышцы и локтевым сгибателем кисти
О	В	между локтевым отростком и внутренним надмыщелком
О	Г	над локтевым отростком через трехглавую мышцу
В	127	ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ОТМЕЧАЕТСЯ
О	А	«свисающая кисть»
О	Б	«когтистая лапа»
О	В	«обезьянья лапа»
О	Г	сгибательная контрактура I, II, III пальцев и разгибательная контрактура IV, V пальцев кисти
В	128	ПРИ НАЛОЖЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ СУХОЖИЛЬНЫХ ШВОВ НА СУХОЖИЛИЕ ГЛУБОКОГО СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА КИСТИ РАЗРАБОТКА АКТИВНЫХ ДВИЖЕНИЙ НАЧИНАЕТСЯ
О	А	на 21-е сутки после операции

О	Б	на 7-е сутки после операции
О	В	на 14-е сутки после операции
О	Г	через 5 недель после операции
В	129	СРЕДНИЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В «ТИПИЧНОМ МЕСТЕ» СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	5-6 недель
О	Б	2 недели
О	В	4 недели
О	Г	8-10 недель
В	130	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
О	А	в 10-20% случаев
О	Б	в 5-6% случаев
О	В	в 25-30% случаев
О	Г	в 40-50% случаев
В	131	ПРИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОМ ПЕРИАРТРИТЕ И ТРАВМЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ МОЖНО СНЯТЬ БЛОКАДОЙ
О	А	надлопаточного нерва со стороны надостной ямки
О	Б	мышечно-кожного нерва
О	В	надлопаточного нерва со стороны подостной ямки
О	Г	лучевого нерва на плече
В	132	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕЛОМ
О	А	хирургической шейки плечевой кости
О	Б	головки плечевой кости
О	В	анатомической шейки плечевой кости
О	Г	бугорков плечевой кости
В	133	АБДУКЦИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
О	А	отведении плеча
О	Б	приведении плеча
О	В	нейтральном положении плеча
О	Г	внутренней ротации плеча
В	134	АДДУКЦИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
О	А	приведении плеча
О	Б	отведении плеча
О	В	сгибании плеча
О	Г	наружной ротации плеча
В	135	ПЕРЕЛОМ ГОЛОВКИ ПЛЕЧА С ПОЛНЫМ РАЗОБЩЕНИЕМ И

		ПОВОРОТОМ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ
О	А	открытой репозицией и остеосинтезом в ранние сроки после травмы
О	Б	удалением головки плеча в ранние сроки
О	В	удалением головки с артродезом плечевого сустава в ранние сроки
О	Г	удалением головки плеча в поздние сроки после травмы
В	136	ДЛЯ «ЭПОЛЕТНОГО» (АКСИАЛЬНОГО) РЕНТГЕНОВСКОГО СНИМКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧО НАДО ОТВЕСТИ ПОД УГЛОМ
О	А	30-40°
О	Б	10-20°
О	В	50-60°
О	Г	90°
В	137	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДДУКЦИОННОГО ПЕРЕЛОМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	3-4 недели
О	Б	1-2 недели
О	В	5-6 недель
О	Г	8-10 недель
В	138	ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НА ОТВОДЯЩЕЙ ШИНЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ УГОЛ ОТВЕДЕНИЯ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ
О	А	90°
О	Б	60°
О	В	30°
О	Г	100°
В	139	ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И ПРИЗНАКАХ ЗАМЕДЛЕННОЙ КОНСОЛИДАЦИИ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ
О	А	5-6 месяцев
О	Б	3-4 месяца
О	В	10-12 месяцев
О	Г	1-1,5 года
В	140	ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ РАЗГИБАТЕЛЬНОГО ТИПА УГОЛ СГИБАНИЯ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ
О	А	60°
О	Б	20°
О	В	90°
О	Г	110-140°
В	141	ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ВЫЗЫВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
О	А	расстройства чувствительности в IV, V пальцев кисти

О	Б	свисание кисти и невозможность ее активного разгибания
О	В	пониженную чувствительность на лучевой стороне кисти
О	Г	пониженную чувствительность на разгибательной стороне предплечья
В	142	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СРЕДИННОГО НЕРВА, ВОЗНИКАЕТ РАССТРОЙСТВО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ
О	А	в I, II, III пальцах кисти и внутренней поверхности IV пальца
О	Б	IV, V пальцев кисти
О	В	во II пальце кисти
О	Г	только в I пальце
В	143	ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ
О	А	деротационные накостные пластины
О	Б	внутрикостные штифты
О	В	винты
О	Г	проволока
В	144	ПРИ СГИБАТЕЛЬНОМ ТИПЕ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ УГОЛ МЕЖДУ ФРАГМЕНТАМИ ОТКРЫТ
О	А	кпереди и кнутри
О	Б	кпереди и кнаружи
О	В	кзади и кнутри
О	Г	углового смещения нет
В	145	ПРЕДПЛЕЧЬЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НАРУЖНОГО НАДМЫШЦЕЛКА
О	А	отведено
О	Б	приведено
О	В	кнутри
О	Г	ротировано внутрь и приведено
В	146	КОНТРАКТУРА ФОЛЬКМАНА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ
О	А	продолжительного, значительного, но не полного нарушения артериального кровотока
О	Б	повреждения плечевого сплетения
О	В	короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
О	Г	двойного перелома плечевой кости
В	147	НАИБОЛЕЕ ОПАСНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ КОНТРАКТУРЫ ФОЛЬКМАНА
О	А	перелом плеча в нижней трети
О	Б	перелом плеча в верхней трети
О	В	перелом плеча в средней трети
О	Г	внутрисуставной перелом проксимального отдела плеча
В	148	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫВИХА АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	симптомом «клавиши»
О	Б	признаком Маркса

О	В	симптомом «треугольной подушки»
О	Г	пружинящие движения в плечевом поясе
В	149	НЕПОЛНЫЙ ВЫВИХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ПРОИСХОДИТ
О	А	при разрыве акромиально-ключичной связки
О	Б	при разрыве акромиально-ключичной и клювовидно-ключичной связок
О	В	при разрыве клювовидно-ключичной связки
О	Г	при растяжении ключично-акромиальной связки
В	150	ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПОЛНЫЙ» ИЛИ «НЕПОЛНЫЙ» ВЫВИХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ НЕОБХОДИМА РЕНТГЕНОГРАФИЯ
О	А	стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны
О	Б	надплечья, в положении больного лежа
О	В	надплечья, в положении больного стоя
О	Г	обоих надплечий, в положении больного «лежа»
В	151	ПЛЕЧО ПРИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕМся ВЫВИХЕ КАЖЕТся
О	А	удлиненным
О	Б	укороченным
О	В	не меняет длины
О	Г	смещенным кзади
В	152	«ЗАСТАРЕЛЫМ» ВЫВИХОМ ПЛЕЧА НАЗЫВАЕТся ВЫВИХ ДАВНОСТЬЮ
О	А	3 недели и более
О	Б	более 1 месяца
О	В	от 1 до 2х месяцев
О	Г	более 3х месяцев
В	153	«СВЕЖИМ» ВЫВИХОМ ПЛЕЧА НАЗЫВАЕТся ВЫВИХ, ДАВНОСТЬЮ
О	А	до 3х дней
О	Б	до 1 недели
О	В	до 24 часов
О	Г	до 2х недель
В	154	«НЕСВЕЖИМ» ВЫВИХОМ ПЛЕЧА НАЗЫВАЕТся ВЫВИХ, ДАВНОСТЬЮ
О	А	от 3х дней до 3х недель
О	Б	От 2х дней до 2х недель
О	В	от 2х до 4х недель
О	Г	свыше 4 недель
В	155	ВЫВИХИ КОСТЕЙ КИСТИ, ПО СРАВНЕНИЮ С ВЫВИХАМИ ДРУГОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ВСТРЕЧАЮТся
О	А	в 15-20% случаев
О	Б	в 1-5% случаев
О	В	в 5-10% случаев
О	Г	в 20-25% случаев

В	156	ПРИ ПЕРИЛУНАРНОМ ВЫВИХЕ ВЫВИХИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КОСТИ ЗАПЯСТЬЯ
О	А	головчатая кость по отношению к полулунной
О	Б	полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу
О	В	полулунная и головчатая кость по отношению к лучезапястному суставу
О	Г	ладьевидная и головчатая кости по отношению к многогранной
В	157	ПРИ ВЫВИХЕ ПОЛУЛУННОЙ КОСТИ ВЫВИХИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КОСТИ
О	А	полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу
О	Б	полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу
О	В	головчатая и крючковидная кости по отношению к полулунной
О	Г	ладьевидная и гороховидная кости по отношению к полулунной
В	158	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЫВИХОВ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
О	А	скелетное вытяжение за ногтевые фаланги
О	Б	одномоментное вправление вывиха
О	В	открытое вправление вывиха
О	Г	дистракция при помощи АНФ, затем открытое вправление вывиха
В	159	ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОГО ВПРАВЛЕНИЯ ПЕРИЛУНАРНОГО ВЫВИХА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ
О	А	5-6- недель
О	Б	1-2 недели
О	В	2-3 недели
О	Г	4-5 недель
В	160	К ВНУТРИСУСТАВНЫМ ПЕРЕЛОМАМ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ
О	А	надмышцелковые переломы
О	Б	переломы головчатого возвышения
О	В	переломы блока
О	Г	чрезмышцелковые переломы плеча
В	161	СРЕДИ ОТКРЫТЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ
О	А	- переломы большой берцовой кости
О	Б	- переломы локтевой кости
О	В	-переломы лучевой кости
О	Г	- переломы бедренной кости
В	162	ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ В СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРОВОДЯТ ЗА
О	А	- пяточную кость
О	Б	-надлодыжечную область б/берцовой кости
О	В	- таранную кость
О	Г	- нижнюю треть б/берцовой кости
В	163	ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БОЛЬШОЙ БЕРЦОВОЙ КОСТИ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА ДОЛЖНА БЫТЬ
О	А	- от верхней трети бедра до кончиков пальцев стопы

О	Б	- от коленного сустава до кончиков пальцев стопы
О	В	- от верхней трети бедра до лодыжек
О	Г	- от верхней трети голени до кончиков пальцев стопы
В	164	ПРИ СПИРАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ТРЕТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГОЛЕНИ В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
О	А	- перелома головки малоберцовой кости
О	Б	- перелома наружного мыщелка большеберцовой кости
О	В	- перелома внутреннего мыщелка большеберцовой кости
О	Г	- перелома дистального отдела бедренной кости
В	165	ПОСЛЕ ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМА ЛОДЫЖЕК ПРИМЕНЯЕТСЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ
О	А	- U- образной гипсовой повязкой по Волковичу
О	Б	- гипсовой повязкой со стопой до коленного сустава
О	В	- гипсовой повязкой типа «сапожок»
О	Г	- гипсовой повязкой со стопой до нижней трети бедра
В	166	ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	-хирургическая обработка раны и чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез
О	Б	- хирургическая обработка раны и иммобилизация
О	В	- хирургическая обработка раны и внутренний остеосинтез
О	Г	- хирургическая обработка раны и скелетное вытяжение
В	167	ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГЕМАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	- симптом «баллотирования» надколенника
О	Б	- кровоизлияние в парартикулярные ткани
О	В	- ограничение движений в суставе
О	Г	-симптомы «переднего-заднего» выдвигающего ящика
В	168	ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	-интрамедуллярный остеосинтез
О	Б	-накостный остеосинтез
О	В	-скелетное вытяжение
О	Г	-иммобилизация гипсовой повязкой
В	169	ПЕРЕЛОМ МЕЖМЫШЕЛКОВОГО ВОЗВЫШЕНИЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИВОДИТ К
О	А	- нестабильности коленного сустава
О	Б	- блокаде сустава
О	В	- варусной деформации
О	Г	-ограничению подвижности
В	170	ВЫВИХ НАДКОЛЕННИКА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ
О	А	-кнаружи

О	Б	-кнутри
О	В	-дистально
	Г	-проксимально
В	171	СИМПТОМ ПЕРЕДНЕГО И ЗАДНЕГО «ВЫДВИЖНОГО ЯЩИКА» СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОВРЕЖДЕНИИ
О	А	- крестообразных связок
О	Б	-внутреннего мениска
О	В	-наружного мениска
О	Г	-боковых связок коленного сустава
В	172	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИММОБИЛИЗАЦИИ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКОЙ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	- 2 месяца
О	Б	-1 месяц
О	В	-3 месяца
О	Г	-4 месяца
В	173	ПРИ ПЕРЕЛОМАХ МЕЖМЫШЦЛКОВОГО ВОЗВЫШЕНИЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОВРЕЖДАЕТСЯ
О	А	- передняя крестообразная связка
О	Б	- наружная боковая связка коленного сустава
О	В	- внутренняя боковая связка коленного сустава
О	Г	- задняя крестообразная связка
В	174	ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СЛЕДУЕТ ВОЗДЕРЖАТЬСЯ ОТ
О	А	-компрессионно-дистракционного остеосинтеза
О	Б	- консервативного лечения гипсовой иммобилизацией
О	В	- лечения методом скелетного вытяжения
О	Г	- оперативных методов лечения
В	175	ПОДКОЖНЫЙ РАЗРЫВ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ ПРИ
О	А	- неожиданном нескоординированном резком сокращении икроножной мышцы
О	Б	- ударе по стопе
О	В	- ударе по голени сзади
О	Г	-перерастяжении капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава
В	176	ПРИ ФИЗИКАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВА АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРОВЕРКА
О	А	- симптома Томпсона
О	Б	- амплитуда тыльного сгибания стопы
О	В	- ограничение супинации стопы
О	Г	- ощущение щелчка в проекции ахиллового сухожилия при движениях
В	177	СВЕЖИЙ РАЗРЫВ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ
О	А	- наложением сухожильного шва с иммобилизацией гипсовой повязкой

О	Б	- наложением гипсовой повязки в положении подошвенного сгибания
О	В	- пластикой сухожилия апоневрозом стопы
О	Г	- закрытое сшивание сухожилия
В	178	ВЫВИХ ГОЛЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ
О	А	- кзади
О	Б	- кпереди
О	В	- латерально
О	Г	- медиально
В	179	НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗАКРЫТОГО ВЫВИХА ГОЛЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	-повреждение подколенной артерии
О	Б	- повреждение боковых связок коленного сустава
О	В	- повреждение передней и задней крестообразных связок
О	Г	- перелом мыщелка большеберцовой кости
В	180	ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА СОСТОИТ В СЛЕДУЮЩЕМ:
О	А	- укладывании на ровную твердую поверхность в положении «лягушки»
О	Б	- укладывании на ровную поверхность, ноги сводятся вместе.
О	В	- укладывании на твердую поверхность с валиком под поясницу
О	Г	- укладывании на любую ровную поверхность
В	181	ОТРЫВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	- перелом передне-верхней ости подвздошной кости
О	Б	- перелом седалищной кости
О	В	- перелом лонной кости
О	Г	-перелом крестца
В	182	ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА С НАРУШЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	- переломы лонной и седалищной костей с двух сторон
О	Б	- двухсторонний перелом седалищной кости
О	В	-перелом ветви лонной кости слева и седалищной справа
О	Г	- двухсторонний перелом одной ветви лонной кости-
В	183	К ПЕРЕЛОМАМ КОСТЕЙ ТАЗА БЕЗ НАРУШЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА ОТНОСЯТСЯ
О	А	- переломы дна вертлужной впадины
О	Б	-разрыв крестцово-подвздошного сочленения с одной стороны
О	В	-вертикальный перелом типа Мальгенья
О	Г	- разрыв симфиза
В	184	ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ТАЗА
О	А	- боль при сведении или разведении крыльев таза в поперечном направлении (симптом Ларрея и Вернье)
О	Б	- симптом «прилипшей пятки»
О	В	- боль при пальпации лонного сочленения

О	Г	-болезненность при пальпации крестцово-подвздошных сочленений.
В	185	ВЫВИХ БЕЗЫМЯННОЙ КОСТИ ТАЗА ВОЗНИКАЕТ ПРИ:
О	А	- разрыве лобкового симфиза и разрыве крестцово-подвздошного сочленения
О	Б	- переломе лонных и седалищных костей
О	В	- переломе вертлужной впадины
О	Г	- переломе подвздошной кости
В	186	ПЕРЕЛОМ ТАЗА ТИПА «БАБОЧКИ» ЭТО
О	А	- перелом обеих лонных и обеих седалищных костей
О	Б	- перелом лонных и седалищных костей с одной стороны
О	В	- перелом седалищной кости и лонной кости с разных сторон
О	Г	- разрыв лонного сочленения
В	187	ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ ПЕРЕДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА ТАЗА НАБЛЮДАЕТСЯ СИМПТОМ ГАБАЯ В ВИДЕ
О	А	- поддержании ноги на стороне повреждения стопой или голенью здоровой ноги при переворачивании больного на бок или на спину
О	Б	-вынужденном положении пострадавшего лежа с полусогнутыми в коленных и тазобедренных суставах
О	В	-невозможности больного активно поднять вытянутую ногу
О	Г	- болезненность при сведении и разведении крыльев подвздошных костей
В	188	ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ С ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ ТАЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ БЛОКАДА
О	А	- по Школьникову- Селиванову - Цодыксу
О	Б	- паравертебральная блокада
О	В	- обезболивание по Шнеку
О	Г	- блокада по Куленкампу
В	189	БЛОКАДУ ПО ШКОЛЬНИКОВУ-СЕЛИВАНОВУ-ЦОДЫКСУ ВЫПОЛНЯЮТ ВКАЛЫВАЯ ДЛИННУЮ ИГЛУ ИЗ ТОЧКИ
О	А	- 1 см кнутри от передне-верхней ости подвздошной кости
О	Б	- 2 см кнутри от передне-верхней ости подвздошной кости
О	В	- 1 см кнутри от передне-нижней ости подвздошной кости
О	Г	-2 см кнутри от передне-нижней ости подвздошной кости
В	190	ДЛЯ БЛОКАДЫ ПО ШКОЛЬНИКОВУ-СЕЛИВАНОВУ-ЦОДЫКСУ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР НОВОКАИНА
О	А	-0,25%
О	Б	-0,5%
О	В	-1%
О	Г	-2%
В	191	ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ВЫВИХА БЕЗЫМЯННОЙ КОСТИ
О	А	- асимметрия костей таза
О	Б	- укорочение конечности на стороне повреждения
О	В	- удлинение конечности на стороне повреждения
О	Г	- разностояние вертелов бедренных костей

В	192	СМЕЩЕНИЕ ПОЛОВИНЫ ТАЗА ПРИ ПЕРЕЛОМОВЫВИХАХ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ
О	А	- проксимально
О	Б	- дистально
О	В	- латерально
О	Г	- медиально
В	193	АССИМЕТРИЮ КОСТЕЙ ТАЗА ВЫЯВЛЯЮТ ИЗМЕРЯЯ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ
О	А	- мечевидным отростком грудины и передне-верхними остями подвздошных костей
О	Б	- передне-верхними остями с обеих сторон
О	В	- большими вертелами с обеих сторон
О	Г	- от передне-верхних остей до лобкового симфиза с обеих сторон
В	194	БЛОКАДА ПО ШКОЛЬНИКОВУ-СЕЛИВАНОВУ-ЦОДЫКСУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА ИМЕЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ОСНОВНЫМ ИЗ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	- низкое артериальное давление
О	Б	- перелом вертлужной впадины
О	В	- сочетанная травма-перелом костей таза и ЧМТ
О	Г	- пожилой возраст
В	195	ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ПРИМЕНЕНИЕ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ВОЗМОЖНО ПРИ:
О	А	- центральном вывихе бедра
О	Б	- отрыве передне-верхней ости подвздошной кости
О	В	- переломе седалищной или лобковой кости с одной стороны
О	Г	- переломе крестца
В	196	ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ТАЗА ЧАЩЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЮТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
О	А	- уретры
О	Б	- мочевого пузыря
О	В	- прямой кишки
О	Г	- простаты у мужчин, яичников у женщин
В	197	ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:
О	А	- переломе типа «бабочки»
О	Б	- переломе подвздошной кости
О	В	- переломе лонных костей
О	Г	- переломе крестца
В	198	ПРИЗНАКОМ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	- нарушение мочеиспускания, симптомы «раздражения» брюшины
О	Б	- боль над лоном
О	В	- мочевой затек в клетчатку

О	Г	- недержание мочи
В	199	
О	А	- расстройство мочеиспускания и мочевого затек в клетчатку таза
О	Б	- боль над лоном, недержание мочи
О	В	- симптомы раздражения брюшины
О	Г	- симптом «ваньки-встаньки»
В	200	ТИПИЧНЫЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ:
О	А	- сдавление стопы между твердыми предметами,
О	Б	- передне-задний удар по стопе
О	В	- подворачивание стопы кнутри при фиксированной голени
О	Г	- переразгибание стопы на уровне плюсневых костей
В	201	ПЕРЕЛОМЫ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ
О	А	-при прямом ударе по пяточной области (кататравма)
О	Б	- при подворачивании стопы кнаружи
О	В	-при подворачивании стопы кнутри
О	Г	- при ударе по тылу стопы
В	202	ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ
О	А	- иммобилизация гипсовой лонгетной повязкой
О	Б	- скелетное вытяжение
О	В	- репозиция и фиксация отломков спицами
О	Г	- остеосинтез при помощи накостной пластины
В	203	ПОСЛЕ ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ИММОБИЛИЗАЦИЯ СТОПЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ
О	А	- подошвенного сгибания
О	Б	- нейтральном положении
О	В	- тыльном сгибании
О	Г	- приведения переднего отдела стопы
В	204	ПРОДОЛЬНОЕ ПЛОСКОСТОПИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ
О	А	-пяточной кости
О	Б	-таранной кости
О	В	- костей предплюсны
О	Г	- плюсневых костей
В	205	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА НАКЛАДЫВАЕТСЯ
О	А	- от кончиков пальцев стопы до верхней трети голени со стременем

О	Б	- от кончиков пальцев стопы до средней трети голени
О	В	- U –образная повязка по Волковичу
О	Г	- от кончиков пальцев стопы до нижней трети бедра
В	206	ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	- 2,5 - 3 месяца
О	Б	- 2 - 2,5 месяца
О	В	- 3 – 3,5 месяца
О	Г	- 3,5 - 4 месяца
В	207	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ КАТАТРАВМЫ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПЕРЕЛОМ
О	А	-позвоночника
О	Б	-шейки бедра
О	В	-надколенника
О	Г	- костей голени
В	208	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ УГОЛ БЕЛЕРА
О	А	-уменьшается
О	Б	- остается прежним
О	В	-увеличивается
О	Г	- не зависит от полученной травмы
В	209	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КРУЗАРТРОЗА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛОДЫЖЕК ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	- подвывих стопы
О	Б	-разрыв связок
О	В	-длительная иммобилизация
О	Г	-повреждение межберцового синдесмоза
В	210	ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ ТАРАННОЙ КОСТИ
О	А	- боль в области ахиллова сухожилия, усиливающиеся при тыльном сгибании и продольной нагрузке, подошвенное сгибание первого пальца стопы.
О	Б	- уменьшение отведения и приведения стопы
О	В	- увеличение подвижности в пяточно-таранном сочленении
О	Г	- ограничение подвижности в голеностопном суставе
В	211	ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ТАРАННОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ НАГРУЗКА НА КОНЕЧНОСТЬ РАЗРЕШАЕТСЯ ЧЕРЕЗ
О	А	-10-12 недель
О	Б	- 4 месяца
О	В	-3 месяца
О	Г	-2 месяца
В	212	ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ

		ТАРАННОЙ КОСТИ
О	А	- артродез голеностопного и подтаранного суставов
О	Б	- остеотомия и остеосинтез винтами
О	В	-остеотомия и остеосинтез спицами
О	Г	- астрагалэктомия
В	213	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТАРАННОЙ КОСТИ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	- 3-4 месяца
О	Б	- 2 месяца
О	В	- 3 месяца
О	Г	- 5 месяцев
В	214	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИММОБИЛИЗАЦИИ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКОЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛАДЬЕВИДНОЙ, КУБОВИДНОЙ И КЛИНОВИДНЫХ КОСТЕЙ СТОПЫ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	-6-8 недель
О	Б	-3 недели
О	В	-4-6 недель
О	Г	- 2 недели
В	215	СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ НАКЛАДЫВАЮТ НА СРОК
О	А	- 3-4 недели
О	Б	- 5 недель
О	В	- 6 недель
О	Г	- 2 недели
В	216	ПЕРЕЛОМ ДЮПОИТРЕНА ЭТО СОЧЕТАНИЕ
О	А	-перелома внутренней лодыжки, перелома малоберцовой кости в нижней трети и разрыв межберцового синдесмоза
О	Б	- перелом внутренней лодыжки с повреждением межберцового синдесмоза, подвывих стопы кнутри
О	В	- перелом внутренней и наружной лодыжки с подвывихом стопы
О	Г	- перелом обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости
В	217	ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ ПОДВЫВИХИ СТОПЫ, САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ИЗ НИХ
О	А	-подвывих кнаружи
О	Б	-подвывих кпереди
О	В	- подвывих кнутри
О	Г	- подвывих кзади
В	218	ПРИ ВЫВИХАХ В СУСТАВЕ ЛИСФРАНКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОИСХОДИТ СМЕЩЕНИЕ
О	А	- латеральное
О	Б	- тыльное
О	В	-медиальное
О	Г	- подошвенное

В	219	ВЫВИХИ В СУСТАВЕ ЛИСФРАНКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ С ПЕРЕЛОМАМИ
О	А	- II плюсневой кости
О	Б	- I плюсневой костей
О	В	- ладьевидной кости
О	Г	- кубовидной кости
В	220	ВЫВИХИ В СУСТАВЕ ШОПАРА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ С ПЕРЕЛОМАМИ
О	А	-ладьевидной, кубовидной костей
О	Б	-ладьевидной, I-ой клиновидной
О	В	-кубовидной , таранной
О	Г	- кубовидной , II-ой клиновидной
В	221	ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРОЗА
О	А	Перегрузка сустава
О	Б	Травмы
О	В	Инфекции и интоксикации
О	Г	Наследственные факторы
В	222	В КАКИХ СУСТАВАХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ОСТЕОАРТРОЗ
О	А	Тазобедренном
О	Б	Коленном
О	В	Голеностопном
О	Г	Лучезапястном
В	223	ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТЕОАРТРОЗОМ
О	А	Боли после перегрузки
О	Б	Ограничение движений
О	В	Хромота
О	Г	Ночные боли
В	224	ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГОНАРТРОЗА
О	А	Боль в суставе, хромота
О	Б	Опухание сустава
О	В	Нестабильность
О	Г	Ограничение движений
В	225	ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ КОКСАРТРОЗА
О	А	Ограничение внутренней и наружной ротации
О	Б	Ограничение сгибания
О	В	Ограничение разгибания
О	Г	Ограничение движений во всех плоскостях
В	226	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРВОЙ СТАДИИ ОСТЕОАРТРОЗА

О	А	Сужение суставной щели, субхондральный склероз
О	Б	Остеофиты
О	В	Остеопороз суставных концов
О	Г	Подвывихи суставных концов
В	227	КРОМЕ РЕНТГЕНОГРАФИИ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ
О	А	Магнитно-резонансная томография
О	Б	Аускультация сустава
О	В	Ультразвуковое исследование
О	Г	Биомеханическое исследование
В	228	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТЯЖЕСТИ - СТАДИИ ОСТЕОАРТРОЗА
О	А	Н.С. Косинской
О	Б	М.В.Стороженко
О	В	Н.М.Леоновой
О	Г	Г.П.Котельникова
В	229	ХАРАКТЕР ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
О	А	стадией остеоартроза
О	Б	общим состоянием пациента
О	В	профессией больного
О	Г	пораженным суставом
В	230	КАКИЕ МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕ ДОЛЖНЫ ПРИМЕНЯТЬСЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА
О	А	Механотерапия
О	Б	Физиолечение
О	В	Медикаментозная терапия
О	Г	Массаж
В	231	КАКИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ
О	А	Эндопротезирование
О	Б	Артродез
О	В	Остеотомия
О	Г	Денервация сустава
В	232	КАКИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ КРУЗАРТРОЗЕ
О	А	Артродез
О	Б	Эндопротезирование
О	В	Денервация
О	Г	Остеотомии
В	233	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОПЕРАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВЫПОЛНЯЮТСЯ НА СЛЕДУЮЩЕМ СУСТАВЕ
О	А	Тазобедренный

О	Б	Коленный
О	В	Плечевой
О	Г	Голеностопный
В	234	ОСНОВНОЕ РАННЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ
О	А	Нагноение
О	Б	Гематома
О	В	Краевой некроз раны
О	Г	Вывих эндопротеза
В	235	ОСНОВНОЕ ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ
О	А	Нестабильность эндопротеза
О	Б	Нагноение
О	В	Перипротезный перелом
О	Г	Разрушение конструкции
В	236	СИНОВИАЛЬНЫЙ СУСТАВ ЭТО
О	А	Конгруэнтное сочленение костей, покрытое гиалиновым хрящом, заключенное в фиброзную капсулу с синовиальной жидкостью
О	Б	Ложный сустав
О	В	«Болтающийся сустав»
О	Г	Врожденный ложный сустав
В	237	ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ
О	А	Локомоторная
О	Б	Метаболическая
О	В	Барьерная
О	Г	Амортизирующая
В	238	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ТАЗА ВЫЯВЛЯЮТСЯ У ПОСТРАДАВШИХ ЕСЛИ
О	А	Травма получена в результате ДТП или падения с высоты
О	Б	У пострадавшего кома (менее 8 баллов по шкале Глазго)
О	В	У пострадавшего клиника острого живота
О	Г	У пострадавшего индекс шока более 1,5
В	239	В КАКИХ ПЛОСКОСТЯХ ВОЗМОЖНЫ ДВИЖЕНИЯ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ
О	А	Фронтальной, сагиттальной и трансверзальной
О	Б	Фронтальной и трансверзальной
О	В	Фронтальной и сагиттальной
О	Г	Сагиттальной и трансверзальной
В	240	ТИПИЧНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ 3 СТАДИИ
О	А	Варусная
О	Б	Вальгусная
О	В	Подвывих голени кзади

О	Г	Подвывих голени кпереди
В	241	КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ?
О	А	50%-70% всех травм
О	Б	85-90% всех травм
О	В	30-40% всех травм
О	Г	15-25% всех травм
В	242	В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ТЕХ ИЛИ ИНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РАЗЛИЧАЮТ
О	А	Повреждения мышц
О	Б	Повреждения твердой мозговой оболочки
О	В	Глазного яблока
О	Г	Повреждения ростковой зоны
В	243	КАКОВ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ ПРИ УШИБЕ?
О	А	Удар
О	Б	Сдавление
О	В	Растяжение
О	Г	Сдавление и сдвиг
В	244	ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УШИБАХ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ СУТОК
О	А	Холод местно, покой, иммобилизация
О	Б	Наложение маевой повязки
О	В	Согревающие повязки
О	Г	Лечебная гимнастика
В	245	С КАКОГО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ УШИБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ?
О	А	На 3 сутки
О	Б	На 4 сутки
О	В	На 5 сутки
О	Г	В первые сутки
В	246	ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА «РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК, МЫШЦЫ» СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩИЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ
О	А	Сила в виде тяги вызывающая пластическую деформацию тканей без анатомических нарушений
О	Б	Сдавление тканей
О	В	Длительная нагрузка
О	Г	Удар
В	247	ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА «РАЗРЫВ СВЯЗОК, МЫШЦЫ, СУХОЖИЛИЯ» СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩИЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ
О	А	Растягивающая сила (сила сокращения мышцы) вызывающая частичное или полное нарушение анатомической целостности тканей

<input type="radio"/>	Б	Сдавление тканей
<input type="radio"/>	В	Удар
<input type="radio"/>	Г	Хроническая перегрузка
В	248	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗРЫВА МЫШЦ
<input type="radio"/>	А	Внезапное и резкое перенапряжение мышцы
<input type="radio"/>	Б	Дегенеративно-дистрофическое поражение мышцы
<input type="radio"/>	В	Хроническая перегрузка
<input type="radio"/>	Г	Системные заболевания
В	249	ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДЯТ РАЗРЫВЫ СЛЕДУЮЩИХ МЫШЦ
<input type="radio"/>	А	Двуглавой мышцы плеча
<input type="radio"/>	Б	Прямой мышцы бедра
<input type="radio"/>	В	Большой грудной мышцы
<input type="radio"/>	Г	Надостной мышцы
В	250	В КАКОМ МЕСТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ РАЗРЫВЫ МЫШЦ?
<input type="radio"/>	А	В месте перехода мышцы в сухожилие
<input type="radio"/>	Б	В области брюшка мышцы
<input type="radio"/>	В	В области фасциальных влагалищ
<input type="radio"/>	Г	В области энтезиса
В	251	ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КАКИХ СВЯЗОК ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМУЛИРУЕТСЯ ДИАГНОЗ «РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК»
<input type="radio"/>	А	Связок голеностопного сустава
<input type="radio"/>	Б	Связок коленного сустава
<input type="radio"/>	В	Связок локтевого сустава
<input type="radio"/>	Г	Клювовидно-ключичной связки
В	252	РАЗРЫВЫ КАКИХ СВЯЗОК ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ВСТРЕЧАЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО?
<input type="radio"/>	А	Передней таранномалоберцовой
<input type="radio"/>	Б	Дельтовидной
<input type="radio"/>	В	Задней таранномалоберцовой
<input type="radio"/>	Г	Пяточномалоберцовой
В	253	ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА ВКЛЮЧАЕТ ПОВРЕЖДЕНИЕ ТРЕХ СЛЕДУЮЩИХ МЫШЦ
<input type="radio"/>	А	Надостной, подостной, малой круглой
<input type="radio"/>	Б	Надостной, подлопаточной, малой круглой
<input type="radio"/>	В	Длинной головки двуглавой, большой круглой, подлопаточной
<input type="radio"/>	Г	Надостной, большой круглой, подлопаточной
В	254	ПРИ ОТРЫВЕ ДИСТАЛЬНОГО СУХОЖИЛИЯ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ СНИЖАЕТСЯ СИЛА
<input type="radio"/>	А	Супинации предплечья
<input type="radio"/>	Б	Сгибания и пронации
<input type="radio"/>	В	Сгибания предплечья

О	Г	Пронации предплечья
В	255	СРЕДИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ
О	А	Внутреннего мениска
О	Б	Наружного мениска
О	В	Передней крестообразной связки
О	Г	Задней крестообразной связки
В	256	КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКОВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЕН?
О	А	«Блокада сустава»
О	Б	Боль
О	В	Хромота
О	Г	Ограничение разгибания
В	257	КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ БОКОВЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЕН?
О	А	Симптом «бокового отклонения голени»
О	Б	Локальная болезненность
О	В	Припухлость, кровоизлияние
О	Г	Ограничение движений
В	258	КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ КРЕСТООБРАЗНЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЕН?
О	А	Симптом «переднего или заднего выдвигающего ящика»
О	Б	Припухлость, отек сустава
О	В	Хромота
О	Г	Ограничение движений
В	259	КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЕН ПРИ ПОЛНОМ РАЗРЫВЕ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА?
О	А	Отсутствие активного разгибания голени
О	Б	Хромота
О	В	Ограничение подвижности в суставе
О	Г	Боль
В	260	КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЕН ПРИ ПОЛНОМ РАЗРЫВЕ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ?
О	А	Резкое ослабление подошвенного сгибания, больной не может встать на носок стопы
О	Б	Припухлость, отек
О	В	Боль в месте повреждения
О	Г	Ограничение подвижности в суставе
В	261	ПРАВИЛО ЧЕТЫРЕХ КАТЕТЕРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	Все вышеперечисленное
О	Б	Катетер в центральной вене

О	В	Мочевой катетер, назогастральный зонд.
О	Г	Катетер в носоглотке для оксигенотерапии.
В	262	ПРИ ОЖОГАХ СВЫШЕ 80% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВВЕДЕНИЕ АНАЛЬГЕТИКОВ
О	А	Внутрикостное
О	Б	Подключичный катетер.
О	В	Яремный катетер
О	Г	Бедренный катетер.
В	263	ПО ГЛУБИНЕ ТЕРМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ
О	А	4 степени ожогов
О	Б	3 степени ожогов
О	В	3а степень ожогов
О	Г	3б степень ожогов
В	264	ОЖОГ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	Болью и порозовением кожного покрова
О	Б	Эпидермальными пузырями
О	В	Гипестезией
О	Г	Отёком
В	265	ДЛЯ ОЖОГА ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО
О	А	Эпидермальные пузыри, ярко красная кожа
О	Б	Болезненность
О	В	Сухая кожа
О	Г	Серо-желтый цвет кожного покрова
В	266	УКАЖИТЕ НЕВЕРНЫЙ ПЕРИОД (ФАЗУ) ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ
О	А	Острая почечная недостаточность
О	Б	Ожоговый шок
О	В	Острая токсемия
О	Г	Септикотоксемия
В	267	РАННИМ И ДОСТОВЕРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОГО ШОКА И ДИНАМИКИ ЕГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Величина почасового диуреза
О	Б	Повышение ЦВД
О	В	Увеличение ОЦК
О	Г	Отсутствие торпидной фазы
В	268	ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	Увеличение ОЦК
О	Б	Гемоконцентрация
О	В	Олиго- или анурии
О	Г	Азотемии, протеинемии, гемоглобинемии
В	269	ОБЪЁМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ВКЛЮЧАЕТ ВСЁ, КРОМЕ

О	А	Наложения мазевой повязки
О	Б	Введения обезболивающих
О	В	Наложение сухой асептической повязки
О	Г	Организация доставки в лечебное учреждение
В	270	ОБЪЁМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЁ, КРОМЕ
О	А	Наложение мазевой повязки
О	Б	Промывание проточной водой
О	В	Обработка нейтрализующими растворами
О	Г	Организация доставки в лечебное учреждение
В	271	ПОСТРАДАВШЕМУ В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ОТ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ, НА МЕСТЕ ПРОИШЕСТВИЯ ПОКАЗАНО ВСЁ, КРОМЕ
О	А	Трахеостомии
О	Б	Дефибрилляции сердца
О	В	Закрытого массажа сердца
О	Г	Искусственной вентиляции легких
В	272	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НЕКРОЗА ТКАНЕЙ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ
О	А	Нарушение кровотока
О	Б	Дисфункция мышц
О	В	Плазмопотеря
О	Г	Прекращение потоотделения
В	273	ДОРЕАКТИВНЫЙ ПЕРИОД ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ ВРЕМЯ
О	А	От начала действия холода до согревания
О	Б	Воздействия холода
О	В	Восстановления температуры тела
О	Г	От начала действия холода до начала отторжения струпа
В	274	РЕАКТИВНЫЙ ПЕРИОД ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ ВРЕМЯ
О	А	От начала действия холода до согревания
О	Б	Воздействия холода
О	В	Восстановления температуры тела
О	Г	От начала действия холода до начала отторжения струпа
В	275	МЕСТНЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
О	А	Гидраденита
О	Б	Рожи
О	В	Абсцесс, флегмона
О	Г	Тромбофлебита
В	276	К ИНФЕКЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
О	А	Лепры

О	Б	Сепсиса
О	В	Столбняка
О	Г	Анаэробной инфекции
В	277	ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ ОТ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ НЕДОПУСТИМО
О	А	Растирание снегом
О	Б	Растирание теплой чистой рукой
О	В	Обработка согретых участков спиртом
О	Г	Наложение теплоизолирующей повязки
В	278	ИСХОДЯ ИЗ «ПРАВИЛА ДЕВЯТОК» ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ОБЕИХ НОГ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	36% поверхности тела
О	Б	9% поверхности тела
О	В	18% поверхности тела
О	Г	27% поверхности тела
В	279	ОТ КАКИХ ФАКТОРОВ ЗАВИСИТ ТЯЖЕСТЬ ОЖОГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ?
О	А	От всего вышеперечисленного
О	Б	От времени воздействия
О	В	От температуры
О	Г	От площади поражения
В	280	ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ РУКИ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	9% поверхности тела
О	Б	18% поверхности тела
О	В	27% поверхности тела
О	Г	36% поверхности тела
В	281	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯ ФОРМА КРИВОШЕИ
О	А	Мышечная
О	Б	Костная
О	В	Рефлекторная
О	Г	Воспалительная
В	282	ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ
О	А	Подбородок отклонен влево
О	Б	Подбородок отклонен вправо
О	В	Подбородок расположен по средней линии туловища
О	Г	Подбородок расположен кверху и вправо
В	283	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ
О	А	Изменений нет
О	Б	Добавочный полупозвонок
О	В	Синостоз тел позвонков
О	Г	Незаращение дужек позвонков

В	284	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ В ПЕРВЫЕ НЕДЕЛИ И МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ВКЛЮЧАЕТ
О	А	Частое выкладывание ребенка на живот и побуждение его к активному поворачиванию головы в «больную» сторону
О	Б	Фиксированное положение головы
О	В	Рассасывающий массаж «больной» стороны
О	Г	Ионизацию с йодистым калием
В	285	МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ
О	А	Не применяется
О	Б	Мумие
О	В	Инъекций лидазы
О	Г	Инъекций гидрокортизона
В	286	ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ
О	А	3-4 года
О	Б	До 3 лет
О	В	До 2 лет
О	Г	До 1 года
В	287	РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВИД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ
О	А	Миотомия ножек грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
О	Б	Операция по Зацепину
О	В	Операция по Гаген - Торну
О	Г	Миотомия ножек грудинно-ключично-сосцевидной мышцы + ее аллопластика
В	288	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ
О	А	Гипсовая моделированная повязка
О	Б	Ошейник из поливика
О	В	Воротник Шанца
О	Г	Не применяется
В	289	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ
О	А	1,5 месяца
О	Б	1 месяц
О	В	2 месяца
О	Г	2 недели
В	290	ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА
О	А	Ограничение отведения бедер
О	Б	Наружная ротация конечности
О	В	Асимметрия кожных складок на внутренней поверхности бедра

О	Г	Укорочение конечности
В	291	НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ДИСПЛАЗИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ВЫЯВЛЯЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СХЕМА РАЗРАБОТАННАЯ
О	А	Хильгенрейнером
О	Б	Омбреданом
О	В	Радулеску
О	Г	Рейнбергом
В	292	ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАЧИНАЕТСЯ
О	А	С рождения
О	Б	В возрасте 1 месяца
О	В	В возрасте 1-2 месяцев
О	Г	В возрасте 3 месяцев и старше
В	293	НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Широкое пеленание
О	Б	Гипсовые повязки
О	В	Постоянное вытяжение
О	Г	Оперативный метод
В	294	ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 2х ЛЕТ, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ
О	А	Хирургического лечения (вне- или внутрисуставные вмешательства)
О	Б	Компрессионно-дистракционных аппаратов
О	В	Гипсовой повязки
О	Г	Вытяжения
В	295	ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА
О	А	Асептический некроз головки бедра
О	Б	Релюксация
О	В	Контрактуры
О	Г	Анкилоз
В	296	ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА И ПРЕКРАЩЕНИЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ
О	А	Пассивные физические упражнения
О	Б	Активные физические упражнения
О	В	Грязелечение
О	Г	Водные процедуры
В	297	ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА ПОЛНАЯ НАГРУЗКА НА ОПЕРИРОВАННУЮ КОНЕЧНОСТЬ РАЗРЕШАЕТСЯ
О	А	Через 1 год

<input type="radio"/>	Б	Через 6 месяцев
<input type="radio"/>	В	Через 3 месяца
<input type="radio"/>	Г	Через 2 месяца
<input type="radio"/>	В 298	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ КОСОЛАПОСТИ
<input type="radio"/>	А	Варус стопы
<input type="radio"/>	Б	Вальгус стопы
<input type="radio"/>	В	Экскаватус стопы
<input type="radio"/>	Г	Эквинсу стопы
<input type="radio"/>	В 299	БОЛЬНОЙ С КОСОЛАПОСТЬЮ ПРИ ХОДЬБЕ
<input type="radio"/>	А	Наступает на наружный край стопы
<input type="radio"/>	Б	Наступает на внутренний край стопы
<input type="radio"/>	В	Хромает
<input type="radio"/>	Г	Имеет «утиную» походку
<input type="radio"/>	В 300	В ФОРМИРОВАНИИ ЭЛЕМЕНТОВ КОСОЛАПОСТИ ОСНОВНАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ
<input type="radio"/>	А	Икроножной мышце
<input type="radio"/>	Б	Передней большеберцовой мышце
<input type="radio"/>	В	Длинному сгибателю 1 пальца
<input type="radio"/>	Г	Длинному сгибателю пальцев
<input type="radio"/>	В 301	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ НАЧИНАЮТ
<input type="radio"/>	А	С рождения
<input type="radio"/>	Б	Через 2 недели после рождения
<input type="radio"/>	В	Через 1 месяц после рождения
<input type="radio"/>	Г	Через 3 месяца после рождения
<input type="radio"/>	В 302	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ВКЛЮЧАЕТ
<input type="radio"/>	А	Этапные редрессации с фиксацией гипсовыми повязками
<input type="radio"/>	Б	Мягкое бинтование и ЛФК
<input type="radio"/>	В	Массаж и ЛФК
<input type="radio"/>	Г	Ношение ортопедической обуви
<input type="radio"/>	В 303	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	до 1 года
<input type="radio"/>	Б	до 2.5-3 лет
<input type="radio"/>	В	до 5-летнего возраста
<input type="radio"/>	Г	до исправления элементов косолапости
<input type="radio"/>	В 304	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ
<input type="radio"/>	А	до 12-месячного возраста
<input type="radio"/>	Б	С 2-летнего возраста
<input type="radio"/>	В	С 3-летнего возраста
<input type="radio"/>	Г	С 10-летнего возраста
<input type="radio"/>	В 305	НАИБОЛЕЕ СТОЙКИЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ

		КОСОЛАПОСТИ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ОПЕРАЦИИ НА
О	А	костях стопы
О	Б	сухожилиях
О	В	сухожильно-связочном аппарате
О	Г	сухожильно-связочно-капсулярном аппарате
В	306	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕДСТВИЕМ НЕДОРАЗВИТИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РАСТУЩЕГО ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Дисплазия тазобедренного сустава
О	Б	Амниотические перетяжки
О	В	Патологический вывих бедра
О	Г	Врожденная косорукость
В	307	ОСНОВОЙ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Дисфункция роста
О	Б	Неправильное внутриутробное развитие
О	В	Механическое воздействие
О	Г	Тератогенное воздействие
В	308	ОСНОВОЙ ПАТОГЕНЕЗА ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Дисфункция созревания
О	Б	Дисфункция роста
О	В	Родовая травма
О	Г	Внутриутробная инфекция
В	309	ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ЗАПОДОЗРИТЬ РОДОВЫЙ ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ БЕЗ ЗНАЧИМОГО СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ
О	А	Беспричинный плач и реакция на болевое ощущение при пеленании
О	Б	Крепитация отломков
О	В	Гемипарез
О	Г	Гематома в области плечевого сустава
В	310	РАЦИОНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РОДОВОГО ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ
О	А	Фиксация ручки к туловищу ребенка (пеленание)
О	Б	Восьмиобразная повязка
О	В	Гипсовая повязка
О	Г	Повязка Дезо
В	311	ОПТИМАЛЬНОЙ ФИКСИРУЮЩЕЙ ПОВЯЗКОЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ КЛЮЧИЦЫ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Повязка Дезо
О	Б	8-образная повязка
О	В	Торакобрахиальная повязка
О	Г	Фиксация не требуется
В	312	БОЛЕЗНЬ КЛИШЕЛЯ – ФЕЙЛЯ - ЭТО
О	А	Порок развития шейных и верхне-грудных позвонков, характеризующийся

		короткой и малоподвижной шеей
О	Б	подвывих I шейного позвонка
О	В	наличие шейных ребер
О	Г	крыловидная шея
В	313	ДЕФОРМАЦИЯ МАДЕЛУНГА - ЭТО
О	А	Штыкообразная деформация кисти и предплечья
О	Б	Лучевая косорукокость
О	В	Локтевая косорукокость
О	Г	Укорочение костей предплечья
В	314	СЛАГАЕМЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ СТОПЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ
О	А	Приведение, супинация и подошвенное сгибание
О	Б	Приведение, пронация и тыльное сгибание
О	В	Отведение, супинация и подошвенное сгибание
О	Г	Отведение, пронация и фиксация стопы в среднем положении
В	315	ОСНОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Величина шеечно-диафизарного угла
О	Б	Степень укорочения конечности
О	В	Положение большого вертела
О	Г	Сроки окостенения эпифиза головки бедра
В	316	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Ограничение отведения бедер
О	Б	Симптом Маркса - Ортолани (соскальзывание)
О	В	Укорочение ножки
О	Г	Асимметрия кожных складок
В	317	НЕЗАМЕЧЕННАЯ ВОВРЕМЯ БОЛЕВАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДЯЩИХ МЫШЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ ВИЛЕНСКОГО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
О	А	К асептическому некрозу головки бедренной кости
О	Б	К разрыву капсулы
О	В	К нарушению кровообращения в стопах
О	Г	К деформации бедра
В	318	ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ОТСУТСТВИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Укорочение, утолщение и искривление большеберцовой кости, отсутствие наружной лодыжки, эквинус или вальгус порочно развитой стопы
О	Б	Искривление конечности, эквино-вальгусная стопа
О	В	Искривление конечности
О	Г	Укорочение конечности
В	319	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА

		БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА
О	А	Резекция с пластикой на сосудистой ножке в условиях стабильной фиксации
О	Б	Резекция с аллопластикой
О	В	Резекция участка псевдоартроза с аутопластикой
О	Г	Наложение аппарата для компрессионно-дистракционного остеосинтеза
В	320	ЛЕЧЕНИЕ КОНСКОЙ СТОПЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ
О	А	Только консервативное лечение
О	Б	Удлинение задней большеберцовой мышцы
О	В	Артродез
О	Г	Удлинение ахиллова сухожилия
В	321	ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ СТОПЫ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	ЛФК, массаж, электростимуляция мышц, обувь с супинаторами
О	Б	Этапные гипсовые повязки
О	В	Ношение ортопедической обуви
О	Г	Лечения не требует
В	322	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ
О	А	Не ранее 6 месяцев после полного клинического и рентгенологического выздоровления
О	Б	При свищевой форме
О	В	При хронической форме остеомиелита
О	Г	В период ремиссии
В	323	АХОНДРОПАЗИЯ -ЭТО
О	А	Нарушение энхондрального окостенения длинных трубчатых костей
О	Б	Нейроэндокринное заболевание
О	В	Последствия внутриутробного рахита
О	Г	Последствия внутриутробного сифилиса
В	324	БОЛЕЗНЬ БЛАУНТА - ЭТО
О	А	Нарушение развития медиальной части росткового хряща проксимального эпифиза большеберцовой кости
О	Б	рахитоподобное заболевание
О	В	дисплазия росткового хряща верхнего конца большеберцовой кости
О	Г	остеохондропатия головки бедренной кости
В	325	ПРИЧИНА ДЕФОРМАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ МАДЕЛУНГА
О	А	Дисплазия дистальной ростковой зоны лучевой кости
О	Б	Дисплазия росткового хряща локтевой кости
О	В	Травма
О	Г	Остеомиелит бедренной кости
В	326	СПОНДИЛОЭПИФИЗАРНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ОБУСЛОВЛЕНА
О	А	Нарушением развития эпифиза, в том числе и эпифизарных зон позвонков

О	Б	Системным нарушением развития мышечной ткани
О	В	Нарушением процессов оссификации
О	Г	Нейроэндокринными нарушениями
В	327	БОЛЕЗНЬ КЕЛЛЕР-1 - ЭТО
О	А	Остеохондропатия ладьевидной кости стопы
О	Б	Остеохондропатия плюсневых костей стопы
О	В	Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости
О	Г	Остеохондропатия тел позвонков
В	328	БОЛЕЗНЬ ОСГУДА-ШЛЯТТЕРА - ЭТО
О	А	Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости
О	Б	Остеохондропатия тел позвонков
О	В	Остеохондропатия головки бедренной кости
О	Г	Остеохондропатия ладьевидной кости стопы
В	329	БОЛЕЗНЬ ШОЙЕРМАНА – МАУ - ЭТО
О	А	Остеохондропатия тел позвонков
О	Б	Остеохондропатия ладьевидной кости стопы
О	В	Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости
О	Г	Остеохондропатия бугра пяточной кости
В	330	БОЛЕЗНЬ ЛЕГГА – КАЛЬВЕ – ПЕРТЕСА - ЭТО
О	А	Остеохондропатия головки бедренной кости
О	Б	Остеохондропатия тел позвонков
О	В	Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости
О	Г	Остеохондропатия ладьевидной кости стопы
В	331	ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ
О	А	Нижняя треть бедра, верхняя треть голени
О	Б	Верхняя треть бедра, нижняя треть голени
О	В	Кости таза
О	Г	Кости предплечья
В	332	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМОЙ СОСТОИТ В СЛЕДУЮЩЕМ
О	А	Боли в покое, припухлость, болевая контрактура
О	Б	Повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов
О	В	Местная гипестезия, парэстезии
О	Г	Боль при движениях, хромота
В	333	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	Пятнистыми очагам разряжения, уплотнением кости с размытыми контурами внутри метафиза, симптомом "козырька"
О	Б	Отсутствием отслоения надкостницы (симптома козырька)
О	В	Остеопорозом кости, окруженным зоной склероза
О	Г	Отсутствием четкой границы проникновения в мягкие ткани
В	334	ГЕМАНГИОМОЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ КОСТИ

О	А	Позвоночника и черепа
О	Б	Бедренная кость
О	В	Большеберцовая кость
О	Г	Лопатка
В	335	ФИБРОМА КОСТИ - ЭТО
О	А	Доброкачественная опухоль остеогенного происхождения
О	Б	Доброкачественная опухоль неостеогенного происхождения
О	В	Хондродисплазия
О	Г	Атипично протекающий остеомиелит
В	336	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПУХОЛИ ЮИНГА
О	А	Боли непостоянного характера, гиперемия в области припухлости
О	Б	Опухоль растет медленно, болей нет
О	В	Резкие постоянные боли в покое
О	Г	Жалоб нет
В	337	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПУХОЛИ ЮИНГА
О	А	Пятнистый остеопороз тела кости, остеолит кортикального слоя, луковичный гиперостоз
О	Б	Остеопорозом кости с зоной склероза
О	В	Бахромчатым периоститом, отслоением надкостницы, спикулами
О	Г	Овальным очагом просветления со штампованными краями
В	338	БОЛЕЗНЬ ШПРЕНГЕЛЯ - ЭТО
О	А	Врожденное высокое стояние лопатки
О	Б	Воронкообразная деформация грудной клетки
О	В	Анкилозирующий спондилоартрит
О	Г	Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости
В	339	ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЕМА - ЭТО
О	А	Заболевание, заключающееся в очаговом скоплении в костях эозинофильных лейкоцитов
О	Б	Системное заболевание крови и кроветворных органов
О	В	Осложнение, развивающееся при лейкозе
О	Г	Хронический очаг воспаления в кости
В	340	МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ
О	А	Только оперативное
О	Б	Только рентгенотерапия
О	В	Химиотерапия и оперативное лечение
О	Г	Химиотерапия
В	341	ОМАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ
О	А	Плечевого сустава
О	Б	Локтевого сустава
О	В	Тазобедренного сустава
О	Г	Коленного сустава
В	342	КУБАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ

<input type="radio"/>	А	Локтевого сустава
<input type="radio"/>	Б	Плечевого сустава
<input type="radio"/>	В	Тазобедренного сустава
<input type="radio"/>	Г	Коленного сустава
В	343	КОКСАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ
<input type="radio"/>	А	Тазобедренного сустава
<input type="radio"/>	Б	Коленного сустава
<input type="radio"/>	В	Плечевого сустава
<input type="radio"/>	Г	Локтевого сустава
В	344	ГОНАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ
<input type="radio"/>	А	Коленного сустава
<input type="radio"/>	Б	Плечевого сустава
<input type="radio"/>	В	Локтевого сустава
<input type="radio"/>	Г	Голеностопного сустава
В	345	КРУЗАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ
<input type="radio"/>	А	Голеностопного сустава
<input type="radio"/>	Б	Коленного сустава
<input type="radio"/>	В	Локтевого сустава
<input type="radio"/>	Г	Плечевого сустава
В	346	ВТОРИЧНЫЙ ОСТЕОАРТРОЗ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ
<input type="radio"/>	А	Аваскулярного некроза головки плеча
<input type="radio"/>	Б	Контрактуры Дюпюитрена
<input type="radio"/>	В	Травмы шейного отдела позвоночника
<input type="radio"/>	Г	Брахиоплексита
В	347	У КОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРВИЧНЫЙ КУБАРТРОЗ?
<input type="radio"/>	А	У мужчин, род занятий которых связан с тяжелым физическим трудом
<input type="radio"/>	Б	У детей
<input type="radio"/>	В	У женщин, кормящих матерей
<input type="radio"/>	Г	Женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
В	348	ВТОРИЧНЫЙ КУБАРТРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
<input type="radio"/>	А	Ревматоидного артрита или травм
<input type="radio"/>	Б	Атрофии мышц плеча и предплечья
<input type="radio"/>	В	Латерального эпикондилита
<input type="radio"/>	Г	Медиального эпикондилита
В	349	КАКОЙ ФАКТОР ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ ОСТЕОАРТРОЗА ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА
<input type="radio"/>	А	Любой перелом в области лучезапястного сустава
<input type="radio"/>	Б	Болезнь Де Кервена
<input type="radio"/>	В	Теносиновит сухожилий сгибателей
<input type="radio"/>	Г	Теносиновит сухожилий разгибателей
В	350	РИЗАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ
<input type="radio"/>	А	Запястно-пястного сустава
<input type="radio"/>	Б	Плечевого сустава
<input type="radio"/>	В	Локтевого сустава

О	Г	Коленного сустава
В	351	ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК РИЗАРТРОЗА - ЭТО
О	А	Контрактура мышц, приводящих первый палец
О	Б	Болезнь Де Кервена
О	В	Теносиновит сухожилий сгибателей
О	Г	Теносиновит сухожилий разгибателей
В	352	КАКИЕ СТРУКТУРЫ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ УЗЕЛКОВОМ ОСТЕОАРТРОЗЕ КИСТИ
О	А	Проксимальные и дистальные межфаланговые суставы
О	Б	Срединный нерв
О	В	Кости запястья
О	Г	Сосудисто- нервный пучок
В	353	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРВИЧНОГО КОКСАРТРОЗА: 1) сужение суставной щели; 2) костные шипы; 3) деформация суставных концов; 4) субхондральный склероз; 5) кистозная перестройка
О	А	Верно 1,2,3,4,5
О	Б	Верно 1,2,3
О	В	Верно 2,4,5
О	Г	Верно 1
В	354	КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГОНАРТРОЗА 1) болезненное ограничение объема движений; 2) контрактуры; 3) атрофия мышц; 4) скованность; 5) избыточный выпот в полости сустава; 6) хруст при движении.
О	А	Верно 1,2,3,4,5,6
О	Б	Верно 3,4,5
О	В	Верно 1,3,6
О	Г	Верно 1,2,3,4
В	355	СИМПТОМЫ ОСТЕОАРТРОЗА ПОДТАРАННОГО И ШОПАРОВА СУСТАВОВ
О	А	Ограничение или полная потеря движений плюсны
О	Б	Деформация в области плюсне- фалангового сустава
О	В	Боль в области плюсне – фаланговых суставов
О	Г	Отек в области ахиллова сухожилия
В	356	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТЕОХОНДРОЗА ОТНОСЯТСЯ:1)протрузия; 2) грыжа межпозвоночного диска; 3) кифоз; 4) радикулит
О	А	Верно 1,2,3,4
О	Б	Верно 1,2
О	В	Верно 3,4
О	Г	Верно 2
В	357	КАКАЯ СТРУКТУРА ПОЗВОНОЧНИКА ПРЕТЕРПЕВАЕТ НАИБОЛЬШИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ?
О	А	Межпозвоночный диск
О	Б	Позвонок
О	В	Спинной мозг
О	Г	Передняя продольная связка

В	358	ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗОМ
О	А	Острое, подострое , хроническое
О	Б	Острое, подострое
О	В	Острое, хроническое
О	Г	Подострое, хроническое
В	359	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДЕСТРУКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА
О	А	Магнитно-резонансная томография
О	Б	Рентгенография
О	В	Ультразвуковое исследование
О	Г	Компьютерная томография
В	360	ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Установление патогенетической связи остеохондроза с клиническими проявлениями заболевания
О	Б	Констатация наличия дегенеративного процесса в межпозвоночных дисках
О	В	Наличие остеофитов в позвоночнике
О	Г	Выявление торсии позвонков
В	361	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОДОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА
О	А	От 4- х недель до 3- х месяцев
О	Б	2 недели
О	В	Более 3 месяцев
О	Г	От 2- х до 6 недель
В	362	ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	НПВС
О	Б	Миорелаксанты
О	В	Антибиотики
О	Г	Иммунодепрессанты
В	363	В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ДИСКАГЕННОЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ И СРЕДСТВА
О	А	Мануальная терапия
О	Б	Анальгетики
О	В	НПВС
О	Г	Иглорефлексотерапия
В	364	СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 1) плече- лопаточный периартрит; 2) синдром позвоночной артерии; 3) кардиальный синдром; 4) синдром «писчего» спазма
О	А	Верно 1,2,3,4
О	Б	Верно 1,2,3
О	В	Верно 2,4
О	Г	Верно 1,2

В	365	СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: 1) перемежающаяся хромота; 2) ишиалгический сколиоз; 3) кокцигодиния; 4) положительный симптом Ласега
О	А	Верно 1,2,3,4
О	Б	Верно 1,2,3
О	В	Верно 2,4
О	Г	Верно 1,2
В	366	СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: 1) грудная миелопатия; 2) межреберная невралгия; 3) дискинезия желчных путей; 4) кардиальный синдром
О	А	Верно 1,2,3
О	Б	Верно 1,2,3,4
О	В	Верно 1,2
О	Г	Верно 2,3,4
В	367	ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: 1) ограничение движений в позвоночнике; 2) боли в поясничном отделе позвоночника-люмбалгия; 3) боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся в положении лежа; 4) боли, иррадирующие в область сердца; 5) резкие «прострелы» в нижней конечности; 6) боли в эпигастральной области живота
О	А	Верно 1,2,5
О	Б	Верно 2,3,6
О	В	Верно 1,2,3,4,5
О	Г	Верно 3,4,5,6
В	368	ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: 1) межреберная невралгия; 2) торакоалгия; 3) резкие прострелы в нижней конечности - люмбалгия; 4) кардиальный синдром; 5) дискинезии желчных путей; 6) синдром «плечо- кисть» 7)соляренный синдром («соляренный гвоздь») – синдром солнечного сплетения; 8)симптом Ласега
О	А	Верно 1,2,5,7
О	Б	Верно 1,2,3,4
О	В	Верно 2,5,8
О	Г	Верно 4,5,6,7,8
В	369	ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА
О	А	Болеутоляющие средства
О	Б	Витамины
О	В	Десенсибилирующие
О	Г	Антибиотики
В	370	ОЩУЩЕНИЕ «ТРЕСКА» В ШЕЕ ПРИ ПОВОРОТАХ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
О	А	Остеохондроза
О	Б	Менингита
О	В	Энцефалита

О	Г	Опухоли головного мозга
---	---	-------------------------

В	371	ТОРСИЯ ПОЗВОНОЧНИКА - ЭТО
О	А	Скручивание позвоночника вокруг вертикальной оси с деформацией элементов позвонков
О	Б	Поворот позвоночника вокруг горизонтальной оси с деформацией элементов позвонков
О	В	Поворот всего позвоночника вокруг вертикальной оси
О	Г	Нормальное физиологическое движение позвоночника
В	372	ДЛЯ СКОЛИОЗА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ
О	А	Отсутствие симптома «мышечного валика»
О	Б	Искривление позвоночника во фронтальной плоскости
О	В	Ассиметрия надплечий
О	Г	Ассиметрия треугольников талии
В	373	ВРОЖДЕННЫЙ СКОЛИОЗ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ВСЕ, КРОМЕ
О	А	Врожденный вывих бедра
О	Б	Синостоз позвонков
О	В	Синостоз ребер
О	Г	Добавочные полупозвонки
В	374	ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СКОЛИОЗА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Величина деформации и вероятность риска прогрессирования
О	Б	Локализация деформации
О	В	Степень деформации
О	Г	Форма искривления позвоночника
В	375	ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ, КРОМЕ
О	А	Обязательное вытяжение позвоночника тем или иным способом
О	Б	Массаж, мануальная терапия
О	В	Плавание, закаливание
О	Г	Активное занятие ЛФК
В	376	ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СКОЛИОЗА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ, КРОМЕ
О	А	Прогрессирующие
О	Б	Идиопатические
О	В	Врожденные
О	Г	Диспластические
В	377	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПО РЕНТГЕНОГРАММЕ ИСПОЛЬЗУЮТ СХЕМУ
О	А	Кобба
О	Б	Рейнберга
О	В	Путти
О	Г	Виленского

В	378	ПРИ ВРОЖДЕННЫХ СКОЛИОЗАХ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ВЫПОЛНЯЮТ
О	А	2-3 раза в год
О	Б	1 раз в год
О	В	ежемесячно
О	Г	1 раз в 4 месяца
В	379	ИДИОПАТИЧЕСКИМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ СКОЛИОЗ, ЕСЛИ ЕГО ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Причина не ясна
О	Б	Опухоль позвоночника
О	В	Компрессионный перелом позвонка
О	Г	Синостоз ребер
В	380	СТАТИЧЕСКИМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ СКОЛИОЗ ЕСЛИ ЕГО ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Укорочение одной нижней конечности
О	Б	Синостоз ребер
О	В	Опухоль позвоночника
О	Г	Люмбализация
В	381	ПРИ СКОЛИОЗЕ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ УГОЛ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА
О	А	До 10 градусов
О	Б	До 15 градусов
О	В	До 8 градусов
О	Г	До 30 градусов

В	382	ПРИ СКОЛИОЗЕ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ УГОЛ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА
О	А	11- 30 градусов
О	Б	31- 60 градусов
О	В	До 10 градусов
О	Г	Более 60 градусов
В	383	ПРИ СКОЛИОЗЕ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ УГОЛ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА
О	А	31- 60 градусов
О	Б	11-30 градусов
О	В	До 10 градусов
О	Г	Более 60
В	384	ПРИ СКОЛИОЗЕ ЧЕТВЕРТОЙ СТЕПЕНИ УГОЛ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА
О	А	60 и более градусов
О	Б	31-60 градусов
О	В	11- 30 градусов
О	Г	До 10 градусов
В	385	ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ УКАЗАННЫЕ ОПЕРАЦИИ, КРОМЕ
О	А	Фиксации позвоночника лавсановой лентой

О	Б	Спондилодеза
О	В	Корпородеза
О	Г	Фиксации позвоночника эндодистракторами
В	386	ПОСТРАДАВШИХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТРАВМУ ПОЗВОНОЧНИКА ТРАНСПОРТИРУЮТ
О	А	На спине на щите с воротником Шанца
О	Б	На боку на щите
О	В	На боку на обычных носилках
О	Г	На животе на обычных носилках
В	387	ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕ-ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА ВСЛЕДСТВИЕ КАТАТРАВМЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ
О	А	Переломы пяточных костей и костей таза
О	Б	Перелом шейки бедра
О	В	Перелом мыщелков бедра
О	Г	Перелом голени
В	388	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА 1) выстояние остистого отростка позвонка, лежащего выше поврежденного позвонка; 2) расширение межкостистого промежутка между поврежденным и вышележащим позвонком; 3) расширение межкостистого промежутка между поврежденным и нижележащим позвонком; 4) ограниченный кифоз, гиббус в области перелома позвонка; 5) ограниченный лордоз в области перелома позвонка.
О	А	Верно 1,2,4
О	Б	Верно 1,2,3,4,5
О	В	Верно 2,4,5
О	Г	Верно 4,5
В	389	ВЕДУЩЕЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЛЯМИНЭКТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА
О	А	Наличие признаков сдавления спинного мозга или его корешков
О	Б	Вид смещения позвонка
О	В	Характер перелома позвонка
О	Г	Наличие неврологических расстройств
В	390	ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА С НАЛИЧИЕМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА О СОСТОЯНИИ СПИННОГО МОЗГА И ЕГО ОБОЛОЧЕК МОЖНО СУДИТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
О	А	МРТ и исследованию ликвородинамики
О	Б	Спондилографии
О	В	Прицельных и косых рентгенограмм
О	Г	Компьютерной томографии
В	391	ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ НЕОСЛОЖНЕННОГО ПЕРЕЛОМА ГРУДО - ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
О	А	Парез кишечника, метеоризм;
О	Б	Пролежни
О	В	Тахардия, аритмия

О	Г	Нарушение мочеиспускания
В	392	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ТРАВМАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА
О	А	Аспирация желудочного содержимого и спинальный шок
О	Б	Нарушение дыхания
О	В	Артериальная гипотензия
О	Г	Брадикардия
В	393	НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫЙ УРОВЕНЬ ПУНКЦИИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА
О	А	между IV и V поясничными позвонками.
О	Б	в ниже-грудном отделе позвоночника;
О	В	между XII грудным и I поясничным позвонками;
О	Г	между затылочной костью и атлантом
В	394	БОЛЬНОЙ ПРИ НЫРЯНИИ УДАРИЛСЯ ГОЛОВОЙ О ДНО. НЕМЕДЛЕННО ИЗВЛЕЧЕН ИЗ ВОДЫ ТОВАРИЩАМИ. ДВИЖЕНИЯ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В РУКАХ И НОГАХ ОТСУТСТВУЮТ, ДЫХАНИЕ ЗАТРУДНЕНО. УКАЖИТЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.
О	А	Перелом шейного отдела позвоночника с повреждение спинного мозга;
О	Б	Ушиб головного мозга
О	В	Сотрясение головного мозга
О	Г	Перелом ребер
В	395	В КАКОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ ПЕРЕЛОМ ПОПЕРЕЧНЫХ ОТРОСТКОВ ПОЗВОНКОВ?
О	А	Поясничном
О	Б	Шейном
О	В	Грудном
О	Г	Крестцовом

В	396	КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ ОБРАЗУЮТ ПЕРЕДНЮЮ ОПОРНУЮ КОЛОННУ ПОЗВОНОЧНИКА ПО F.DENIS
О	А	Передняя продольная связка, передняя половина позвонков и межпозвонковых дисков
О	Б	Ножки дужек позвонков
О	В	Желтые связки
О	Г	Поперечные отростки позвонков
В	397	КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ ОБРАЗУЮТ СРЕДНЮЮ ОПОРНУЮ КОЛОННУ ПОЗВОНОЧНИКА ПО F.DENIS
О	А	Задняя продольная связка, задняя половина позвонков и межпозвоночных дисков
О	Б	Ножки дужек позвонков
О	В	Желтые связки
О	Г	Поперечные отростки позвонков
В	398	КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ ОБРАЗУЮТ ЗАДНЮЮ ОПОРНУЮ КОЛОННУ ПОЗВОНОЧНИКА ПО F.DENIS

О	А	Поперечные и остистые отростки позвонков, межостистые и надостистые связки
О	Б	Задняя продольная связка
О	В	Передняя продольная связка
О	Г	Задняя половина позвонков и межпозвоночных дисков
В	399	КАТАТРАВМА - ЭТО
О	А	Травма, полученная при падении с высоты
О	Б	Травма, полученная в результате занятия спортом
О	В	Травма, полученная при дорожно- транспортном происшествии
О	Г	Травма, полученная в результате термического воздействия
В	400	ПЕРЕЛОМ ДЖЕФФЕРСОНА ЭТО
О	А	Перелом передней и задней дуг первого шейного позвонка.
О	Б	Оскольчатый перелом 12 грудного позвонка
О	В	Перелом остистого отростка 7- го шейного позвонка
О	Г	Перелом поперечных отростков 7-го шейного позвонка

Таблица 1. Перечень заданий

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 60 лет, преподаватель начальной школы, доставлена каретой скорой помощи в приемный покой с жалобами на боли в области левого тазобедренного сустава, «припухлость» в области паха слева, «онемение» промежности, больше слева, чувство «ползания мурашек» в области внутренней поверхности левого бедра, голени, невозможность опоры на левую нижнюю конечность.</p> <p>Из анамнеза известно, что незадолго до поступления, на работе в школе, упала, ударившись областью левого тазобедренного сустава. Почувствовала острую боль в месте травмы и в паховой области.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное – на спине. Левая нижняя конечность ротирована кнаружи, активные движения резко болезненны, ограничены, положителен симптом «прилипшей пятки». При физикальном исследовании отмечено сохранение абсолютной и относительной длин поврежденной конечности, анатомическая ось конечности не изменена, линия Шумахера проходит в районе пупочного кольца, верхушка большого вертела слева проецируется по линии Розера-Нелатона. Отмечена акцентуация пульсации подвздошно-бедренного сегмента артериального ствола на уровне Пупартовой связки, ослабление пульсации тыльной артерии левой стопы и задней большеберцовой артерии, гипестезия в области промежности, больше слева, внутренней поверхности левого бедра, голени и 1 пальца левой стопы. Окружности сегментов нижних конечностей – равны по величине. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В области большого вертела кровоизлияние 8x12 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторно – ясный легочный звук,. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 76 уд.в мин., АД – 145/95 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации слегка болезненный в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Физиологические отправления в норме (моча эвакуирована катетером в приемном покое, моча светлая, прозрачная, взята на анализ).</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый медиальный перелом шейки левой бедренной кости. Посттравматическая компрессионно-ишемическая невропатия ветвей запирательного и бедренного нервов слева
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть классификационных характеристик данной нозологии упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы исследования следует применить?
Э	-	<p>Помимо клинических данных, установленных при физикальном первичном обследовании:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Основным инструментальным методом диагностики повреждений (переломов) данной локализации служит рентгенологическое исследование. Рентгенограммы области тазобедренного сустава и проксимального отдела бедра следует выполнять в прямой и боковой проекциях, рекомендуется выполнение обзорной рентгенографии тазобедренных суставов для оценки возможной патологии тазобедренных суставов. 2. Учитывая наличие локальных неврологических осложнений и большую вероятность оперативного метода лечения, целесообразно выполнить КТ-исследование, что способствует более точной верификации вида и степени смещения костных отломков, обоснованности и особенностей возможного остеосинтеза или эндопротезирования тазобедренного сустава. 3. В плане предполагаемого оперативного метода лечения целесообразно выполнить денситометрию. 4. Комплекс ЭНМГ-исследований проводимости поврежденных нервных стволов позволит получить объективную количественную оценку выраженности невропатии. 5. УЗИ области травмы может обеспечить выяснение происхождения невропатии (гематома?) 6. Клиническое дообследование пациентки (общеклинические анализы крови, мочи, клиничко-биохимический профиль, коагулограмма, трансмиссивные инфекции, ЭКГ, ФЛГ, консультации профильных специалистов).
P2	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован полностью
P1	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован не полностью: отсутствует обоснование одного из методов дополнительных методов исследования или обоснование одного из дополнительных методов исследования дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более дополнительных методов исследования дано неверно или дообследование обосновано полностью неверно.

В	3	Каков алгоритм оказания первой медицинской помощи после окончательной установки диагноза?
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. С целью иммобилизации наложить официальный деротационный сапожок. При его отсутствии два мешочка с песком и транспортировать пациента в манипуляционную. 2. Адекватное обезболивание в виде анестезии места перелома введением в поврежденный сустав 20мл 1% раствора новокаина. Под местной анестезией 0,5% раствором новокаина 25-30мл проведение спицы Киршнера через область бугристости левой большеберцовой кости, наложение системы скелетного вытяжения на шине Белера с грузом 4-5 кг., как предварительного этапа к основному методу лечения. 3. Назначение комплексного консервативного лечения с целью адекватного обезболивания, предотвращения гипостатических и инфекционных осложнений в период подготовки к основному этапу лечения, инфузионная терапия, терапия невропатий. 4. Клиническое дообследование пациента с целью подготовки к предстоящему оперативному лечению (общеклинические анализы крови, мочи, клиничко-биохимический профиль, коагулограмма, трансмиссивные инфекции, ЭКГ, ФЛГ, консультации травматолога-ортопеда, терапевта, невролога анестезиолога.
P2	-	Алгоритм оказания первой медицинской помощи составлен полностью верно.
P1	-	Алгоритм оказания первой медицинской помощи составлен верно, однако нет обоснования или не названы один или два пункта эталона ответа или обоснование для одного или двух указанных пунктов дано не верно.
P0	-	<p>В алгоритме не названы три и более пунктов эталона ответа.</p> <p>или</p> <p>В алгоритме обоснование трех и более пунктов эталона ответа дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Алгоритм оказания первой медицинской помощи после окончательной установки диагноза составлен полностью неверно.</p>
В	4	По данным дополнительных методов исследования у пациентки диагностирован базальный перелом шейки левой бедренной кости. На рентгенограмме нет разрыва линии Шентона, КТ-исследование не выявило иных особенностей взаимоотношения костных отломков поксимального отдела левой бедренной кости, остеопороз – в пределах возрастной нормы. Проводимость нервных стволов левого бедра сохранена, гематома в области травмы носит локальный характер. Данные дополнительных клинических, лабораторных и инструментальных тестов – без особенностей. Сопутствующей соматической патологии не выявлено.

		Какой основной метод лечения следует избрать? Обоснуйте.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Особенности локального статуса костной патологии – закрытый базальный перелом шейки левой бедренной кости с удовлетворительным соотношением отломков, отсутствие остеопороза. 2. Незначительную выраженность локальных осложнений перелома со стороны мягких тканей – компрессионную ишемическую невропатию ветвей бедренного и запирательного нервов слева 3. Учитывая возраст пациентки (60 лет), отсутствие выраженной сопутствующей общесоматической патологии, социальную активность пациентки для лечения пациентки основным следует выбрать оперативный метод – остеосинтез с использованием динамической бедренной системы, или канюлированных винтов (3).
P2	-	Выбран и полностью обоснован эталонный метод лечения.
P1	-	Выбран метод лечения, соответствующий эталонному, однако выбор не полностью обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие методы лечения.
В	5	Оперативное лечение данной пациентки прошло успешно. Ранних и поздних локальных и общесоматических осложнений не отмечено. Больная успешно проходит курс постоперационной реабилитации. Каковы ориентировочные сроки консолидации перелома у данной пациентки и ориентировочные сроки временной нетрудоспособности?
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ориентировочные сроки консолидации подобного перелома у данной пациентки с использованием выбранного метода оперативного лечения составляют 5 - 6 месяцев. 2. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 165 – 180 дней.
P2	-	Сроки консолидации и временной нетрудоспособности показаны верно.
P1	-	Неверно отмечен один из пунктов эталонного ответа.
P0	-	Сроки консолидации и временной нетрудоспособности определены полностью неверно.
Н	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 70 лет, пенсионерка, доставлена каретой скорой помощи в приемный покой с жалобами на выраженные боли в области правого бедра и тазобедренного сустава, невозможность опоры на левую нижнюю конечность.</p> <p>Из анамнеза известно, что проживает в частном доме и</p>

		<p>незадолго до поступления упала в погреб, ударилась областью правого бедра и тазобедренного сустава. Почувствовала хруст и острую боль в месте травмы.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести, сознание ясное, положение вынужденное – лежит на спине, щадит правую нижнюю конечность. Правая нижняя конечность ротирована кнаружи, активные движения в голеностопном суставе сохранены, в коленном - качательные, вызывают резкое усиление болей в области правого тазобедренного сустава, положителен симптом «прилипшей пятки» справа. При физикальном исследовании отмечено относительное укорочение поврежденной конечности на 4см. Линия Шумахера проходит ниже пупочного кольца, вершина большого вертела проецируется выше линии Розера-Нелатона. Пульсация подвздошно-бедренного сегмента артериального ствола на уровне Пупартовой связки, тыльной артерии стопы и задней большеберцовой артерии сохранены. Окружность в/3 правого бедра на 7см больше левого. Ожные покровы чистые, обычной окраски. Отмечено кровоизлияние по наружной и задней поверхности ниже большого вертела. В легких дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы, перкуторно – ясный легочный звук. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 145/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, перистальтика отчетливая. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Физиологические отправления не нарушены. Моча (350мл) эвакуирована катетером в приемном покое - светлая, прозрачная, взята на анализ. В анамнезе холецистэктомия без осложнений в возрасте 60 лет, наблюдается у терапевта в поликлинике в связи с гипертонической болезнью, периодически принимает гипотензивные препараты. Максимальное артериальное давление в стрессовых ситуациях достигает 180/105 мм рт.ст. В последние 10 лет отмечает постепенно усиливающиеся боли в области тазобедренных суставов по утрам и после длительной ходьбы.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть классификационных характеристик данной нозологии упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы исследования следует применить?
Э	-	<p>Помимо клинических данных, установленных при физикальном первичном обследовании:</p> <p>1. основным дополнительным инструментальным методом диагностики повреждений (переломов) данной локализации служит рентгенологическое исследование. Рентгенограммы области тазобедренного сустава и проксимального отдела бедра следует выполнять в прямой и боковой проекциях, рекомендуется выполнение и обзорной рентгенографии</p>

		<p>тазобедренных суставов, что обеспечит оптимальное предоперационное планирование, поскольку выявление возможного коксартроза может обосновать выполнение эндопротезирования тазобедренного сустава.</p> <p>3. В плане предполагаемых оперативных вмешательств целесообразно выполнить денситометрию.</p> <p>4. УЗИ вен нижних конечностей для исключения тромбозов.</p> <p>5. Клиническое дообследование пациентки (общеклинические анализы крови, мочи, клинико-биохимический профиль, коагулограмма, трансмиссивные инфекции, ЭКГ, ФЛГ, консультации профильных специалистов).</p>
P2	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован полностью
P1	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован не полностью: отсутствует выбор одного из дополнительных методов исследования или обоснование одного из дополнительных методов исследования дано неверно.
P0	-	Выбор дополнительных методов исследования сделан неверно или дообследование обосновано полностью неверно.
B	3	Каков алгоритм оказания первой врачебной помощи после окончательной установки диагноза?
Э	-	<p>1. С целью предотвращения ранних осложнений наложить официальную иммобилизацию и транспортировать пациента в манипуляционную.</p> <p>2. Адекватное обезболивание в виде анестезии места перелома путем пункции и эвакуации гематомы с введением 25-30 мл 1% раствора новокаина. Наложение системы скелетного вытяжения на шине Белера за бугристость большеберцовой кости с грузом 5кг, как метода лечения до завершения обследования больной и принятия решения о выборе основного метода лечения.</p> <p>4. Назначение комплексного консервативного лечения с целью адекватного обезболивания, предотвращения гипостатических, инфекционных, тромботических осложнений в период подготовки к оперативному лечению, инфузионная терапия,</p> <p>5. Клиническое дообследование пациентки с целью подготовки к предстоящему оперативному лечению (общеклинические анализы крови, мочи, клинико-биохимический профиль, коагулограмма, трансмиссивные инфекции, ЭКГ, ФЛГ)</p>
P2	-	Алгоритм оказания первой врачебной помощи составлен полностью верно.
P1	-	Алгоритм оказания первой врачебной помощи составлен верно, однако нет обоснования или не названы один или два пункта эталона ответа или обоснование для одного или двух указанных пунктов дано не верно.
P0	-	В алгоритме не названы три и более пунктов эталона ответа, или в алгоритме обоснование трех и более пунктов эталона ответа дано неверно, или алгоритм оказания первой врачебной помощи после окончательной установки диагноза составлен полностью

		неверно.
В	4	По данным дополнительных методов исследования у пациентки диагностирован оскольчатый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением отломков, коксартроз 3 стадии, остеопороз – в пределах возрастной нормы. Данные дополнительных клинических, лабораторных и инструментальных тестов – без других особенностей. Сопутствующая соматическая патология гипертоническая болезнь 2ст. Какой основной метод лечения следует избрать? Обоснуйте.
Э	-	1. Особенности локального статуса костной патологии – закрытый чрезвертельный перелом проксимального отдела правой бедренной кости со смещением отломков, наличие коксартроза 3 стадии и отсутствие выраженного остеопороза. 2. Возраст пациентки (70 лет), социальная активность, отсутствие выраженной сопутствующей патологии, обосновывают в качестве основного метода лечения тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава, что обеспечит максимально быструю медицинскую и социальную реабилитацию.
P2	-	Выбран и полностью обоснован эталонный метод лечения.
P1	-	Выбран метод лечения, соответствующий эталонному, однако выбор не полностью обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие методы лечения.
В	5	Оперативное лечение данной пациентки прошло успешно. Какие ранние и поздние, локальные и общие осложнения возможны?
Э	-	Возможны следующие ранние и поздние локальные и общие осложнения: 1. Гнойно-септические осложнения 2. Развитие ранних (гипостатических, пневмония и др.) и поздних общесоматических осложнений. 3. Флеботромбоз
P2	-	Виды осложнений отмечены полностью.
P1	-	Неверно отмечен один из пунктов эталонного ответа.
P0	-	Виды осложнений отмечены полностью неверно.
Н	-	003
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 26 лет, индивидуальный предприниматель, доставлен КСП в приемный покой в тяжелом состоянии в защитном костюме мотоциклиста. Контакт доступен, возбужден, адекватен. Жалобы на боли в области правого бедра, деформацию бедра, невозможность движений и опоры на правую нижнюю

		<p>конечность. Правое бедро иммобилизировано шиной Крамера.</p> <p>Из анамнеза известно, что за 30-35 минут до поступления, управляя мотоциклом, попал в ДТП. Отмечает, что при падении с мотоцикла почувствовал острую боль в области правого бедра при ударе об асфальтовое покрытие. Сознание не терял.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое, сознание ясное, положение вынужденное – лежит на спине. Правая нижняя конечность деформирована в средней трети под углом открытым кнаружи, стопа, голень и коленный сустав ротированы кнаружи. Правая стопа расположена проксимальнее левой на 4-5см. Бинты фиксирующие шину в средней трети бедра спереди, снаружи и сзади умеренно промокли кровью. Кожные покровы лица, кистей рук чистые, бледные, покрыты липким потом. Дыхание ровное учащено – 22 в минуту. Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения, частый -95 уд. в минуту. АД – 105/65 мм рт.ст. Зрачки D=S, реакция на свет живая. Движения головы, рук, левой нижней конечности, свободные безболезненные. При осмотре и пальпации черепа деформации, ран, гематом, ссадин не обнаружено. Куртка, рубашка и майка бережно сняты с пациента. В легких, справа и слева дыхание везикулярное хрипов нет, перкуторно – ясный легочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные -95 ударов в минуту. Пальпация грудной клетки, шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника безболезненна, какой-либо деформации не выявлено. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Выполнена инъекция 1% раствора промедола 1,0 п/к. В левую кубитальную вену установлен катетер, после взятия крови для анализов налажена инфузия реополиглюкина. Пострадавший на каталке транспортирован в рентгенкабинет, на каталке выполнена рентгенография правого бедра на всем протяжении. На рентгенограмме кривой перелом средней трети правого бедра со смещением кнутри на диаметр и захождением по длине на 3-3,5 см. В манипуляционной частично разрезана с удалена оставшаяся часть одежды, промокающая кровью повязка снята. По передне-наружной поверхности бедра рваная рана длиной, наружу на 4см выстоит слегка загрязненный конец проксимального отломка, кровотечения нет. Пульсация сосудов на стопе отчетливая, активные движения пальцев правой стопы свободные в полном объеме, чувствительных нарушений на голени и стопе не выявлено. При осмотре и пальпации левой нижней конечности, таза патологии не выявлено. Моча спущена катетером 300мл, прозрачная соломенно-желтая. Выполнен туалет кожи с обработкой раствором иода, наложена асептическая повязка. Выполнена инъекция ПСА и проба на чувствительность к ПСС. Больной перевезен в операционную.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Вторично-открытый перелом правой бедренной кости на границе верхней и средней трети со смещением отломков. Травматический шок I ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть классификационных

		характеристик данной нозологии упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какие дополнительные методы исследования следует применить?
Э	-	<p>1. Основным дополнительным инструментальным методом диагностики повреждений (переломов) данной локализации служит рентгенологическое исследование. Рентгенограммы области места повреждения следует выполнять, не снимая транспортной шины, не поворачивая пострадавшего, в прямой и боковой проекции на всем протяжении бедра.</p> <p>2. Контроль: мониторинг АД, общий анализ крови, коагулограмма, гемоглобин, гематокрит, биохимия крови, КЩР, общий анализ мочи.</p> <p>3. Клиническое дообследование пациента (трансмиссивные инфекции, ФЛГ, УЗИ вен нижних конечностей, консультации профильных специалистов).</p>
P2	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован полностью
P1	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован не полностью: отсутствует обоснование одного из методов дополнительных методов исследования или обоснование одного из дополнительных методов исследования дано неверно.
P0	-	Обоснование дополнительных методов исследования дано неверно или дообследование назначено полностью неверно.
B	3	Каков алгоритм оказания первой медицинской помощи во время и после окончательной установки диагноза?
Э	-	<p>1. При отсутствии иммобилизации применить официальную транспортную шину.</p> <p>2. Первичный туалет раны, наложение асептической повязки, профилактика столбнячной инфекции, антибиотикотерапия</p> <p>3. Адекватное обезболивание в виде элементов общей анестезии и медикаментозной седации, как борьбы с развивающимся травматическим шоком, инфузионная терапия в приемном покое (специалист анестезиолог-реаниматолог).</p> <p>4. Рентгенологическая диагностика для уточнения диагноза и транспортировка пациента в манипуляционную.</p> <p>5. Назначение комплексного консервативного лечения с целью адекватного обезболивания, предотвращения развития шока, возможных инфекционных осложнений в период подготовки к оперативному лечению.</p> <p>6. Клиническое дообследование пациента с целью подготовки к предстоящему оперативному лечению (общеклинические анализы крови, мочи, клинико-биохимический профиль, коагулограмма, трансмиссивные инфекции, контроль АД, ЭКГ, ФЛГ, УЗИ вен нижних конечностей, консультации иных специалистов).</p>
P2	-	Алгоритм оказания первой медицинской помощи составлен полностью верно.

P1	-	Алгоритм оказания первой врачебной помощи составлен верно, однако нет обоснования или не названы один или два пункта эталона ответа или обоснование для одного или двух указанных пунктов дано не верно.
P0	-	В алгоритме не названы три и более пунктов эталона ответа, или в алгоритме обоснование трех и более пунктов эталона ответа дано неверно, или алгоритм оказания первой врачебной помощи после окончательной установки диагноза составлен полностью неверно.
B	4	По данным дополнительных методов исследования у пациента диагностирован косой перелом правой бедренной кости на границе верхней и средней трети со смещением отломков под углом и длине. В период клинического дообследования состояние пациента стабилизировалось, первичные явления травматического шока купированы. Данные дополнительных клинических, лабораторных и инструментальных тестов – без особенностей. Сопутствующей соматической патологии не выявлено. Какой основной метод лечения следует избрать? Обоснуйте.
Э	-	1. Вторично открытый косой перелом правой бедренной кости в средней трети с наличием рваной раны и выстоянием наружу загрязненного проксимального отломка, травматического шока 1 степени, обосновывает применение после стабилизации состояния – первичной хирургической обработки раны правого бедра, внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез правой бедренной кости спице-стержневым аппаратом внешней фиксации.
P2	-	Выбран и полностью обоснован эталонный метод лечения.
P1	-	Выбран метод лечения, соответствующий эталонному, однако выбор не полностью обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие методы лечения.
B	5	Оперативное лечение данного пациента прошло успешно. Ранних и поздних локальных и общесоматических осложнений не отмечено. Аппарат внешней фиксации снят. Пациент переведен на лечение жестким ортезом. Успешно проходит курс реабилитации. Каковы ориентировочные сроки консолидации перелома у данного пациента и ориентировочные сроки временной нетрудоспособности?
Э	-	1. Ориентировочные сроки консолидации подобного перелома у данного пациента с использованием выбранного метода оперативного лечения составляют 6 - 8 месяцев. 2. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 240-340 дней.
P2	-	Сроки консолидации и временной нетрудоспособности показаны верно.
P1	-	Неверно отмечен один из пунктов эталонного ответа.
P0	-	Сроки консолидации и временной нетрудоспособности определены полностью неверно.
H	-	004

Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 36 лет, служащая. Самостоятельно обратилась в приемный покой Областной клинической больницы с иммобилизацией косыночной повязкой. Жалобы на выраженные боли в области левого плечевого сустава, резко ограниченные болезненные движения в плечевом суставе.</p> <p>Около часа назад, катаясь на велосипеде, упала на отведенную правую руку. При падении почувствовала острую боль в области правого плечевого сустава, движения в плечевом суставе стали невозможны, постоянная сильная боль резко усиливалась при попытке малейших движений в плечевом суставе.</p> <p>Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, здоровой рукой придерживает левую верхнюю конечность. Левое надплечье резко деформировано. При физикальном исследовании отмечен симптом пружинящей фиксации левого плеча, акромиально-ключичное сочленение резко контурируется, выраженное западение контура дельтовидной мышцы, головка левой плечевой кости пальпируется под клювовидным отростком лопатки. Пульсации на лучевой артерии слева сохранена, но ослаблена, гипестезия в области 5 пальца левой кисти. Осторожные движения в левом локтевом суставе, суставах кисти сохранены. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторно – ясный легочный звук. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	Закрытый травматический подклювовидный вывих левого плеча, осложненный невропатией локтевого нерва.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть классификационных характеристик данной нозологии упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы исследования следует применить?
Э	-	<p>Помимо клинических данных, установленных при физикальном первичном обследовании:</p> <p>1. Обязательным дополнительным инструментальным методом диагностики является рентгенологическое исследование плечевого сустава в двух проекциях (при невозможности выполнения эпюлетного снимка, выполнение косой проекции).</p>

P2	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован полностью
P1	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован не полностью: отсутствует выбор одного из методов дополнительных методов исследования или обоснование одного из дополнительных методов исследования дано неверно.
P0	-	Обоснование дополнительных методов исследования дано неверно или дообследование назначено полностью неверно.
B	3	Каков алгоритм оказания первой врачебной помощи во время и после окончательной установки диагноза?
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Местная анестезия путем суставной пункции и введения в полость сустава 0,5% раствора новокаина 100мл. Более эффективно привлечь анестезиолога для в/в обезболивания. 2. Вправление вывиха методом Гиппократа, Мота или иным принятым в данном учреждении. 3. Наложение мягкой повязки Дезо с последующим рентгеноконтролем. Подтверждение факта вправления вывиха-основание для укрепления мягкой повязки гипсовыми бинтами. 4. Контроль клинических проявлений невралгии. При необходимости назначение медикаментозной терапии невралгии с динамическим контролем и ЭНМГ.
P2	-	Алгоритм оказания первой врачебной помощи составлен полностью верно.
P1	-	Алгоритм оказания первой врачебной помощи составлен верно, однако нет обоснования или не названы один или два пункта эталона ответа или обоснование для одного или двух указанных пунктов дано не верно.
P0	-	<p>В алгоритме не названы три и более пунктов эталона ответа. или</p> <p>В алгоритме обоснование трех и более пунктов эталона ответа дано неверно. или</p> <p>Алгоритм оказания первой врачебной помощи после окончательной установки диагноза составлен полностью неверно.</p>
B	4	Успешное вправление вывиха плеча у данной пациентки не требует госпитализации и дальнейшего обследования, кроме динамического контроля за динамикой невралгии у невролога в поликлинике по месту жительства.
Э	-	<p>Учитывая</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Особенности локального статуса-травматический передний подклювовидный вывих левого плеча. 2. Учитывая наличие осложненного невралгией вывиха плеча предпочтительнее вправление во в/в обезболиванием с целью снижения травматичности вправления вывиха.
P2	-	Выбран и полностью обоснован эталонный метод лечения.
P1	-	Выбран метод лечения, соответствующий эталонному, однако выбор не полностью обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие методы лечения.

В	5	Вправление вывиха у данной пациентки прошло успешно. Ранних и локальных и общесоматических осложнений не отмечено. Какой тип иммобилизации должен быть применен, ориентировочные сроки иммобилизации поврежденной конечности и сроки временной нетрудоспособности?
Э	-	1. После вправления накладывается гипсовая повязка Дезо 2. Сроки иммобилизации 3-4 недели с последующим функциональным лечением. 3. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 30 – 45 дней.
P2	-	Тип иммобилизации, сроки иммобилизации и временной нетрудоспособности показаны верно.
P1	-	Неверно отмечен один из пунктов эталонного ответа.
P0	-	Тип, сроки иммобилизации и сроки временной нетрудоспособности определены полностью неверно.
Н	-	005
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Молодой человек, 21 года, студент, самостоятельно обратился в приемный покой Областной клинической больницы. Жалобы на выраженные боли в области правого локтевого сустава, нарушение чувствительности правой кисти, затруднение самообслуживания со стороны поврежденной конечности.</p> <p>Из анамнеза известно, что незадолго до поступления, катаясь на коньках, упал на вытянутую вперед правую верхнюю конечность. При падении почувствовал острую боль в области правого локтевого сустава.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, здоровой рукой придерживает правое предплечье. Правая рука деформирована в области локтевого сустава. При физикальном исследовании отмечен симптом пружинящей фиксации правого предплечья, локтевой отросток резко выступает кзади, западение контуров задней поверхности дистальной трети правого плеча. Относительное укорочение правого предплечья на 2,5 см., отсутствие активных и пассивных движений в правом локтевом суставе. Пульсации на лучевой артерии справа отчетливая, гипестезия в области 5 пальцев правой кисти. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторно – ясный легочный звук, Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный основной диагноз.
Э	-	Закрытый травматический задний вывих костей правого предплечья, осложненный невропатией локтевого нерва.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть классификационных характеристик данной нозологии упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие особенности диагностики и лечения необходимы у пациента с учетом вывиха осложненного невропатией локтевого нерва?
Э	-	Учитывая клинические признаки повреждения локтевого нерва предпочтительнее вправление вывиха под в/венным обезболиванием, что обеспечит максимально атравматичное вправление и выяснение после устранения деформации суставных концов сохранения или устранения клинических признаков невропатии локтевого нерва. Такая тактика позволит прогнозировать возможность быстрого восстановления функции нерва или необходимость назначения комплекса медикаментозного и физиотерапевтического лечения под контролем ЭНМГ. Данный подход к особенностям лечения обоснован высокой вероятностью формирования стойкой компрессионно-ишемической невропатии вследствие анатомических особенностей расположения в кубитальном канале.
P2	-	Тип вероятного осложнения указан верно
P1	-	Осложнение указано верно, но отсутствует его обоснование
P0	-	Возможное осложнение указано неверно.
В	3	Какие дополнительные методы исследования следует применить?
Э	-	Помимо клинических данных, установленных при физикальном первичном обследовании: 1. Основным дополнительным инструментальным методом объективной диагностики повреждений данной локализации служит рентгенологическое исследование. Рентгенограммы области места повреждения следует выполнять в прямой и боковой проекции. 2. Сравнительная ЭНМГ верхних конечностей необходима с целью уточнения степени и уровня сдавления (повреждения) невропатии локтевого нерва.
P2	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован полностью
P1	-	Комплекс дополнительных методов исследования охарактеризован не полностью: отсутствует выбор одного из методов дополнительных методов исследования или обоснование одного из дополнительных методов исследования дано неверно.
P0	-	Обоснование дополнительных методов исследования дано неверно или дообследование назначено полностью неверно.
В	4	Каков алгоритм оказания первой врачебной помощи во время и после окончательной установки диагноза?
Э	-	Пациенту рекомендовано: 1. С целью транспортной иммобилизации наложить

		официальную транспортную шину (косынку) для первичного дообследования пациента (рентгенография) и транспортировки в манипуляционную. 2. Адекватное первичное обезболивание места травмы. Предпочтение следует отдать вправлению вывиха под и/венным обезболиванием с последующей клинической оценкой невропатии. При сохранении клинических признаков невропатии сравнительная ЭНМГ. 3. При сохранении признаков невропатии консультация невролога.
P2	-	Алгоритм оказания первой врачебной помощи составлен полностью верно.
P1	-	Алгоритм оказания первой врачебной помощи составлен верно, однако нет обоснования или не названы один или два пункта эталона ответа или обоснование для одного или двух указанных пунктов дано не верно.
P0	-	В алгоритме не названы три и более пунктов эталона ответа, или в алгоритме обоснование трех и более пунктов эталона ответа дано неверно, или алгоритм оказания первой врачебной помощи после окончательной установки диагноза составлен полностью неверно.
B	5	По данным дополнительных методов исследования у пациента диагностирован травматический задний вывих костей правого предплечья. Компрессионная ишемическая невропатия локтевого нерва справа. Сопутствующей соматической патологии не выявлено. Какой основной метод лечения следует избрать? Обоснуйте.
Э	-	Учитывая 1. Особенности локального статуса – травматический задний вывих костей правого предплечья. 2. Особенности локальных осложнений в виде посттравматической компрессионно-ишемической невропатии локтевого нерва 3. Следует выбрать метод закрытого одномоментного вправления заднего вывиха костей правого предплечья под общим обезболиванием с последующей фиксацией гипсовой лонгетной повязкой от верхней трети плеча до оснований пальцев кисти при супинации предплечья сроком на 3 недели с последующим комплексным восстановительным лечением. После вправления вывиха назначается комплекс лечебно-диагностических мероприятий, направленных на купирование развившейся неврологической патологии.
P2	-	Выбран и полностью обоснован эталонный метод лечения.
P1	-	Выбран метод лечения, соответствующий эталонному, однако выбор не полностью обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие методы лечения.
H	-	006
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления

		диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Молодой человек, 23 лет, спортсмен. Самостоятельно обратился в приемный покой Областной клинической больницы. Жалобы на умеренные боли и деформацию в области правого плечевого сустава.</p> <p>Из анамнеза известно, что в процессе соревнований по хоккею с шайбой, при силовом единоборстве, столкнулся плечом с соперником. Почувствовал умеренную боль, продолжить игру не смог.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное, здоровой рукой придерживает правую верхнюю конечность. Область правого надплечья деформирована, акромиальный конец ключицы расположен выше акромиального отростка. При пальпации отмечен симптом «клавиши» акромиального конца ключицы. Активные и пассивные движения в плечевом суставе ограничены, болезненны. Движения в правом локтевом суставе свободные в полном объеме. Пульсация на лучевой артерии отчетливая. Двигательных и чувствительных нарушений в области кисти не выявлено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторно – ясный легочный звук,. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый неосложненный травматический вывих акромиального конца правой ключицы.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть классификационных характеристик данной нозологии упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы исследования следует применить? Обоснуйте.
Э	-	<p>Помимо клинических данных, установленных при физикальном первичном обследовании:</p> <p>1. Основным дополнительным инструментальным методом диагностики повреждений данной локализации служит рентгенологическое исследование. Как правило, достаточно рентгенограммы в прямой проекции.</p>
P2	-	Объем дополнительных методов исследования охарактеризован полностью
P1	-	Объем дополнительных методов исследования охарактеризован не полностью: отсутствует выбор одного из методов

		исследования.
P0	-	Обоснование дополнительных методов исследования дано неверно или дообследование назначено полностью неверно.
B	3	Какие анатомо-функциональные изменения происходят в области повреждения является определяющим ведущим при определении тактики лечения?
Э	-	Анатомо-функциональная картина полного вывиха акромиального конца ключицы характеризуется разрывом капсулы акромиально - ключичного сочленения, акромиально-ключичной и клювовидно-ключичной связок, нередко с повреждением суставного мениска. Такая комбинация повреждений обосновывает наиболее распространенную современную тактику лечения, особенно эффективную у спортсменов: открытое вправление вывиха и восстановление клювовидно-ключичной и акромиально-ключичной связок с помощью лавсановой ленты, (лигатуры).
P2	-	Анатомо-функциональные характеристики полного вывиха ключицы приведены полностью.
P1	-	Анатомо-функциональные характеристики приведены не полностью
P0	-	Анатомо-функциональные характеристики полного вывиха акромиального конца ключицы не приведены.
B	4	Какие методы лечения данной патологии Вам известны?
Э	-	Известны: консервативные методы лечения - 8-образная иммобилизирующая повязка, - иммобилизация кольцами Дельбе - торако-брахиальная гипсовая повязка с локальной компрессией пелотом. Оперативный метод лечения, операция фиксации ключицы к клювовидному отростку лопатки различными лигатурами и винтами, включая малоинвазивные способы с реконструкцией связочного аппарата акромиально-ключичного сочленения.
P2	-	Методы лечения перечислены полностью
P1	-	Методы лечения перечислены не полностью
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие методы лечения.
B	5	Оперативное лечение у данного пациента прошло успешно. Ранних и локальных и общесоматических осложнений не отмечено. Какой тип иммобилизации должен быть применен и ориентировочные сроки иммобилизации, сроки временной нетрудоспособности?

Э	-	1. После операции накладывается гипсовая повязка Дезо или официальный торако-брахиальный ортез) 2. Ориентировочные сроки иммобилизации до 6 недель с последующим функциональным лечением. 3. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 1,5-2 месяца, занятия спортом не ранее 3х-4х месяцев.
P2	-	Тип иммобилизации, сроки иммобилизации и временной нетрудоспособности показаны верно.
P1	-	Неверно отмечен один из пунктов эталонного ответа.
P0	-	Тип, сроки иммобилизации и сроки временной нетрудоспособности определены полностью неверно.
Н	-	007
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девочке 6 месяцев сделана рентгенография тазобедренных суставов. Выявлен врожденный вывих левого бедра. С рождения ребенок осматривался педиатром, патологии не заподозрено. УЗИ тазобедренных суставов в возрасте 1 месяца не выполнялось
В	1	Какие клинические симптомы выявите у ребенка
Э	-	Ассиметрия паховых, ягодичных, подколенных кожных складок. Ограничение отведения левого бедра. Симптом «щелчка» слева. Относительное укорочение левой нижней конечности. Наружная ротация левого бедра.
P2	-	Все симптомы названы верно.
P1	-	Верно названы 4, 3 или 2 симптома
P0	-	Верно назван один симптом, или все симптомы названы неверно
В	2	По какой схеме должна оцениваться рентгенологическая картина, обоснуйте выбор схемы
Э	-	Рентгенограмма 6-месячного ребенка должна оцениваться по схеме Путти, так как схемой Хильгенрейнера пользуются при чтении рентгенограмм новорожденных детей или первых месяцев жизни
P2	-	Правильно выбрана схема для оценки рентгенограммы и дано обоснование выбора
P1	-	Схема выбрана правильно, но выбор не обоснован
P0	-	Схема выбрана неправильно
В	3	Назовите рентгенологические признаки
Э	-	Ацетабулярный угол слева больше 30 градусов. Отсутствует ядро окостенения левого бедра. Проксимальный отдел левого бедра смещен наружу и вверх, о

		чем свидетельствует разорванность линии Шентона
P2	-	Правильно названы все признаки
P1	-	Правильно названы 2 признака
P0	-	Правильно назван один признак, или все признаки названы неверно
B	4	Своевременно ли выявлен врожденный вывих бедра у ребенка 6 месяцев, и если нет, то, в каком возрасте должен ставиться диагноз
Э	-	Диагноз врожденного вывиха бедра в возрасте 6 месяцев поставлен с опозданием. Диагностика считается своевременной на первом месяце жизни
P2	-	Правильно дан ответ на первый вопрос и правильно указан возраст ребенка, в котором должен ставиться диагноз
P1	-	Правильно дан ответ на первый вопрос, неправильно указан возраст ребенка, в котором должен ставиться диагноз
P0	-	Неправильно дан ответ
B	5	Какие диагностические мероприятия, когда и кем должны выполняться для своевременной диагностики врожденного вывиха бедра
Э	-	Для своевременной диагностики необходимо: В родильном доме педиатр должен осмотреть ребенка для исключения патологии. После выписки из роддома на первом месяце жизни ребенку выполняется УЗИ-скрининг тазобедренных суставов и он осматривается хирургом. При подозрении на патологию ребенок осматривается ортопедом и при необходимости – выполняется рентгенография тазобедренных суставов
P2	-	Правильно названа последовательность всех диагностических действий для своевременного определения заболевания. Правильно указаны все специалисты, которые должны заниматься этой патологией
P1	-	Правильно названы 2 диагностических мероприятия и 2 врача - специалиста
P0	-	Правильно названо 1 диагностическое мероприятие, или правильно назван 1 врач-специалист, или все ответы даны неверно
H	-	008
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У новорожденного ребенка 7 дней выявлена патологическая установка обеих стоп – супинация, приведение и подошвенное сгибание. Вывести стопы в среднефизиологическое положение не

		удается. Данное состояние наблюдается у ребенка с момента рождения.
В	1	Ваш диагноз
Э	-	Врожденная двусторонняя косолапость
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Дан неточный ответ: не указано, что заболевание врожденное и/или двустороннее
P0	-	Дан неправильный ответ
В	2	С какого возраста должно начинаться лечение и каким специалистом
Э	-	Лечение проводит детский ортопед, начиная с первого месяца жизни, вскоре после выписки из родильного дома.
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не указан врач-специалист, или возраст начала лечения
P0	-	Дан неправильный ответ
В	3	Какой метод лечения нужно выбрать
Э	-	Метод этапных редрессаций с последующей фиксацией достигнутого положения стоп гипсовыми повязками. Периодичность смены повязок 3-7 дней
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не указана периодичность смены повязок
P0	-	Дан неправильный ответ
В	4	В течение какого времени и как часто должен наблюдаться ребенок после устранения деформации стоп
Э	-	После устранения деформации стоп ребенок должен наблюдаться 1 раз в год до окончания роста
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не указан срок наблюдения за ребенком, или периодичность контрольных осмотров
P0	-	Дан неправильный ответ
В	5	Какие ортопедические мероприятия необходимо соблюдать ребенку с целью профилактики рецидива деформации
Э	-	После устранения деформации для сохранения достигнутого результата необходимо: ношение ортопедической обуви и туторов на время сна; ежедневные занятия лечебной гимнастикой; периодически курсы массажа и ФТЛ
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Правильно названы 2 рекомендации
P0	-	Правильно названа 1 рекомендация, или все рекомендации названы неверно
Н	-	009
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К вам обратилась мама с ребенком 1,5 месяцев с жалобами на то, что у ребенка при любом положении тела голова повернуто влево. При осмотре ребенок спокойный, в положении на спине и на животе голова малыша повернута влево. В положении на животе голову не держит. Активные движения головой вправо не выполняет. При пальпации лимфатические узлы не увеличены. Температура тела нормальная.
В	1	Предварительный диагноз
Э	-	Врожденная правосторонняя мышечная кривошея
P2	-	Диагноз поставлен правильно
P1	-	Диагноз поставлен неточно: указаны 2 или 3 нозологии
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Когда нужно начинать лечение и в чем оно состоит
Э	-	Лечение начинают сразу же после выявления заболевания. Следует: как можно чаще выкладывать ребенка на живот; побуждать его активно поворачивать голову в правую сторону; носить ватно-картонный воротник Шанца
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не указано время начала лечения, или указаны не все лечебные мероприятия
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Какие последствия вызывает не леченное заболевание
Э	-	Ассиметрия лицевого скелета. Сужение полей зрения. Нарушение осанки вплоть до сколиоза
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Правильно названы 2 последствия
P0	-	Правильно названо 1 последствие, или ответ дан неверно
В	4	В каких случаях и в каком возрасте ставятся показания к оперативному лечению
Э	-	В случае неэффективности консервативного лечения кривошеи в возрасте 3-4 лет ребенок направляется на операцию
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: неправильно даны показания к оперативному лечению или неправильно указан возраст
P0	-	Дан неправильный ответ
В	5	Какое обследование и почему необходимо сделать перед операцией

Э	-	Перед операцией необходимо выполнить рентгенографию шейного отдела позвоночника для исключения костной аномалии
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не дано обоснование обследования
P0	-	Дан неправильный ответ
Н	-	010
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К вам обратились родители мальчика 7 лет. В течение последних 6 месяцев он предъявляет жалобы на умеренные боли, периодически возникающие в дневное время в правом тазобедренном и коленном суставах, сопровождающиеся хромотой. При осмотре отмечается легкая атрофия мягких тканей правого бедра и голени, укорочение правого бедра на 1см. В правом тазобедренном суставе ограничены отведение и ротационные движения. Патологии со стороны коленного сустава не выявлено. Температура тела и анализ крови нормальные.
В	1	Предварительный диагноз
Э	-	Остеохондропатия головки бедренной кости справа или болезнь Легга-Кальве-Пертеса, 2 стадия.
P2	-	Диагноз поставлен правильно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указано авторское название болезни, или не указана стадия заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неправильно
В	2	Какое обследование необходимо сделать для подтверждения диагноза
Э	-	Для подтверждения диагноза необходимо выполнить рентгенографию обоих тазобедренных суставов в 2 проекциях
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Дан неточный ответ: рекомендована рентгенограмма одного сустава, или рекомендована одна проекция
P0	-	Дан неправильный ответ
В	3	Какие рентгенологические признаки будут выявлены в данном случае, обоснуйте ответ
Э	-	Учитывая давность заболевания – 6 месяцев, клинический симптом укорочения конечности можно предположить, что рентгенологическая картина будет соответствовать 2 стадии заболевания – головка бедренной кости уплощена, уплотнена, имеет неровные контуры
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: указан 1 или 2 рентгенологических признака или не дано обоснование рентгенологической картины

P0	-	Дан неправильный ответ
B	4	Какие лечебные мероприятия необходимо провести в данном случае
Э	-	Разгрузка конечности назначением постельного режима с манжеточным вытяжением в течение нескольких месяцев. Лечебная гимнастика. Массаж и ФТЛ. Витамиотерапия и полноценное питание
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: названы 2 или 3 мероприятия
P0	-	Дан неправильный ответ: названо одно мероприятие или все названы неправильно
B	5	Какова длительность консервативного лечения и каков функциональный исход заболевания
Э	-	Длительность консервативного лечения составляет от 1,5 до 2,5 лет. В большинстве случаев после перенесенного заболевания сохраняется ограничение движений в суставе
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неточный ответ: неправильно названы сроки лечения, или неправильно назван исход заболевания
P0	-	Дан неправильный ответ
H	-	011
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
	A/03.7	Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К вам обратились родители 8 летней девочки с жалобами на затруднения, испытываемые ребенком при ходьбе. Из анамнеза: ребенок родился в асфиксии и вскоре из родильного дома была переведена в детскую больницу, откуда выписана под наблюдение невролога. Росла с задержкой физического и психического развития. Наблюдалась и получала медикаментозное лечение у невролога, периодически курсы массажа. При осмотре: передвигается самостоятельно, опираясь на передний отдел правой стопы и не разгибая полностью правую голень. Правая верхняя конечность незначительно согнута в локтевом и кистевом суставах. Ест и пьет левой рукой. Левые конечности без патологии. Учится в школе.
B	1	Ваш предварительный диагноз
Э	-	Детский церебральный паралич, спастический правосторонний

		гемипарез, контрактуры суставов правых конечностей
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Ответ неполный: не указана форма заболевания, или ортопедические последствия
P0	-	Ответ неверный
B	2	Какие данные получите при клиническом обследовании опорно-двигательной системы
Э	-	Незначительное укорочение правой верхней и нижней конечностей Гипотрофия мышц Ограничение активных и пассивных движений в суставах справа Повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов справа
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Названы 2 или 3 клинических признака
P0	-	Назван один клинический признак, или ответ дан неверно
B	3	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз детского церебрального паралича поставлен на основании анамнеза – асфиксии в родах и дальнейшего лечения у невролога, правостороннего спастического гемипареза - на основании повышения мышечного тонуса и рефлексов в правых конечностях, контрактур суставов – на основании ограничения активных и пассивных движений в суставах
P2	-	Дано полное обоснование
P1	-	Ответ дан неполно: не обоснованы 1 или 2 нозологии
P0	-	Обоснование дано неверно
B	4	Помощь каких специалистов не получал ребенок в предшествующем периоде реабилитации
Э	-	Больная с ДЦП должна наблюдаться и получать лечение у врача лечебной гимнастики и врача ортопеда
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: указан 1 специалист
P0	-	Дан неправильный ответ
B	5	С какого возраста и какие ортопедические лечебные мероприятия необходимо выполнять для профилактики контрактур суставов
Э	-	Для профилактики контрактур с первых недель жизни назначается массаж, специальная лечебная гимнастика. В дальнейшем – укладки, этапные гипсовые повязки, обеспечение ортопедическими изделиями
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не назван возраст начала лечения, или названы 2 или 3 лечебных мероприятия
P0	-	Названо только 1 мероприятие, или ответ дан неверно
H	-	012
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности

		медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На прием к ортопеду обратились родители с девочкой в возрасте 2,5-х лет с жалобами на то, что ребенок ходит, переваливаясь с ноги на ногу. Семья проживает в сельской местности, ребенок ортопедом с рождения не наблюдался. Из анамнеза известно, что ребенок родился в тазовом предлежании путем Кесарева сечения. Развивалась соответственно возрасту, но начала ходить после года и родители сразу заметили особенности походки.
В	1	Ваш предварительный диагноз
Э	-	Врожденный двусторонний вывих бедер
P2	-	Ответ дан верно
P1	-	Ответ дан неполно: не указана причина заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие клинические симптомы выявите при осмотре
Э	-	«Утиная» походка Поясничный гиперлордоз Положительный симптом Тренделенбурга Ограничение движений в тазобедренных суставах
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: указано 2 или 3 симптома
P0	-	Назван правильно 1 симптом. или Все симптомы названы неправильно
В	3	Что явилось причиной поздней диагностики заболевания
Э	-	Отсутствие наблюдения ребенка хирургом-ортопедом и невыполнение УЗИ-скрининга тазобедренных суставов в месячном возрасте
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не указано УЗИ-скрининг тазобедренных суставов
P0	-	Дан неправильный ответ
В	4	Какое дополнительное обследование нужно провести ребенку
Э	-	Необходимо выполнить рентгенографию таза и тазобедренных суставов в двух проекциях
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не указано количество проекций
P0	-	Дан неправильный ответ
В	5	Какой метод лечения следует применить. Обоснуйте выбор
Э	-	В данном случае показана реконструктивная операция на тазобедренном суставе, так как консервативное лечение врожденного вывиха бедра эффективно только на ранних сроках
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Метод лечения выбран правильно, но не дано обоснование

		выбора
P0	-	Метод лечения выбран неправильно
H	-	013
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМТЬЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Женщина 52 лет обратилась на прием к ортопеду с жалобами на деформацию, боль в области переднего отдела правой стопы, беспокоящий ее около 10 лет. Объективно: первый палец стопы вальгусно отклонен, варусная позиция 1 плюсневой кости, поперечный свод отсутствует. Второй и третий пальцы молоткообразно деформированы. По подошвенной поверхности стопы в проекции головок 2-3 плюсневых костей выраженные болезненные гиперкератозы. Кожные покровы умеренно воспалены в области контурирующей медиально головки плюсневой кости.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Поперечное правостороннее плоскостопие, вальгусное отклонение 1 пальца, молоткообразная деформация 2-3 пальцев, метатарзалгия
P2		Диагноз предположен верно
P1		Диагноз предположен частично верно
P0		Диагноз предположен неверно
В	2	Назовите исследования, необходимые для точной постановки диагноза.
Э		Определение типа подвижности первого луча стопы, объем движений в 1, 2, 3 плюснефаланговых суставах, рентгенография правой стопы в 2 проекциях под нагрузкой
P2		Исследования назначены верно
P1		Исследования назначены не все
P0		Не назначено нужного исследования
В	3	Назовите методы консервативного лечения
Э		Подбор рациональной обуви, ношение корректоров для переднего отдела стопы, мази с НПВС, ФТЛ, ЛФК.
P2		Все методы указаны верно
P1		Указаны не все методы
P0		Верных методов консервативного лечения не названо
В	4	Какой ориентировочный минимальный срок временной нетрудоспособности будет после оперативного лечения?
Э		1,5 месяца
P2		Срок указан верно
P1		Срок указан с погрешностью 2 недели
P0		Срок указан неверно

В	5	Какие основные осложнения возможны в результате оперативного вмешательства?
Э		Глубокое и поверхностное нагноение, несостоятельность остеосинтеза, замедленная консолидация.
P2		Названы все осложнения
P1		Названы не все осложнения
P0		Ни осложнение не названо
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
Н	-	014
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 23 лет, нормостеник, предъявляет жалобы на боль в области стоп, преимущественно в проекции ладьевидной кости и области пяточно-кубовидного сустава, усиливающиеся при повседневной нагрузке. Пациент увлекается фитнесом, ведет здоровый образ жизни, физически развит хорошо. Со стороны внутренних органов без патологии, АД=120 мм рт ст., ЧСС=72 в 1 мин, ЧДД= 16 в 1 мин. Локально: отсутствует продольный свод обеих стоп, в области ладьевидной кости, по подошвенной поверхности, определяется гиперкератоз, установка стопы вальгусная, 20 градусов.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Плосковальгусная деформация обеих стоп
P2		Диагноз предположен верно
P1		Диагноз предположен частично верно
P0		Диагноз предположен неверно
В	2	Назовите исследования, необходимые для точной постановки диагноза.
Э		Плантаграфия, рентгенография обеих стоп в 2 проекциях под нагрузкой
P2		Исследования назначены верно
P1		Исследования назначены не все
P0		Не назначено нужного исследования
В	3	Назовите методы консервативного лечения
Э		Подбор рациональной обуви, ортопедической стельки-супинатора, мази с НПВС, ФТЛ, ЛФК.
P2		Все методы указаны верно
P1		Указаны не все методы
P0		Верных методов консервативного лечения не названо
В	4	Какой ориентировочный минимальный срок временной нетрудоспособности будет после оперативного лечения?
Э		2 месяца
P2		Срок указан верно
P1		Срок указан с погрешностью 2 недели
P0		Срок указан неверно

В	5	Какие основные осложнения возможны в результате оперативного вмешательства?
Э		Глубокое и поверхностное нагноение, несостоятельность остеосинтеза, замедленная консолидация.
P2		Названы все осложнения
P1		Названы не все осложнения
P0		Ни осложнение не названо
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
Н	-	015
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМТЬЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Женщина 65 лет обратилась за помощью к врачу общей практики. Жалобы на боль в области поясницы, иррадиирующие в левую ногу по передней и задней поверхности, онемение по передней поверхности бедра. Со стороны внутренних органов без особенностей, АД=130/80 мм.рт.ст., ЧСС=78 в 1 мин., ЧДД=18 в 1 мин. Симптомы натяжения положительные, по ЭНМГ нарушения проводимости по нервным волокнам нет, М-ответ в норме.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Поясничная радикулопатия, корешковый синдром.
P2		Диагноз предположен верно
P1		Диагноз предположен частично верно
P0		Диагноз предположен неверно
В	2	Назовите наиболее информативное исследование, необходимые для точной постановки диагноза.
Э		МРТ поясничного отдела позвоночника
P2		Исследование назначено верно
P1		Назначено менее информативное исследования
P0		Не назначено нужного исследования
В	3	Назовите специалистов, к которым необходимо направить пациента
Э		Невролог, нейрохирург.
P2		Специалисты указаны верно
P1		Указаны не все специалисты
P0		Специалисты не указаны
В	4	Какие методы консервативного лечения уместны при дегенеративно-дистрофическом поражении поясничного отдела позвоночника?
Э		ЛФК, ФТЛ, поясничное вытяжение, назначение нейротропных препаратов: витамины группы В, РР, актовегин.
P2		Указаны все виды лечения
P1		Указано только медикаментозноеили только немедикаментозное лечение

P0		Методы консервативного лечения не указаны.
B	5	Какие виды межпозвоноковых грыж по топографической локализации Вы знаете?
Э		Дорзально-срединная, парамедиальная, дорзально-латеральная, форминальная, вентральная, боковая
P2		Названы все виды
P1		Названы не все виды
P0		Не названо ни одного вида
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
H	-	016
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМТЬСЯ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 23 лет, нормостеник, предъявляет жалобы на боль в области стоп, преимущественно в проекции ладьевидной кости и области пяточно-кубовидного сустава, усиливающиеся при повседневной нагрузке. Пациент увлекается фитнесом, ведет здоровый образ жизни, физически развит хорошо. Со стороны внутренних органов без патологии, АД=120 мм рт ст., ЧСС=72 в 1 мин, ЧДД= 16 в 1 мин. Локально: отсутствует продольный свод обеих стоп, в области ладьевидной кости, по подошвенной поверхности, определяется гиперкератоз, установка стопы вальгусная, 20 градусов.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Плосковальгусная деформация обеих стоп
P2		Диагноз предположен верно
P1		Диагноз предположен частично верно
P0		Диагноз предположен неверно
B	2	Назовите исследования, необходимые для точной постановки диагноза.
Э		Плантография, рентгенография обеих стоп в 2 проекциях под нагрузкой
P2		Исследования назначены верно
P1		Исследования назначены не все
P0		Не назначено нужного исследования
B	3	Назовите методы консервативного лечения
Э		Подбор рациональной обуви, ортопедической стельки-супинатора, мази с НПВС, ФТЛ, ЛФК.
P2		Все методы указаны верно
P1		Указаны не все методы
P0		Верных методов консервативного лечения не названо
B	4	Какой ориентировочный минимальный срок временной нетрудоспособности будет после оперативного лечения?

Э		2 месяца
P2		Срок указан верно
P1		Срок указан с погрешностью 2 недели
P0		Срок указан неверно
В	5	Какие основные осложнения возможны в результате оперативного вмешательства?
Э		Глубокое и поверхностное нагноение, несостоятельность остеосинтеза, замедленная консолидация.
P2		Названы все осложнения
P1		Названы не все осложнения
P0		Ни осложнение не названо
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
Н	-	017
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМТЬЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Пациент 55 лет обратился с болями в области паха справа, усиливающиеся при ходьбе и движениях независимо от нагрузки. Объективно: ходьба с хромотой на правую ногу, при помощи дополнительной опоры – трости. Объем движений в правом тазобедренном суставе F 15/0/0, S 20/0/5, R 0/0/0.
В	1	Предположите несколько вариантов наиболее вероятных диагнозов
Э		Артрит тазобедренного сустава справа Правосторонний коксартроз
P2		Диагнозы предположены верно
P1		Предположен только один диагноз
P0		Все варианты предположенных диагнозов не верны
В	2	Назовите лабораторные анализы, которые необходимо взять у пациента
Э		Анализ крови ИФА Chlamidia thachomatis, M. Hominis, U.ureolithicum
P2		Исследования назначены верно
P1		Назначены анализы два из трех
P0		Не назначено нужного анализа
В	3	Назовите инструментальные исследования, необходимые к выполнению на этапе первичного обращения
Э		Обзорная рентгенография таза с обоими тазобедренными суставами
P2		Исследование указано верно
P1		Указана рентгенография тазобедренного сустава
P0		Верных исследований не указано
В	4	Какие методы исследования будет необходимо сделать для

		определения повреждений мягкотканых образований
Э		МРТ, УЗИ
P2		Исследования указаны верно
P1		Исследования указаны верно, но не все
P0		Исследования указаны неверно
В	5	Какие методы исследования используются для определения повреждения костных образований
Э		Рентгенография, КТ
P2		Названы оба метода исследования
P1		Назван один верный метод
P0		Ни один верный метод не назван
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
Н	-	018
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМТЬЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 25 лет получил травму в результате ДТП 10 лет назад, водитель. Лечился консервативно по месту жительства. Жалобы на боль в области правого коленного сустава, деформацию бедра. Объективно, варусная деформация бедра под углом около 15-20 градусов.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Неправильно сросшийся перелом, варусная деформация правого бедра, посттравматический гонартроз справа.
P2		Диагноз предположен верно и полностью
P1		Предположен диагноз верно, но не полностью
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Назовите инструментальные методы исследования необходимые для постановки диагноза
Э		Рентгенография нижней конечности на протяжении
P2		Исследование сформулировано правильно
P1		Рентгенография бедра
P0		Исследование предложено неверно
В	3	Назовите инструментальные исследования, необходимые к выполнению для планирования оперативного лечения
Э		ЭКГ, УЗИ нижних конечностей, ФЛГ
P2		Все исследования указаны верно
P1		Указаны не все исследования
P0		Верных исследований не указано
В	4	Какое изменение длины конечности будет у данного пациента?
Э		Абсолютное укорочение
P2		Верно сформулирован ответ
P1		Указано только укорочение

P0		Ответ полностью неверный
B	5	На каком сроке необходимо делать контрольную рентгенографию после выполнения корригирующей остеотомии и погружного остеосинтеза бедренной кости?
Э		2,5 мес.
P2		Ответ соответствует
P1		Погрешность 2 недели
P0		Погрешность более 2 недель
H	-	019
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Л., 64 лет, оступилась, упала на приведенную к туловищу левую руку. Почувствовала резкую боль в плече. Самостоятельно обратилась на травмпункт. При осмотре: контуры плечевого сустава сглажены, активные движения не возможны, боль при пальпации и при осевой нагрузке. На рентгенограмме левого плечевого сустава в двух проекциях определяется нарушение целостности плечевой кости, линия перелома проходит поперечно ниже бугорков, отломки смещены под углом, открыты кнаружи и кзади.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый отводяще-разгибательный перелом хирургической шейки левого плеча со смещением отломков.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверная указана локализация повреждения.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
B	2	Выберите метод консервативного или оперативного лечения.
Э	-	Закрытая одномоментная ручная репозиция отломков, в результате которой будет достигнуто удовлетворительное соотношение костных отломков.
P2	-	Метод выбран верно.
P1	-	Метод обоснован неточно.
P0	-	Метод выбран полностью неверно.
B	3	Под каким обезболиванием будете выполнять репозицию костных отломков.
Э	-	Под общим обезболиванием врачом-анестезиологом.
P2	-	Вид обезболивания выбран верно.
P1	-	Вид обезболивания выбран не точно.
P0	-	Вид обезболивания выбран полностью неверно.

В	4	Какой вид иммобилизации будет применен при данном повреждении.
Э	-	Задняя гипсовая лонгета от угла здоровой лопатки до головок пястных костей кисти.
P2	-	Выбор правильно обоснован.
P1	-	Не точно указан уровень иммобилизации
P0	-	Неправильный выбор.
В	5	Прогноз. Сроки сращения костных отломков.
Э	-	Благоприятный. Сращение костных отломков плечевой кости наступает через 5-6 недель.
P2	-	Прогноз верен. Указаны правильные сроки сращения костных отломков.
P1	-	Прогноз верен. Указаны неправильные сроки сращения костных отломков.
P0	-	Прогноз и сроки сращения костных отломков указаны неверно.
Н	-	020
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 35 лет, обратился на врачебный здравпункт предприятия с жалобами на боли в области правого надплечья, припухлость, нарушение функции верхней конечности. Полчаса назад на территории завода упал, ударился правым плечом. Объективно: состояние удовлетворительное. В области правого надплечья и ключицы припухлость. Придерживает правое предплечье левой рукой. Пальпаторно: деформация, локальная болезненность и крепитация в средней трети ключицы. Чувствительность кожи руки не нарушена, пульсация на лучевой артерии отчетливая.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый перелом средней трети правой ключицы со смещением костных отломков.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Мероприятия по дополнительному обследованию больного.
Э	-	Рентгенография правой ключицы.
P2	-	Мероприятие указано верно.
P1	-	Мероприятие указано не полностью.
P0	-	Мероприятие полностью неверно.
В	3	Оказание первой врачебной помощи.

Э	-	Блокада места перелома 1% раствором новокаина в количестве 8-10 мл.
P2	-	Мероприятия первой врачебной помощи полностью верны.
P1	-	Мероприятия первой врачебной помощи указаны неточно.
P0	-	Мероприятия первой врачебной помощи указаны неверно.
В	4	Нужна ли иммобилизация? Если нужна, указать ее вид.
Э	-	Нужна. Иммобилизация правой верхней конечности мягкой повязкой Дезо.
P2	-	Необходимость и вид иммобилизации указан верно.
P1	-	Иммобилизация указана неточно.
P0	-	Ответ неверный: не отмечена необходимость иммобилизации.
В	5	После оказания первой врачебной помощи куда направите больного?
Э	-	Следует направить в ближайший травматологический пункт.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	021
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В травматологический пункт машиной скорой помощи доставлена женщина 58 лет с жалобами на боли и резкое ограничение движений в правом плечевом суставе. Час назад на улице упала, ударившись правым плечом. Объективно: состояние удовлетворительное. Поддерживает правую руку левой. Видна припухлость области правого плечевого сустава. Анатомическое укорочение верхней конечности на 2 см. При пальпации: локальная болезненность на 4-5 см дистальнее плечевого сустава. При пассивных движениях на этом уровне определяется патологическая подвижность и крепитация костных отломков. Кровоснабжение и иннервация верхней конечности не нарушены.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый, оскольчатый перелом хирургической шейки правой плечевой кости со смещением костных отломков.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Что нужно для установления окончательного диагноза?
Э	-	Рентгенография правого плечевого сустава в двух проекциях.
P2	-	Метод диагностики указан верно.

P1	-	Метод диагностики указан не полностью.
P0	-	Метод указан полностью неверно.
B	3	Нужна ли иммобилизация? Если да, укажите ее вид.
Э	-	Нужна. Гипсовая лонгета от головок пястных костей кисти до противоположной лопатки на правую руку.
P2	-	Необходимость и вид иммобилизации полностью верны.
P1	-	Необходимость и вид иммобилизации указаны не точно.
P0	-	Не указана необходимость и вид иммобилизации.
B	4	Куда направите больную?
Э	-	В травматологическое отделение ЛПУ.
P2	-	Указано верное место направления больной.
P1	-	Указано не точное место направления больной.
P0	-	Ответ неверный: указано неправильное место направления больной.
B	5	План дальнейшего обследования и лечения.
Э	-	После изучения рентгенограмм будет принято решение о закрытой репозиции костных отломков. Способ остеосинтеза будет выбран в зависимости от вида перелома и характера смещения отломков.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	022
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В травматологический пункт обратился больной Н., 47 лет с жалобами на сильные боли в области левого плечевого сустава и невозможность активных движений левой рукой. Два часа назад упал с табуретки, ударился левым плечом. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Придерживает левую руку правой. Видимая припухлость области левого плечевого сустава. При пальпации локальная болезненность в верхней трети плеча, крепитация не определяется. Нервно-сосудистых нарушений конечности не выявлено. На выполненной рентгенограмме в двух проекциях левого плечевого сустава определяется нарушение целостности плечевой кости в метафизарной зоне со смещением отломков во фронтальной плоскости под углом 20 градусов, открытым кнаружи; в сагиттальной плоскости - под углом 30 градусов, открытым кзади.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Закрытый отводяще-разгибательный перелом хирургической шейки левого плеча.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Мероприятия по оперативному лечению больного.
Э	-	Больному показана закрытая репозиция отломков.
P2	-	Мероприятия определены верно.
P1	-	Мероприятия определены не точно.
P0	-	Мероприятия определены неверно.
В	3	Показана ли госпитализация данного больного? Если да, то куда.
Э	-	Показана госпитализация в травматологическое отделение ЛПУ.
P2	-	Ответ полностью верный.
P1	-	Ответ правильный, но дан не полностью.
P0	-	Ответ полностью неверный.
В	4	Приемы репозиции костных отломков при данной патологии.
Э	-	Тракция (вытяжение) по длине верхней конечности, приведение и сгибание левого плеча.
P2	-	Полностью указаны приемы репозиции.
P1	-	Приемы указаны не полностью.
P0	-	Приемы указаны полностью неверно.
В	5	Необходима ли лечебная иммобилизация, если да, то на какие сроки.
Э	-	Необходима. Задняя гипсовая лонгета от головок пястных костей кисти до противоположной лопатки с клиновидной подушкой в подмышечную впадину на 5-6 недель.
P2	-	Вид иммобилизации и ее сроки указаны полностью верно.
P1	-	Вид иммобилизации указан верно, сроки иммобилизации указаны неточно.
P0	-	Вид иммобилизации и ее сроки указаны полностью неверно.
Н	-	023
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная К., 52 лет, доставлена машиной скорой помощи в травматологический пункт с жалобами на сильные боли и невозможность движений в левом плечевом суставе. Час назад упала на улице с упором на кисть руки. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Левая рука отведена, больная придерживает ее правой. В области левого плечевого сустава деформация: выступает акромиальный отросток, под ним западение, спереди от сустава определяется плотное образование,

		сглажена подключичная ямка. Активные движения в плечевом суставе невозможны, при пассивных движениях в плечевом суставе определяется «пружинящее сопротивление». Нервных и сосудистых нарушений левой руки не выявлено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый свежий подклювовидный вывих левого плеча.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Что нужно предпринять для установления окончательного диагноза?
Э	-	Выполнить рентгенограмму левого плечевого сустава в двух проекциях.
P2	-	Метод диагностики выбран верно.
P1	-	Метод диагностики выбран не точно.
P0	-	Метод диагностики выбран полностью верно.
В	3	Мероприятия по лечению больной.
Э	-	Следует произвести закрытое вправление вывиха левого плеча.
P2	-	Мероприятия выбраны полностью верно.
P1	-	Мероприятия указаны не точно.
P0	-	Мероприятия указаны полностью неверно.
В	4	Способ вправления вывиха, очередность манипуляций.
Э	-	Вправление по способу Кохера: тракция по длине и приведение руки; наружная ротация предплечья; максимальное приведение и максимальная наружная ротация; сгибание, внутренняя ротация с забрасыванием кисти руки на противоположное надплечье.
P2	-	Способ вправления вывиха описан полностью верно.
P1	-	Способ вправления вывиха описан не полностью.
P0	-	Ответ неверный: не назван способ вправления вывиха.
В	5	Необходима ли иммобилизация, если да, то какая ее продолжительность.
Э	-	Гипсовая лонгета от головок пястных костей кисти до противоположной лопатки на 3 недели
P2	-	Вид иммобилизации и ее сроки указаны полностью верно.
P1	-	Вид иммобилизации указан верно, ее сроки указаны не точно.
P0	-	Вид иммобилизации и ее сроки указаны полностью неверно.
Н	-	024
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Ш., 25 лет, на улице поскользнулась, упала и ударилась

		левым плечом о бордюр. Рука сразу повисла как «плеть». Машиной скорой помощи доставлена в травматологический пункт через 1,5 часа после травмы. Объективно: припухлость и деформация в средней трети левого плеча. Здесь же резкая болезненность, патологическая подвижность. Активное разгибание кисти и пальцев невозможно, имеется гипостезия по наружной поверхности кисти и I-го пальца. Пульс на лучевой артерии сохранен.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый перелом левой плечевой кости со смещением отломков. Посттравматическая невропатия лучевого нерва.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Меры по дополнительному обследованию больной.
Э	-	Рентгенография левого плеча в двух проекциях, осмотр невропатолога, назначение сравнительного электронейромиографического исследования лучевых нервов верхних конечностей.
P2	-	Мероприятия указаны полностью верно.
P1	-	Мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Мероприятия указаны полностью неверно.
В	3	Мероприятия первой врачебной помощи.
Э	-	Обезболивание области перелома 1% раствором новокаина в количестве 8-10 мл, транспортная иммобилизация левой верхней конечности транспортной шиной.
P2	-	Мероприятия указаны полностью верно.
P1	-	Мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Мероприятия указаны полностью неверно.
В	4	Дальнейший план лечения.
Э	-	Направить в травматологическое отделение ЛПУ, где будет проведено оперативное лечение – открытая репозиция костных отломков, остеосинтез плечевой кости металлоконструкциями, ревизия лучевого нерва, микрохирургический невролиз с возможным эпинеуральным швом нервного ствола. В предоперационном периоде будет выполнена рентгенография плечевой кости на протяжении в двух стандартных проекциях для определения степени смещения костных отломков, электронейромиография лучевого нерва.
P2	-	Верно указан план дальнейшего лечения.
P1	-	План дальнейшего лечения указан не полностью.
P0	-	Ответ неверный: указан полностью неверный план дальнейшего лечения.
В	5	Показания к оперативному лечению.
Э	-	Повреждение лучевого нерва с клиникой травматической невропатии является показанием к оперативному лечению.

P2	-	Показания к оперативному лечению указаны полностью точно.
P1	-	Показания к оперативному лечению указаны неточно.
P0	-	Показания к оперативному лечению указаны полностью неверно.
H	-	025
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Школьник Г., 13 лет, по пути в школу упал с упором на кисть разогнутой левой руки. Почувствовал сильные боли в локтевом суставе, больше по внутренней стороне. Обратился в травмпункт через 4 часа. Объективно: состояние удовлетворительное. При осмотре - значительная припухлость и кровоизлияние в области внутренней поверхности левого локтевого сустава. При пальпации - локальная болезненность в зоне внутреннего надмыщелка плечевой кости. Активные и пассивные движения в локтевом суставе ограничены.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый, перелом (эпифизеолиз, остеоэпифизеолиз) внутреннего надмыщелка правой плечевой кости со смещением отломков.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	План обследования и лечения.
Э	-	Рентгенография левого локтевого сустава в двух стандартных проекциях. При наличии смещения костных отломков надмыщелка плечевой кости показана госпитализация для выполнения оперативного вмешательства – закрытой или открытой репозиции костных отломков, остеосинтеза внутреннего надмыщелка левой плечевой кости металлоконструкциями и дальнейшего курса восстановительного лечения в послеоперационном периоде.
P2	-	План обследования и лечения указаны верно.
P1	-	План обследования и лечения указаны не полностью.
P0	-	План обследования и лечения указаны полностью неверно.
В	3	Мероприятия врачебной помощи в травматологическом пункте.
Э	-	Иммобилизация задней гипсовой лонгетой от верхней трети плеча до пястно-фаланговых суставов кисти в положении сгибания предплечья под углом 90 градусов.
P2	-	Мероприятия врачебной помощи указаны полностью верно.
P1	-	Мероприятия врачебной помощи указаны не точно.
P0	-	Мероприятия врачебной помощи указаны полностью неверно.

В	4	Способ остеосинтеза при оперативном лечении.
Э	-	В данном случае наиболее обоснован способ остеосинтеза – закрытая репозиция костных отломков, чрескожный остеосинтез 2-3-мя спицами, так как у ребенка 13 лет процесс остеогенеза еще не завершен, имеются ядра окостенения и открытый способ остеосинтеза с применением других металлоконструкций – пластин, винтов показан только в случае невозможности фиксации костных отломков закрытым способом.
P2	-	Способ выбран правильно.
P1	-	Способ указан не полностью.
P0	-	Ответ неверный: способ указан полностью не верно.
В	5	Необходима ли лечебная иммобилизация, если да, то на какой срок.
Э	-	Задняя гипсовая лонгета от верхней трети плеча до пястно-фаланговых суставов кисти в положении сгибания предплечья под углом 90 градусов, сроком на 2,5-3 недели.
P2	-	Лечебная иммобилизация, ее сроки выбраны полностью верно.
P1	-	Лечебная иммобилизация выбрана верно, ее сроки указаны не точно.
P0	-	Лечебная иммобилизация, ее сроки выбраны полностью неверно.
Н	-	026
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина, 34 лет, получил травму в результате удара бревном по правой голени. Доставлен в приемный покой попутным транспортом с импровизированной транспортной иммобилизацией. Жалобы на боли в левой голени, ограничение опоры на конечность, боль при движениях в правом коленном суставе и стопе. При осмотре: Состояние средней степени тяжести. В сознании. Тоны сердца ясные, чистые. АД= 110/60 мм.рт.ст. Пульс = 84 в минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Локальный статус: По передней поверхности голени в средней трети обширная гематома, кожные покровы не повреждены. Определяется визуальная деформация средней трети голени. Пальпация голени болезненна в средней трети голени, определяется патологическая подвижность и крепитация отломков. Активные движения в коленном и голеностопном суставах конечности резко ограничены из-за боли. Чувствительность и кровообращение дистальнее места повреждения не нарушены. На рентгенографии голени в 2-х проекциях – оскольчатый перелом обеих костей голени в средней трети, смещение отломков обеих костей по длине,

		ширине и под углом открытым кпереди.
В	1	Поставьте предварительный диагноз
Э		Закрытый оскольчатый перелом обеих костей левой голени в средней трети со смещением отломков.
P2		Диагноз поставлен верно
P1		Диагноз поставлен не полностью. Отсутствует указание на локализацию непосредственно на сегменте, отсутствует указание на смещение отломков.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
Э		Диагноз закрытого оскольчатого перелома обеих костей левой голени в средней трети со смещением отломков, установлен на основании: 1. наличия в анамнезе данных о травме, 2. жалоб пациента – боли в голени, ограничение функции конечности; 3. визуального осмотра – гематома, видимая деформация, патологическая подвижность и крепитация отломков; 4. рентгенологического обследования – наличие оскольчатого перелома обеих костей голени в средней трети со смещением отломков.
P2		Диагноз обоснован верно
P1		Диагноз обоснован не полностью – отсутствуют указания на один из основных признаков перелома.
P0		Диагноз обоснован неверно
В	3	Какие манипуляции и обязательные обследования должны быть выполнены больному при поступлении?
Э		Прежде всего, больному необходимо выполнить адекватное обезболивание. Затем с диагностической целью производится рентгенография, лабораторное обследование включающее общий анализ крови, мочи, биохимия крови, коагулограмма, РВ, ВИЧ, маркеры гепатитов ВиС, рентгенограмма грудной клетки.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указываются диагностические мероприятия, лабораторное обследование
P0		Диагноз обоснован неверно
В	4	Метод анестезии при выполнении манипуляций?
Э		Желательно применение общего обезболивания, при наличии противопоказаний – внутрикостная анестезия, новокаиновая блокада места перелома.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указывается метод выбора при проведении анестезии
P0		Ответ дан неверно

В	5	Назовите возможные осложнения при лечении данного перелома?
Э		При лечении методом скелетного вытяжения - недостаточная репозиция отломков, развитие воспаления вокруг мест проведения спиц, образование диастаза между отломками, несращение перелома, развитие нейропатий (малоберцовый нерв), образование пролежней на пяточной области и в области подколенной ямки. Тромбоз глубоких вен голени. При оперативном лечении – тромбоз глубоких вен голени, развитие инфекционных осложнений, остеомиелита, несращения перелома, образование ложного сустава, венозная недостаточность, лимфостаз.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – возможные осложнения указаны не полностью
P0		Ответ дан неверно
Н	-	027
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Больная , 57 лет, на улице подвернула левую ногу, при этом левая стопа ушла кнутри. Стали беспокоить сильные боли в области левого голеностопного сустава, интенсивнее выраженные при нагрузке. Самостоятельно обратилась с травматологический пункт. Жалобы на боли в области левого голеностопного сустава при ходьбе, невозможность полной опоры на конечность. При осмотре: обширный отек мягких тканей области голеностопного сустава, нижней трети левой голени. При пальпации болезненность, наиболее четко выраженная в проекции наружной лодыжки. Движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны.
В	1	Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
Э		Учитывая, наличие травмы, отека , гематомы мягких тканей, болезненности при пальпации резко локально выраженную в области наружной лодыжки, ограничения подвижности в суставе, указывающих на возможное наличие переломанаружной лодыжки, больной необходимо проведение рентгенографии голеностопного сустава в 2-х стандартных проекциях – передне-задней и боковой..
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указан характер и количество проекций
P0		Ответ дан неверно
В	2	Установите и обоснуйте диагноз?
Э		На произведенной в 2-х проекциях рентгенограмме у больной имеется перелом наружной лодыжки, смещение отломков

		отсутствует. На основании жалоб, клинического осмотра и данных рентгенографии у больной имеется закрытый перелом наружной лодыжки левой голени без смещения отломков.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – не указывается точная локализация перелома – наружная лодыжка, наличие или отсутствие смещения
P0		Ответ дан неверно
В	3	С какими повреждениями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Э		При данных травмах дифференциальный диагноз необходимо проводить с повреждением капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава, а также с переломами других костей стопы, переломы костей голени, на повреждения которых будет указывать клиническая картина (пяточная кость, таранная кость, кости предплюсны, дистальные отделы костей голени). В любых случаях для подтверждения диагноза необходимо проведение рентгенографии.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указаны анатомические локализации переломов с повреждением которых необходимо проводить дифференциальный диагноз.
P0		Ответ дан неверно
В	4	Какова тактика лечения данных переломов?
Э		При переломах лодыжек тактика лечения зависит от степени смещения отломков. При наличии показаний, которыми являются грубое смещение, которое в дальнейшем может привести к нарушению функции голеностопного сустава и несращению перелома применяется оперативное лечение. В приводимом случае лечение консервативное – иммобилизация гипсовой лонгетной повязкой, на срок до 1,5 мес, с возможностью опоры на нижнюю конечность через 1 мес.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указаны показания к оперативному вмешательству, сроки иммобилизации, сроки активизации пациента при наличии перелома со смещением отломков.
P0		Ответ дан неверно
В	5	Как будет осуществляться иммобилизация и последующее лечение?
Э		При лечении данного перелома должна применяться иммобилизация гипсовой повязкой, может быть применена задняя гипсовая повязка от верхней трети голени до кончиков пальцев стопы, может быть применена «U» -образная гипсовая повязка по Волковичу. Срок иммобилизации около 5-6 недель, через 1 месяц разрешается нагрузка на конечность.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указаны варианты гипсовой

		повязки, не указаны или некорректно указаны сроки продолжительности иммобилизации сторону либо увеличения, либо уменьшения.
P0		Ответ дан неверно
H		028
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Больной 32 лет, после ДТП доставлен в приемное отделение машиной «Скорой помощи». Со слов пострадавшего - в момент аварии, получил травму правой нижней конечности. При поступлении больной предъявляет жалобы на сильные боли в правой голени, усиливающиеся при попытке движений в суставах. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. АД= 120/70 мм.рт.ст. Пульс= 90 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Локальный статус: обширный отек и гематома циркулярно захватывающая среднюю и нижнюю треть голени. Визуально - в средней трети голени определяется угловая деформация, укорочение голени на 1,5 см. Активные движения в коленном и голеностопном суставе невозможны из-за болей, пассивные резко болезненны. Нарушения иннервации и кровообращения дистальнее места повреждения не выявлено. На произведенной рентгенограмме – многооскольчатый перелом костей правой голени в средней трети со смещением отломков.
В	1	Поставьте предварительный диагноз?
Э		Закрытый многооскольчатый перелом обеих костей правой голени в средней трети со смещением отломков.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – не дано указание на наличие шока.
P0		Ответ дан неверно
В	2	С чего следует начать лечение при поступлении больного в стационар?
Э		Больному необходимо произвести адекватное обезболивание, затем больной нуждается в наложении скелетного вытяжения за правую пяточную кость.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указан один из пунктов лечения.
P0		Ответ дан неверно
В	3	Почему в данном случае от интрамедуллярного остеосинтеза большеберцовой кости стоит воздержаться?
Э		Перелом большеберцовой кости является показанием к

		проведению интрамедуллярного остеосинтеза, однако учитывая, многооскольчатый характер перелома от интрамедуллярного остеосинтез большеберцовой кости лучше воздержаться. Следует учитывать, что перелом малоберцовой кости будет нуждаться в отдельной фиксации, что приведет к дополнительной травме тканей.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указано одно из показаний.
P0		Ответ дан неверно
В	4	Какой метод остеосинтеза должен быть применен в данном случае ?
Э		Учитывая, выраженное смещение отломков, многооскольчатый характер перелома наиболее целесообразным будет являться применение чрескостного компрессионно –дистракционного остеосинтеза по Илизарову .
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – отсутствует обоснование выбора метода лечения.
P0		Ответ дан неверно
В	5	Какие осложнения возможны у данного больного?
Э		У данного больного в связи с массивной гематомой и связанным с ней истечением крови в мышцы, межмышечные пространства, а также в пространства по ходу нервов и сосудов возможно сдавление нервных стволов и сосудов голени , то есть развитие компартмент – синдрома голени и связанные с ним нарушения иннервации и кровоснабжения дистальных отделов голени, сдавления мышц
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не объяснен механизм развития сдавления мышц, нервов и сосудов.
P0		Ответ дан неверно
Н		029
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Больной Д. 23 лет. Доставлен в приемный покой машиной "скорой помощи" через 30 минут после травмы - сбит легковой автомашиной. При поступлении: общее состояние – средней тяжести. В сознании. Тошноты, рвоты не было. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные. Пульс 90 уд. в мин. удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Левая нижняя конечность иммобилизирована лесничной шиной Крамера наложенной по наружной поверхности голени до её верхней трети. В нижней трети голени умеренно промокшая кровью бинтовая повязка. Деформация голени в нижней трети

		<p>под углом открытым кнутри и кпереди Пальцы стопы теплые, обычной окраски, осторожные активные движения сохранены. Чувствительных нарушений на обнаженных пальцах стопы не выявлено. Пульсация на тыльной артерии стопы сохранена. Больному выполнена в/м инъекция кетонала 2,0мл и с имеющейся иммобилизацией перевезен на каталке в рентгенкабинет. Выполнена рентгенография левой голени на протяжении в 2х проекциях. На произведенных в двух стандартных проекциях рентгенограммах – перелом обеих костей голени в нижней трети со смещением отломков под углом и захождением по длине. Больному в перевязочной удалена иммобилизация, одежда, снята повязка с голени, обнаружена по передней поверхности голени в её нижней трети рваная рана 7х5 см с неровными краями, умеренно кровоточащая. Дном раны является кость. Выполнен туалет кожи антисептиками, на рану наложена асептическая повязка. Больной перевезен в операционную.</p>
В	1	Оцените правильность произведенной иммобилизации? Как правильно в данном случае провести иммобилизацию транспортной шиной?
Э		Иммобилизация произведена некорректно. При правильной иммобилизации шина должна быть наложена с обеих сторон и сзади голени, фиксировать стопу, голеностопный сустав, голень, коленный сустав и доходить до верхней трети бедра.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указывается до какой трети бедра должна быть наложена шина.
P0		Ответ дан неверно
В	2	Предположительный диагноз и его обоснование?
Э		На основании анамнеза, клинической картины, рентгенограмм у больного имеется открытый перелом обеих костей голени в нижней трети со смещением отломков.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – в обосновании не полностью дано описание клинической картины (боли, наличие раны на голени, отека, деформации), и рентгенографии (наличие углового смещения и смещения по длине)..
P0		Ответ дан неверно
В	3	Какой метод лечения переломов показан в данном случае?
Э		Учитывая наличие открытого перелома, больному показано лечение методом чрескостного остеосинтеза.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указано показание к применению чрескостного остеосинтеза
P0		Ответ дан неверно
В	4	Тактика лечения данного повреждения?
Э		Тактика заключается в проведении первичной хирургической обработки раны под общим, проводниковым или внутрикостным

		обезболиванием, при наличии показаний – иссечении краев, ревизия раны, удалении инородных тел, иссечении нежизнеспособных мышц, мелких свободных костных отломков, дренирование раны, ушивание. Затем наложение аппарата Илизарова на голень с проведением спиц вне очага повреждения.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – указаны не все этапы хирургической обработки.
P0		Ответ дан неверно
В	5	Возможные осложнения и ошибки при лечении?
Э		Осложнения - Со стороны раны – нагноение раны с образованием околораневой флегмоны, формированием гнойных затеков. Развитие посттравматического остеомиелита. Ошибки – отсутствие антибактериальной терапии, неточная репозиция отломков в аппарате, нестабильность аппарата,
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – указаны не все осложнения.
P0		Ответ дан неверно
Н		030
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мужчина 42 лет, монтажник, упал с высоты 2 м. Основной удар пришелся на левую пяточную область. При осмотре в приемном покое - Состояние удовлетворительное. Тоны сердца ясные, чистые. АД= 120/ 70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное .ЧД= 20 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Локальный статус : имеется обширный отек и гематома левой пяточной области распространяющийся на область голеностопного сустава, Визуально - четко видимое уплощение левой пяточной области и продольного свода стопы. При осмотре с подошвенной стороны обеих стоп видно, что на поврежденной стороне лодыжки расположены ниже, а ось пяточной кости наклонена внутрь. Нагрузка на пятку резко ограничена из-за сильных болей, пальпация также болезненна. Напряжение мышц голени вызывает усиление болей в области пятки. Активные движения (приведение и отведение, пронация и супинация стопы) резко ограничены. Подвижность и чувствительность пальцев левой стопы не нарушена. Пульсация артерии на тыле стопы определяется.</p>
В	1	Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз?
Э		На основании данных анамнеза (падение с высоты на левую пятку), клинической картины (боль, отек, гематома, деформа-

		ция пяточной области, уплощение продольного свода стопы , ограничение нагрузки и движений) у больного имеется - Закрытый перелом пяточной кости левой стопы со смещением отломков.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указан какой либо из признаков перелома пяточной кости.
P0		Ответ дан неверно
В	2	Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
Э		Больному необходимо выполнение рентгенографии пяточной кости в 2-х проекциях – боковой и аксиальной. Возможная сложность полной трактовки особенностей перелома и развившейся деформации, обосновывает целесообразность выполнения КТ среднего и заднего отделов стопы.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – не указан один из видов обследования
P0		Ответ дан неверно
В	3	Что обозначает угол Белера?
Э		Угол Белера - угол образованный пересечением линии, которая соединяет самую выступающую часть переднего отростка пяточной кости и наивысшую точку задней суставной фасетки с линией, проведенной касательно от высшей точки задней суставной фасетки до верхнего края пяточного бугра. В норме, острый угол. образованный пересечением этих линий, составляет 25-40 °. При переломах пяточной кости данный угол может уменьшаться, быть равным 0, принимать отрицательные значения.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – неправильно указаны линии или значения углов.
P0		Ответ дан неверно
В	4	Тактика и методы лечения данного вида переломов?
Э		Учитывая, что у больного имеется перелом пяточной кости со смещением отломков рекомендуемыми методами лечения могут быть: одномоментная ручная закрытая репозиция с чрескожной фиксацией отломков спицами и гипсовой повязкой, скелетное вытяжение (например по А.В.Каплану), либо открытая репозиция и остеосинтез специальной пластиной, возможно лечение и аппаратом внешней фиксации.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не перечислены все возможные методы лечения
P0		Ответ дан неверно
В	5	Длительность иммобилизации при переломах пяточной кости?
Э		Длительность иммобилизации при переломах без смещения отломков – в среднем 6-8 недель – с 9 недели хождение без опоры, с 12 недели разрешается опора на ногу. При переломах со

		смещением срок иммобилизации увеличивается до 12-14 недель.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – ошибочно указаны сроки иммобилизации, погрешность в сторону уменьшения или увеличения сроков.
P0		Ответ дан неверно
Н		031
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Юноша 16 лет, пострадал при падении с высоты около 3х-3,5 метров, при этом основная сила удара пришлась на левую ногу. Без помощи посторонних подняться не смог. Доставлен в травматологическое отделение ЛПУ машиной «Скорой помощи». Жалобы – боли в левой нижней конечности, не может поднять левую ногу. При осмотре - общее состояние средней тяжести, по внутренним органам без патологии. Локальный статус: визуально имеет место обширный отек и гематома области левого голеностопного сустава и нижней трети голени, так же имеет место деформация, искривление оси сегмента. Пальпация нижней трети голени и области голеностопного сустава болезненна, активные движения в голеностопном суставе почти невозможны из-за болей. Чувствительность на стопе сохранена. Пульс на тыльной артерии стопы отчетливый, на задней – пропальпировать невозможно из-за гематомы и отека.
В	1	Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить рентгенографию в 2-ух стандартных проекциях, рекомендуется проведение КТ.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указаны варианты обследования.
P0		Ответ дан неверно
В	2	Поставьте диагноз и дайте его обоснование ?
Э		На основании данных анамнеза (наличие травмы –падения с высоты), характерных клинических признаков перелома, которыми являются боль, отек, гематома, ограничение функции, у больного имеется закрытый перелом обеих костей голени в нижней трети со смещением отломков .
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – не перечислен один из клинических признаков перелома.
P0		Ответ дан неверно
В	3	Применение каких методов лечения переломов показано в данном случае?
Э		В данном случае возможно применение как консервативного метода –закрытой репозиции, иммобилизации гипсовой

		повязкой, так и метода скелетного вытяжения за пяточную кость. Также возможно применение и оперативных методов – интрамедуллярного остеосинтеза или применение аппарата Илизарова..
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не перечислен один из методов.
P0		Ответ дан неверно
В	4	Как правильно произвести иммобилизацию гипсовой лонгетной повязкой при использовании консервативного метода?
Э		Гипсовая лонгетная повязка накладывается по задней поверхности голени от кончиков пальцев стопы до средней трети бедра в среднефизиологическом положении коленного и голеностопного суставов
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – не точно даны анатомические ориентиры.
P0		Ответ дан неверно
В	5	Приблизительные сроки консолидации перелома?
Э		Сроки консолидации переломов данной консолидации около 3х месяцев в зависимости от степени смещения отломков, качества репозиции отломков, метода лечения.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – указываются неточные сроки консолидации.
P0		Ответ дан неверно
Н		032
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		В приемный покой доставлен машиной «Скорой помощи» через 30 минут после кататравмы: падения с высоты 6-7 метров пациент 45 лет. При поступлении – состояние средней тяжести. В сознании, тошноты, рвоты не было. Кожные покровы бледные АД 100/60 мм рт. ст., пульс 98-100уд в 1 мин, Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторно звук ясный легочный, притупления в боковых и нижних отделах не определяется. ЧД=20 в минуту. Живот умеренно болезненный при пальпации в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины – сомнительные, перистальтика снижена в нижних отделах. Локальный статус: нижние конечности в вынужденном положении – приведены и согнуты в коленных и тазобедренных суставах. Движения в суставах нижних конечностях резко ограничены из-за усиления болей в области таза. Видимая асимметрия костей таза за счет смещения правой половины кверху и к средней линии тела. Мягкое давление на передне верхние ости вызывает резкое

		усиление болей определяется подвижность правой половины таза. Гематома мошонки и промежности. Моча спущена катетером- 450мл, чистая, прозрачная без примеси крови. После в/м введения кетонала 2,0 и начала в/в инфузии кровезамени-телей больному произведена обзорная рентгенография костей таза. На произведенных рентгенограммах – разрыв крестцово-подвздошного сочленения справа, разрыв лобкового симфиза, смещение правой половины таза по типу «закрытой книги» и проксимально.
В	1	Дайте предварительный диагноз?
Э		Закрытый перелом костей таза с нарушением целостности тазового кольца: разрыв крестцово-подвздошного сочленения справа, разрыв лобкового симфиза.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указано что правая половина таза (безымянная кость) в состоянии вывиха.
P0		Ответ дан неверно
В	2	Какова на Ваш взгляд степень тяжести пациента при поступлении?
Э		Пациент находится в состоянии средней тяжести, однако тяжесть состояния может постепенно возрастать в связи с продолжаю-щейся кровопотерей и шоком на что указывает характер повреждения – перелом костей таза с нарушением целостности тазового кольца со смещением половины таза. На момент обследования в стационаре тахикардия 98-100уд. в 1мин., снижение систолического АД до 100, что соответствует индексу шока близким к 1.0 и кровопотере близкой к 20-25% ОЦК.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – нет указания либо на характер повреждения, либо на характер смещения.
P0		Ответ дан неверно
В	3	Какие методы обследования необходимо применить у данного пациента?
Э		У данного больного необходимо, кроме выполненной рентгенографии таза безотлагательное выполнение УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, на фоне продолжающейся инфузионной терапии мониторинг показателей гемодинамики, гемоглобина, гематокрита, принятие мер для стабилизации отломков таза.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не перечислен один из видов исследования
P0		Ответ дан неверно
В	4	С чего необходимо начать лечение данного пациента?
Э		При данной патологии с учетом состояния больного необходимо выполнить внутритазовую новокаиновую блокаду по Школьникову справа (0,5% раствором новокаина 300-350мл) и экстренное оперативное вмешательство –стабилизация тазового

		кольца аппаратом внешней фиксации. Эффективно проведение внутритазовой При невозможности выполнения – тазовый бандаж и после стабилизации состояния скелетное вытяжение за правую нижнюю конечность с противо-тягой.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – отсутствует указание на один из вариантов лечения.
P0		Ответ дан неверно
В	5	Какому методу оперативного лечения следует отдать предпочтение в данном случае?
Э		В данном случае лечение должно проводиться аппаратом внешней фиксации, который позволяет стабилизировать и сопоставить смещенные отломки. В последующем в отсроченном порядке возможен – остеосинтез лонного сочленения пластиной, крестцово-подвздошного винтами.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – не указаны все возможные варианты лечения
P0		Ответ дан неверно
Н		033
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина доставлен в клинику с места автодорожной аварии. При поступлении жалобы на боли в области таза, особенно в области лобка и промежности, затруднение мочеиспускания. Состояние сознание ясное, адекватен. Дыхание свободное. ровное 18 в 1 минуту. Кожа и видимые слизистые розовые, чистые. АД=120/ 70 мм.рт.ст.. пульс 80 уд. в 1 мин. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно звук ясный легочный, притупления не выявлено. Живот мягкий, безболезненный, активно участвует в акте дыхания, притупления в отлогих местах не выявлено, перистальтика отчетливая. Движение в нижних конечностях усиливает боль. Пальпация лобка болезненна. Осевая нагрузка на таз – болезненна в переднем отделе таза. При сдавлении остей подвздошных костей патологической подвижности не выявлено, но усиливаются боли в переднем отделе таза. Положительный симптом «прилипшей пятки» справа.
В	1	1.Ваш предположительный диагноз и обоснование?
Э		Учитывая клинические признаки – боль, особенно в области лобковых костей, боль при движениях в нижних конечностях, болезненная осевая нагрузка у больного имеется перелом костей таза. Симптом «прилипшей пятки» указывает на возможное

		наличие перелома лонных и седалищных костей таза, скорее справа.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указываются симптомы свойственные переломам костей таза
P0		Ответ дан неверно
B	2	Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
Э		Больной нуждается в выполнении – рентгенографии костей таза, УЗИ органов брюшной полости и органов таза.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не перечислен один из видов обследования.
P0		Ответ дан неверно
B	3	Каков план лечения данного пациента?
Э		При переломах без смещения или с незначительным смещением отломков – лечение консервативное - постельный режим, положение по Волковичу – с согнутыми в коленных и тазобедренных и отведенных нижних конечностях с валиком под коленями, обезболивание. При наличии перелома костей таза со значимым смещением отломков – оперативное лечение .
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – отсутствует один из вариантов лечения. не указаны показания к консервативному или оперативному лечению.
P0		Ответ дан неверно
B	4	Какие переломы костей таза должны лечиться оперативно ?
Э		Переломы со значимым смещением отломков костей таза, разрывы лобкового симфиза, крестцово-подвздошного сочленения, диагональные переломы и полифрагментарные переломы костей таза являются абсолютным показанием к оперативному лечению.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указан один из видов переломов.
P0		Ответ дан неверно
B	5	Какой метод остеосинтеза лучше использовать при данных переломах?
Э		При переломах с нарушением целостности тазового кольца , особенно при диагональных и многофрагментарных переломах как обеспечивающий наибольшую стабильность тазового кольца показан остеосинтез аппаратами наружной фиксации.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью
P0		Ответ дан неверно
H	-	034

Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больному 51 год, на пенсии. Жалобы на боли в области правого тазобедренного сустава и выраженном ограничении движений. Боль усиливается при нагрузке на ногу, стихает после продолжительной разгрузки суставов. Может передвигаться только на костылях. В прошлом занимался спортом: прыжками с парашютом, были неоднократно травмы, в том числе после одной из них 3-4 месяца ходил с палочкой, хромал на правую ногу. Что заставило прекратить занятия парашютным спортом.</p> <p>Из анамнеза известно, что боли появились 5-6 лет назад, после длительной поездки по пересеченной местности с тяжелым рюкзаком и груженым велосипедом, занятия велоспортом не бросал до тех пор, пока боли не стали невыносимы, а ограничения в движениях не позволяли совершать езду на велосипеде.</p> <p>Объективно: Телосложение правильное, мышечный тип, кожа не изменена. ИМТ 27. Движения в тазобедренном суставе резко ограничены, активные движения качательные, приводящая контрактура, передвигается только на костылях. При ходьбе перемещает правое бедро вместе с тазом.</p> <p>Из результатов рентгенографии области таза в прямой проекции: суставная щель справа почти полностью отсутствует, обе поверхности сустава резко деформированы, расширены за счет краевых разрастаний. Склероз суставных концов, многочисленные мелкие и крупные кистовидные просветления. Уплотнение и расширение головки бедренной кости. Слева признаки коксартроза 1 стадии.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Правосторонний вторичный коксартроз III степени по Косинской, слева 1 стадии.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть классификационных характеристик данной нозологии упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб на боль, которая проходит после продолжительной разгрузки суставов. Резко ограниченных пассивных движений и почти полном отсутствии активных движений в правом тазобедренном суставе, передвигается выполняется только на костылях, перемещая бедро вместе с тазом. Результаты рентгенографии тазобедренных суставов: Справа почти полное отсутствие суставной щели, наличие остеофитов, костные кисты, импрессия кости, субхондральный остеосклероз.

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. Или обоснование одной из нозологических форм неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите три рентгенологических стадии деформирующего артроза по Косинской и дайте им характеристику.
Э	-	I стадия – незначительное сужение суставной щели, небольшие костные разрастания, участки оссификации суставного хряща. II стадия – суставная щель сужена в 2,3 раза по сравнению с нормой, грубые костные разрастания по краям суставной впадины. Деформация суставной поверхности, в эпифизарной зоне появление зон субхондрального склероза и овальные участки просветления (кисты) III стадия – суставная щель почти полностью отсутствует. Обе сочленяющиеся поверхности резко деформированы и расширены за счет краевых разрастаний, грубый склероз соприкасающихся участков, импрессия кости, костные кисты.
P2	-	Верно указаны 3 стадии.
P1	-	Верно указано 1-2.
P0	-	Стадии указаны неверно.
B	4	Укажите направления лечения и раскройте их. Какие варианты оперативного лечения возможны для этого пациента, в чем суть данного вмешательства?
Э	-	Консервативное лечение при данной стадии коксартроза неэффективно, но не противопоказано: разгрузка сустава (тракционная терапия, уменьшение вертикальной нагрузки на сустав), медикаментозная терапия (НПВП, ГКС, хондропротекторы, биостимуляторы, проекторы синовиальной жидкости), лечебная физкультура (лечебное плавание, гимнастика, массаж, механотерапия, мануальная терапия), физиотерапевтическое лечение (УВЧ, магнитно-парафино- индукто- и рентгенотерапия, ударно-волновая терапия). Оперативное лечение (декопресссионная миотомия, внутрикостная декомпрессия, остеотомия, артродез, эндопротезирование суставов, артропластика). Данному пациенту предпочтительнее эндопротезирование правого тазобедренного сустава. Тотальное эндопротезирование – замещение обеих суставных поверхностей. В качестве трущихся элементов эндопротеза чаще используют пары «металл – крупномолекулярный полиэтилен или керамика»
P2	-	Указаны направление лечения и правильно указаны варианты хирургически вмешательств.
P1	-	Не указаны все направления лечения
P0	-	Выбрано неверное направление лечения и неправильно указаны варианты хирургически вмешательств.
H	-	035

Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К, 30 лет, обратился к врачу с жалобами на боль в правом коленном суставе, которые появились 3 месяца назад. Травмы и воспаления коленного сустава не было. При беседе с больным выяснилось, что у него периодически возникают боли в поясничном отделе позвоночника, которые самостоятельно проходили. Коленный сустав нормальной конфигурации, выпота в нем нет. Кожа коленного сустава обычного цвета. Симптомов, встречающихся при повреждении мениска и связок коленного сустава не выявлено. Движения не ограничены. Движения в правом тазобедренном суставе безболезненные в полном объеме. На рентгенограммах коленного сустава изменений не обнаружено.
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Остеохондроз поясничного отдела позвоночника.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб пациента (боли в коленном суставе, периодические боли в поясничном отделе позвоночника, которые самостоятельно проходили). Отсутствии объективных клинических и рентгенологических изменений со стороны коленного сустава, безболезненных движениях в полном объеме правого тазобедренного сустава
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Обоснование одной из нозологических форм неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	При каких заболеваниях могут возникать похожие симптомы
Э	-	Правосторонний Коксартроз
P2	-	Верно
P1	-	Частично верно
P0	-	Неверно.
В	4	Какие методы физикального обследования должны быть проведены для уточнения диагноза
Э	-	Выявление ограничения движений в тазобедренном суставе по сравнению со здоровым; сглаженность поясничного лордоза; болезненность и напряжение мышц поясницы, появление кожных складок Киблера в поясничном отделе, ограничение движений в

		поясничном отделе поясницы.
P2	-	Выбраны верные физикальные обследования
P1	-	Физикальные обследования перечислены не полностью
P0	-	Физикальные обследования выбраны не верно.
B	5	Какие методы инструментального обследования должны быть проведены для уточнения диагноза
Э	-	Рентгенография правого тазобедренного сустава и поясничного отдела позвоночника
P2	-	Выбраны верные инструментальные обследования
P1	-	Инструментальные обследования перечислены не полностью
P0	-	Инструментальные обследования выбраны не верно.
H	-	036
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Больной Б обратился с жалобами на нарушение осанки. (страдает боковым искривлением позвоночника.) После проведенного рентгенологического исследования определяется - S-образное искривление с боковым отклонением в пределах 35°, торсией и наличием компенсаторных дуг. Клинически определяется мышечный валик и небольшой реберный горб, обусловленный торсией позвонков.
B	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Приобретенный S-образный сколиоз (сколиотическая болезнь) 2 степени
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно указан характер деформации; неверно оценена степень.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб; анамнеза заболевания (страдает искривлением позвоночника долгое время); объективных данных (определяется мышечный валик и небольшой реберный горб, обусловленный торсией позвонков)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	В чем отличие сколиотической осанки от сколиоза?
Э	-	Искривление при сколиотической осанке имеет функциональный характер, морфологические изменения позвоночника отсутствуют.
P2	-	Отличия сформулированы верно
P0	-	Отличия сформулированы неверно

В	4	Каковы показания к хирургическому лечению данного заболевания, есть ли они у данного пациента в настоящий момент?
Э	-	Показания к оперативному лечению: Аномалия развития позвоночника, которая гарантировано приведет к развитию выраженного сколиоза (например, полупозвонок). Сколиоз от 40-120° (3-4 ст.) при условии, что имеется негативная динамика. У данного пациента показаний к операции в настоящее время нет.
P2	-	Показания к хирургическому лечению указаны верно, правильно определено отсутствие показаний к нему у данного пациента.
P1	-	Указаны не все показания к хирургическому лечению, или дано одно лишнее показание, или пациенту назначено хирургическое лечение.
P0	-	Показания к хирургическому лечению данного заболевания вообще и у данного пациента определены неправильно.
Н	-	037
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 60 года, водитель. Предъявляет жалобы на боли, ограничение движения в правом коленном суставе. Считает себя больным на протяжении последних четырех лет, когда появились боли при нагрузке. С течением времени интенсивность боли возрастала. В семье заболеваниями суставов никто не страдает. Объективно: телосложение правильное, имеется лишний вес (15кг). Отмечается увеличение контуров правого коленного сустава, пастозность тканей. Движения болезненны и ограничены, сгибает правую ногу только до прямого угла. Отмечается болезненный хруст при движениях. По данным рентгенографии: резкое неравномерное сужение суставной щели в правом коленном суставе, выраженные краевые костные разрастания, субхондральный остеосклероз, с кистовидной перестройкой суставных концов.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Правосторонний гонартроз III стадии.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень коксартроза.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз правостороннего гонартроза установлен на основании жалоб пациента (на боли, ограничение движения суставе.); анамнеза настоящего заболевания (считает себя больным на

		протяжении последних четырех лет, когда появились боли в конце рабочего дня. Начало заболевания было постепенным, в покое боли стихали. Данных рентгенографии (Резкое неравномерное сужение суставной щели в правом коленном суставе. Выраженные краевые костные разрастания, субхондральный остеосклероз).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. Или обоснование одной из нозологических форм неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какие три варианта боли характерны для данного заболевания?
Э	-	Боль после длительной нагрузки «Стартовые боли» Ночные боли
P2	-	Верно указано 3 варианта боли.
P1	-	Верно указано 1-2 варианта боли.
P0	-	Варианты боли указаны неверно.
B	4	С помощью каких трёх инструментальных методов, кроме рентгенографии, можно установить данный диагноз, что они позволяют установить?
Э	-	Ультразвуковое исследование позволяет установить стадию заболевания. Наличие изменений в связочном аппарате. Компьютерная томография (КТ). Позволяет получить более детальные и точные данные, чем рентгенография. Магнитно-резонансная томография (МРТ). позволяет послойно отсканировать сустав, фиксируя малейшие изменения в структуре костей и хряща.
P2	-	Верно указано 3 инструментальных метода, даны верные описания методов.
P1	-	Верно указано два инструментальных метода, к ним даны верные описания. или Верно указано три инструментальных метода, к одному или двум из них даны неверные описания.
P0	-	Верно указано менее двух инструментальных методов, или описания к методам даны неверно, или методы и описания указаны полностью неверно.
B	5	Укажите направления лечения данного пациента. Какие варианты хирургического лечения возможны, в чем суть данных вмешательств?
Э	-	При третьей стадии заболевания, можно говорить о низкой эффективности консервативного направления лечения и целесообразности эндопротезирования или артродеза сустава. Эндопротезирование позволяет быстро восстановить безболезненную подвижность и опороспособность сустава. Артродез, применим в тех случаях, когда невозможно эндопротезирование. Операция обеспечивает безболезненную опорную функцию конечности ценой отсутствия подвижности

		сустава.
P2	-	Выбрано верное направление лечения и правильно указаны варианты хирургически вмешательств.
P1	-	Не учтена неэффективность консервативного лечения данной пациентки – выбраны как хирургическое, так и консервативное направления лечения. Варианты хирургических вмешательств указаны верно, или выбрано верное направление лечения, но неверно указаны варианты хирургических вмешательств.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения и неправильно указаны варианты хирургически вмешательств.
Н	-	038
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Во время обследования призывника 17 лет выявлены жалобы на боли в спине к концу дня, частые простудные заболевания, неприятные ощущения в области сердца. Считает себя больным с подросткового возраста. Неоднократно получал курсы массажа и лечебной физкультуры. Объективно: - стойкая деформация грудной клетки, не исчезающая при наклоне вперед, в положении лежа, при активной осанке, наличие реберного горба, мышечный валик и паравертебральная мышечная асимметрия, рентгенологическое подтверждение сколиоза.
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Правосторонний грудной сколиоз 2 степени
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб пациентки (боли в спине к концу дня); объективного обследования (стойкая деформация грудной клетки, не исчезающая при наклоне вперед, в положении лежа, при активной осанке, наличие реберного выбухания; мышечный валик и паравертебральная мышечная асимметрия).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Обоснование одной из нозологических форм неверно.

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	В каком случае рационально назначение ортезирования?
Э	-	Прогрессирующий сколиоз 2-3 степени, искривление более 40 градусов, в качестве подготовки к операции для разгрузки сколиотической деформации и в послеоперационном периоде.
P2	-	Верно указано 3показания.
P1	-	Верно указано 1-2.
P0	-	Показания указаны неверно.
B	4	Укажите направления лечения.
Э	-	Рациональный режим: жесткая постель, ЛФК, ограничение срока пребывания в вертикальном положении, массаж. При прогрессировании заболевания (более 10 градусов в год)- ортезирование (корсеты).
P2	-	Выбрано верное направление лечения и правильно указаны варианты хирургически вмешательств.
P1	-	Не учтена неэффективность консервативного лечения при 2 и 3 стадиях заболевания.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения и неправильно указаны варианты хирургически вмешательств.
H	-	039
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 47 лет, поступил в ортопедическое отделение с жалобами на боль в левом коленном суставе. Со слов больного, страдает болями в течение 4 лет. Отмечает, что боли в суставе связаны с физической нагрузкой. Часто бывают утром при вставании с постели и вечером в конце рабочего дня. В покое боли в суставе проходят. Работает токарем и весь рабочий день стоит на ногах. Последние 1.5 года боли стали более интенсивными, периодически сустав стал увеличиваться в объеме. При осмотре: левый коленный сустав увеличен в объеме, движения в нем незначительно ограничены. На рентгенограммах: сужение щели коленного сустава, незначительный склероз замыкательных пластин.
B	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Гонартроз левого коленного сустава 1-2 ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень артроза;

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
V	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз гонартроза левого коленного сустава 1-2 степени установлен на основании жалоб пациента (на боли в после физической нагрузки, утром при вставании с постели и вечером в конце рабочего дня, отечность сустава); анамнеза настоящего заболевания (считает себя больным на протяжении последних 4х лет, когда появились боли в левом коленном суставе. Начало заболевания было постепенным, в покое боли стихали. В последние 1,5 года периодическое увеличение сустава в объеме); клинического осмотра (левый коленный сустав увеличен в объеме, движения в нем незначительно ограничены), данных рентгенографии (сужение щели коленного сустава, незначительный склероз замыкательных пластин.).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм, или обоснование одной из нозологических форм неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	План лечения данного заболевания
Э	-	Инъекции в параартикулярные ткани кортикостероидных препаратов - Кеналог, Дипроспан. Внутрисуставное введение алфлутопа, артепарона, синвиска, обладающих противовоспалительным, трофическим и регенеративным действием. Противовоспалительные мази - Кетонал; Кетопрофен, физиотерапевтическое лечение, массаж, ЛФК, разгрузка сустава.
P2	-	План лечения составлен верно.
P1	-	План лечения составлен не полностью верно: учтены не все консервативные мероприятия.
P0	-	или
V	4	Прогноз данного заболевания
Э	-	Заболевание имеет склонность к постепенному прогрессированию, требует повторяющихся курсов лечения.
P2	-	Прогноз данного заболевания описать полностью
P1	-	Прогноз данного заболевания описан частично
P0	-	Прогноз данного заболевания описан не правильно
V	5	Какие методы оперативного лечения возможны в случае прогрессирования заболевания?
Э	-	Корректирующие остеотомии, артроскопическая санация, эндопротезирование сустава, артродез
P2	-	Правильно указаны варианты хирургически вмешательств.
P1	-	Частично неверно указаны варианты хирургических вмешательств

		или перечислены не все возможные варианты лечения
P0	-	Неправильно указаны варианты хирургически вмешательств.
H	-	040
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		У мальчика 10 лет отмечается изменение осанки: левое плечо выше правого, угол левой лопатки выше уровня правой на 2 см. Треугольник талии справа увеличен, вертикальная ось остистых отростков позвоноч-ников отклонена влево. На рентгенограмме, в положении стоя угол искривления позвоночного столба составляет по методу Фергюссона 70градусов, в положение лежа 50градусов.
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Левосторонний сколиоз I степени
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно оценена степень сколиоза.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Классификация сколиоза по тяжести деформации
Э	-	<p>I степень характеризуется небольшим отклонением позвоночного столба и начальной степени торсии; II степень - заметное отклонение позвоночного столба во фронтальной плоскости, выраженная торсия, наличие компенсаторных дуг. Угол первичной дуги искривления в пределах 21-30°, реберный горб. Рентгенологически проявляется деформация тел позвонков на вершине искривления;</p> <p>III степень-более выраженная деформация, большой реберный горб, резкая деформация грудной клетки. Угол первичной дуги от 40 до 60°. Рентгенологически видны клиновидные позвонки на вершине искривления;</p> <p>IV степень - тяжелое обезображивание туловища, кифосколиоз, деформация таза, отклонение туловища, стойкая деформация грудной клетки, задний и передний горб. Рентгенологически определяется выраженная клиновидная деформация тел позвонков, деформирующий спондилоартроз и спондилёз в грудном и поясничном отделах позвоночного столба, обызвествление связочного аппарата. Угол основного искривления достигает 61-90°.</p>
P2	-	Классификация приведена правильно
P1	-	Классификация приведена частично правильно

P0	-	Классификация приведена не правильно
B	3	Классификация сколиоза по Коббу
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Миопатический. Обусловлен недоразвитыми, слабыми или поврежденными мышцами, связками. 2. Неврогенный. Появляется из-за патологических изменений в нервной ткани или при ее поражении, например, из-за паралича, инфекций, корешкового синдрома. 3. Диспластический (метаболические или дискогенные). Обусловлен изменением или неправильным развитием костной ткани. 4. Остеопатический. Вызваны пороками позвоночника (сросшиеся ребра, отсутствие ребер, добавочные ребра, дефекты позвонков и так далее). Костная ткань при этом абсолютно нормальна. Также к таким сколиозам относят искривления, которые первоначально вызваны полученными повреждениями (ожоги, рубцы, операционное вмешательство и т.п.). 5. Идиопатический. Причину установить не представляется возможным.
P2	-	Отличия сформулированы верно, определен характер нарушений у дан-ного пациента.
P1	-	Отличия сформулированы верно, но неверно определен характер нару-шений у данного пациента. Или не указан характер нарушений у данного пациента.
P0	-	Дан полностью неверный ответ.
B	4	Составьте план лечения для данного больного.
Э	-	<p>Ношение корригирующего корсета. Общее оздоровление ребенка. Выработка индивидуально статико-динамического режима.ЛФК. Массаж спины, грудной клетки, поясницы, плечевого пояса, живота</p> <p>Плавание, физиопроцедуры (электростимуляция мышц, электрофорез)</p>
P2	-	План лечения составлен верно.
P1	-	План лечения составлен не полностью верно: учтены не все консерва-тивные мероприятия. Или предписано хирургическое лечение.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
B	5	Каковы показания к хирургическому лечению данного заболевания, показано ли хирургическое лечение
Э	-	<p>Показания к оперативному лечению:</p> <p>Аномалия развития позвоночника, которая приведет к развитию сколиоза (полупозвонок). Сколиоз 3-4 ст. (угол искривления превышает 50 град.) Прогрессирование заболевания при выполнении консервативной терапии</p> <p>У данного пациента показаний к операции нет.</p>
P2	-	Показания к хирургическому лечению указаны верно, правильно

		определено отсутствие показаний к нему у данного пациента.
P1	-	Указаны не все показания к хирургическому лечению. Или дано одно лишнее показание. Или пациенту назначено хирургическое лечение.
P0	-	Показания к хирургическому лечению данного заболевания вообще и у данного пациента определены неправильно.
H	-	041
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Врачом ортопедом при профилактическом плановом осмотре у девочки 12 лет выявлено: правое плечо выше левого, треугольники талии справа меньше чем слева, уровень угла лопаток справа выше на 2 см. В положении наклона отчетливо определяется асимметрия - реберное выбухание справа и мышечный валик в поясничном отделе.
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Сколиоз II степени
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно указан характер деформации; неверно оценена степень сколиоза.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какой дополнительный метод исследования нужно назначить пациенту для подтверждения диагноза, как его следует провести?
Э	-	Рентгенография в двух проекциях (стоя и лежа).
P2	-	Указан верный метод исследования, указаны особенности проведения.
P1	-	Указан верный метод исследования, но не указаны особенности. Или особенности указаны неверно.
P0	-	Метод и особенности указаны неверно.
В	3	В чем главное отличие между сколиозом и сколиотической осанкой? Каков характер нарушений у данного пациента?
Э	-	Искривление при сколиотической осанке имеет чисто функциональный характер, морфологические изменения позвоночника отсутствуют. У данного пациента изменения морфологические, так как даже в горизонтальном положении, при расслаблении мышц искривление не исчезает, выявлено комбинированное искривление позвоночника.
P2	-	Отличие сформулировано верно, правильно определен характер нарушений у данного пациента.
P1	-	Отличие сформулировано верно, но неверно определен характер

		нарушений у данного пациента. Или не указан характер нарушений у данного пациента.
P0	-	Дан полностью неверный ответ.
B	4	В каком случае будет рационально назначение ортезирования?
Э	-	Прогрессирующий сколиоз II-III степени (угол искривления которого составляет больше 18 градусов). Искривление более 40 градусов и значительные анатомические изменения в позвонках у пациентов периода завершения костного роста. В качестве подготовки к операции для разгрузки сколиотической деформации или в послеоперационном периоде.
P2	-	Приведено три показания к ортезированию.
P1	-	Приведено одно-два показания к ортезированию. Или приведены лишние показания к ортезированию, кроме трех основных.
P0	-	Не приведены показания к ортезированию. Или приведены несоответствующие показания.
B	5	Составьте план лечения для данного больного.
Э	-	Диспансеризация, соблюдение ортопедического разгрузочного режима (спец. занятия, ношение ортопедического корсета и т.д.). Общее оздоровление ребенка, индивидуальный статико-динамический режим, функциональное исправление деформаций позвоночника, ЛФК, массаж.
P2	-	План лечения составлен верно.
P1	-	План лечения составлен не полностью верно
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
H	-	042
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 53 года, строитель. Предъявляет жалобы на боли, ограничение движений в левом тазобедренном суставе. Из анамнеза: считает себя больным на протяжении последних пяти лет, когда появились боли в конце рабочего дня. Боли беспокоили только при нагрузке. С течением времени интенсивность боли возрастала. В семье заболеваниями суставов никто не страдает. При ходьбе в последнее время появляются боли в стопах, икрах. Объективно: телосложение правильное, кожные покровы внешне не изменены, зон кожной термоасимметрии не выявлено. Ходит с опорой на трость. Контуры левого тазобедренного сустава сглажены. Движения болезненны и ограничены, при отведении и ротации бедра отмечается "хруст". Имеется небольшой перекос таза. По данным рентгенографии: резкое неравномерное сужение суставной щели в левом тазобедренном суставе.

В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Левосторонний диспластический коксартроз III стадии
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень коксартроза; неверно оценена степень сколиотической болезни.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз левостороннего коксартроза установлен на основании жалоб пациента (боли, ограничение движений в левом тазобедренном суставе.); Анамнеза настоящего заболевания (считает себя больной на протяжении последних пяти лет, когда появились боли в конце рабочего дня. Начало заболевания было постепенным, в покое боли стихали. При ходьбе в последнее время появляются боли в стопах, икрах.); Результаты осмотра: ходит с опорой на трость, контуры левого тазобедренного сустава сглажены, движения болезненны и ограничены, при отведении и ротации бедра отмечается "хруст", имеется небольшой перекокс таза, данных рентгенографии: резкое неравномерное сужение суставной щели в правом тазобедренном суставе.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. Или обоснование одной из нозологических форм неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какие три варианта боли характерны для данного заболевания?
Э	-	Боль после длительной нагрузки «Стартовые боли» (боли в начале движения) Ночные боли
P2	-	Верно указано 3 варианта боли.
P1	-	Верно указано 1-2 варианта боли.
P0	-	Варианты боли указаны неверно.
В	4	С помощью каких трёх инструментальных методов, кроме рентгенографии, можно установить данный диагноз, что они позволяют увидеть?
Э	-	Ультразвуковое исследование. Позволяет установить стадию заболевания, Просмотреть локализацию, масштабы краевых костно-хрящевых разрастаний, состояние вертлужной впадины. Наличие изменений в связочном аппарате. Компьютерная томография (КТ). Позволяет получить объёмные, подробные снимки, чем рентгенография. Магнитно-резонансная томография (МРТ). Позволяет послойно отсканировать сустав, фиксируя малейшие изменения в структуре костей и хряща.

P2	-	Верно указано 3 инструментальных метода, даны верные описания методов.
P1	-	Верно указано два инструментальных метода, к ним даны верные описания. Или верно указано три инструментальных метода, к одному или двум из них даны неверные описания.
P0	-	Верно указано менее двух инструментальных методов. Или описания к методам даны неверно. Или методы и их описания указаны полностью неверно.
B	5	Укажите направления лечения данной пациентки. Какие варианты хирургического лечения возможны, в чем суть данных вмешательств?
Э	-	При третьей стадии заболевания, можно говорить о неэффективности консервативного направления лечения и необходимости эндопротезирования или артрореза: Эндопротезирование позволяет заменить разрушенный сустав эндопротезом, устранить боль, восстановить движения в суставе. Артрорез, или скрепление костей при помощи пластин и винтов, применяется в тех случаях, когда невозможно эндопротезирование. Операция сохраняет только опорную функцию ноги. Конечность остаётся неподвижной.
P2	-	Выбрано верное направление лечения и правильно указаны варианты хирургически вмешательств.
P1	-	Не учтена неэффективность консервативного лечения данной пациентки – выбраны как хирургическое, так и консервативное направления лечения. Варианты хирургических вмешательств указаны верно. или Выбрано верное направление лечения, но неверно указаны варианты хирургических вмешательств.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения и неправильно указаны варианты хирургически вмешательств.
H	-	043
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная 65 лет, жалуется на постоянные ноющие боли в мелких суставах кистей, усиливающиеся после работы, к концу дня, ограничение движений пальцев рук. Утром скованность в пределах 10-15 минут. Периодически использует НПВС мази с кратковременным положительным эффектом. При осмотре кисти слегка пастозные, пальцы деформированы, прослеживаются узелки Гебердена. На рентгенограммах кистей сужение суставных щелей

		межфаланговых суставов, субхондральный остеосклероз.
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Остеоартроз межфаланговых суставов, 2 степени
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Остеоартроз межфаланговых суставов.поставлен на основании 1)жалоб пациентки (постоянные ноющие боли в мелких суставах кистей, усиливающиеся после работы, к концу дня, ограничение движений пальцев рук,скованность в пределах 10-15 минут.); 2)объективного обследования (кисти слегка пастозные, пальцы деформированы, прослеживаются узелки Гебердена). 3) рентгенологического исследования: сужение суставных щелей межфаланговых суставов, субхондральный остеосклероз.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. или Обоснование одной из нозологических форм неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какие три степени различают при данной патологии?
Э	-	1 стадия – незначительное сужение суставной щели, легкое заострение краев суставных поверхностей. 2 стадия – выраженное сужение суставной щели в 2–3 раза по сравнению с нормой, значительные краевые разрастания, остеосклероз (уплотнение костной ткани), кисты в подлежащей кости. 3 стадия – полное отсутствие суставной щели, деформация и уплотнение суставных поверхностей костей, кисты, «суставные мышцы».
P2	-	Верно указано 3 варианта.
P1	-	Верно указано 1-2.
P0	-	Варианты боли указаны неверно.
В	4	Укажите направления лечения данной пациентки.
Э	-	НПВС для снятия болевого синдрома, хондропротекторы, массаж
P2	-	Выбрано верное направление лечения
P1	-	Не учтена неэффективность консервативного лечения
P0	-	Выбрано неверное направление лечения
Н	-	044
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления

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

В	4	Как проводится экстренная профилактика столбняка. Показана ли она в данной ситуации?
Э	-	Экстренная профилактика столбняка включает в себя первичную хирургическую обработку раны и одновременную специфическую иммунопрофилактику. Экстренную иммунопрофилактику столбняка необходимо проводить в период до 20 дней с момента получения травмы, учитывая возможность длительного инкубационного периода при столбняке. При тяжелых открытых травмах для обеспечения полноценного иммунного ответа на столбнячный анатоксин препарат вводят не раньше 3-го и не позже 12-го дня после травмы. Экстренная профилактика столбняка не показана в период ожогового шока
P2	-	Описание проведения экстренной профилактики столбняка дано верно
P1	-	Описание проведения экстренной профилактики столбняка дано не полностью.
P0	-	Дан полностью неверный ответ.
В	5	Тактика лечения.
Э	-	Восстановление проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции легких (при ожогах верхних дыхательных путей). Охлаждение и обработка ожоговой раны. Полноценное обезболивание. Инфузионная терапия.
P2	-	Выбрано верное направление лечения.
P1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения.
Н	-	045
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной В. 45 лет доставлен соседом на легковой машине в больницу после ожога пламенем через 40 минут после ожоговой травмы. Из анамнеза известно, что при ремонтных работах в гараже воспламенился бензин. При поступлении состояние больного тяжелое. На туловище обрывки обгоревшей одежды. Жалобы на боли, холод, жажду. Кожные покровы лица бледные. пульс 110 уд. в мин. АД 90/60 мм рт. ст. Больной заторможен, дрожит, была однократная рвота, дыхание неровное. В легких хрипов нет. Язык сухой. Живот несколько вздут. Мочи по уретральному катетеру 100 мл. После удаления одежды обнаружено, что на всей передней поверхности туловища, верхних конечностях имеются множественные пузыри с геморрагическим содержимом. Часть пузырей лопнула. При этом определяются поверхностные

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

		Инфузионная терапия.
P2	-	Выбрано верное направление лечения.
P1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения.
H	-	046
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Б. 19 лет, мужчина, доставлен в приемное отделение ЦРБ. Из анамнеза: во время ныряния ударился головой о грунт на мелководье. Жалобы на боль в шейном отделе позвоночника. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 110/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Подозрение на неосложненный компрессионный перелом V и VI шейных позвонков
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие исследования требуются для уточнения диагноза?
Э	-	Для уточнения диагноза требуется рентгенологическое исследование и магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника.
P2	-	Дополнительные исследования перечислены верно.
P1	-	Дополнительные исследования перечислены неверно.
P0	-	Дополнительные исследования перечислены не полностью.
В	3	Назовите виды закрытых травм спинного мозга.
Э	-	Сотрясение, ушиб и сдавление спинного мозга.
P2	-	Виды закрытых травм спинного мозга названы верно.
P1	-	Виды закрытых травм спинного мозга названы не верно.
P0	-	Виды закрытых травм спинного мозга названы не полностью.

В	4	Правила транспортировки больных с данной патологией.
Э	-	Транспортировка осуществляется, лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
P2	-	Правила транспортировки больных названы верно.
P1	-	Правила транспортировки больных названы не верно.
P0	-	Правила транспортировки больных названы не полностью.
В	5	Тактика лечения.
Э	-	Восстановление проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции легких. Обеспечение немедленной иммобилизации позвоночника с тем, чтобы предупредить дальнейшее повреждение спинного мозга. Провести полноценное обезболивание. Устранить нарушение гемодинамики.
P2	-	Выбрано верное направление лечения.
P1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения.
Н	-	047
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М. 30 лет, мужчина, был доставлен в ЦРБ в кабине лесовоза в положении сидя. Со слов больного: получил удар по голове верхушкой упавшего дерева. Сознания не терял. Почувствовал прохождение «электрического тока», затем онемение и слабость в конечностях. Через 20 минут движения в конечностях восстановились. Жалуется на боли и ограничение движения в шейном отделе позвоночника. Вынужден держать голову руками. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Имеется снижение мышечной силы в руках и ногах, снижение болевой чувствительности в кистях обеих рук, ногах и туловище с уровня реберных дуг. Мочевой пузырь переполнен. Самостоятельно помочиться не может.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Закрытая травма верхнешейного отдела позвоночника со

		сдавлением спинного мозга. Перелом С1 типа Джефферсона.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какие дополнительные методы исследования требуются для уточнения диагноза?
Э	-	Для уточнения диагноза требуется рентгенологическое исследование и магнитно-резонансная томография головы, шейного и грудного отделов позвоночника.
P2	-	Дополнительные исследования перечислены верно.
P1	-	Дополнительные исследования перечислены неверно.
P0	-	Дополнительные исследования перечислены не полностью.
B	3	Обоснуйте поставленный диагноз.
Э	-	На основании механизма травмы; жалоб больного: боли и ограничение движения в шейном отделе позвоночника; данных объективного осмотра: вынужден держать голову руками, снижение мышечной силы в руках и ногах, снижение болевой чувствительности в кистях обеих рук, ногах и туловище с уровня реберных дуг; можно поставить диагноз: Закрытая травма шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или обоснование одной из нозологических форм неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	4	Правила транспортировки больных с данной патологией.
Э	-	Транспортировка осуществляется, лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
P2	-	Правила транспортировки больных названы верно.
P1	-	Правила транспортировки больных названы не верно.
P0	-	Правила транспортировки больных названы не полностью.
B	5	Тактика лечения.
Э	-	Восстановление проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции легких. Обеспечение немедленной иммобилизации позвоночника с тем, чтобы предупредить дальнейшее повреждение спинного мозга. Провести полноценное обезболивание. Устранить нарушение гемодинамики.
P2	-	Выбрано верное направление лечения.
P1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения.
H	-	048
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная С. 25 лет, женщина, поступила в больницу с подозрением на спинальную травму. Со слов пациентки, в момент ДТП ее резко бросило вперед. Жалобы при поступлении: отсутствие движений и чувствительности в ногах. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 100/70 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При неврологическом исследовании выявлено отсутствие чувствительности ниже реберной дуги с 2х сторон и нижних конечностей с отсутствием всех глубоких рефлексов. Через 12 часов пациентка начала двигать левой стопой и появилась болевая чувствительность на правой ноге. На левой ноге сохранилось отсутствие чувствительности, правая нога осталась полностью парализованной, появилась спастичность мышц, клонус правой стопы и симптомом Бабинского.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Закрытая спинальная травма. Сдавление или ушиб грудного отдела (Т7-8) спинного мозга.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы исследования требуются для уточнения диагноза?
Э	-	Для уточнения диагноза требуется МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника.
P2	-	Дополнительные исследования перечислены верно.
P1	-	Дополнительные исследования перечислены неверно.
P0	-	Дополнительные исследования перечислены не полностью.
В	3	Обоснуйте поставленный диагноз.
Э	-	На основании жалоб больного: отсутствие движений и чувствительности в ногах; данных объективного осмотра: отсутствие чувствительности ниже реберной дуги с 2х сторон, в левой нижней конечности отсутствует чувствительность, есть движения в левом голеностопном суставе, правая нога осталась полностью парализованной, появилась спастичность мышц, клонус правой стопы и симптомом Бабинского; можно поставить диагноз: Закрытая спинальная травма. Сдавление или ушиб грудного отдела (Т7-8) спинного мозга.

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	4	Правила транспортировки больных с данной патологией.
Э	-	Транспортировка осуществляется, лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
P2	-	Правила транспортировки больных названы верно.
P1	-	Правила транспортировки больных названы не верно.
P0	-	Правила транспортировки больных названы не полностью.
В	5	Тактика лечения.
Э	-	Адекватное обезболивание. Обеспечение немедленной иммобилизации позвоночника с тем, чтобы предупредить дальнейшее повреждение спинного мозга. Провести полноценное обезболивание. Устранить нарушение гемодинамики.
P2	-	Выбрано верное направление лечения.
P1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения.
Н	-	049
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная У. 65 лет, обратилась в приемный покой ЦРБ с жалобами на боль в области поясницы, резко усиливающиеся при наклоне вперед. Со слов пациентки, поскользнулась на лестнице в результате чего упала и ударилась спиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В поясничной области осаднения и отек на уровне L2-3. Температура тела в пределах нормы. Зев - миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны приглушены, ритмичные, ЧСС - 80 уд. в мин., АД - 140/90 мм. рт. ст.. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный, напряжения мышц живота нет. При пальпации: локальное напряжение мышц и костная крепитация на уровне позвонков L2-3. Резкое ограничение подвижности в поясничной области: невозможность совершения наклонных движений и поворотов.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Перелом остистых отростков 2-3 поясничных позвонков.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какие дополнительные методы исследования требуются для уточнения диагноза?
Э	-	Рентгенографическое исследование поясничной области в 2х проекциях.
P2	-	Дополнительные исследования перечислены верно.
P1	-	Дополнительные исследования перечислены неверно.
P0	-	Дополнительные исследования перечислены не полностью.
B	3	Обоснуйте поставленный диагноз.
Э	-	На основании жалоб больной: на боль в области поясницы, резко усиливающиеся при наклоне вперед; данных объективного осмотра: осаднения и отек в поясничной области на уровне L2-3. При пальпации: локальное напряжение мышц и костная крепитация на уровне позвонков L2-3. Резкое ограничение подвижности в поясничной области: невозможность совершения наклонных движений и поворотов; мы можем поставить диагноз: перелом остистых отростков 2-3 поясничных позвонков.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	4	Правила транспортировки больных с данной патологией.
Э	-	Транспортировка осуществляется, лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
P2	-	Правила транспортировки больных названы верно.
P1	-	Правила транспортировки больных названы не верно.
P0	-	Правила транспортировки больных названы не полностью.
B	5	Тактика лечения.
Э	-	Адекватное обезболивание. Обеспечение немедленной иммобилизации позвоночника с тем, чтобы предупредить повреждение спинного мозга. Провести полноценное обезболивание. Устранить нарушение гемодинамики.
P2	-	Выбрано верное направление лечения.
P1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения.
H	-	050
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Ф. 72 лет, доставлен машиной скорой помощи в ЦРБ. Со

		слов пациента: упал со стремянки, во время приземления на ноги почувствовал резкую боль в верхней части спины. Жалобы: на боль в области верхней части спины, затруднение дыхания. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Температура тела в пределах нормы. Зев - миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны приглушены, ритмичные, ЧСС - 80 уд. в мин., АД - 130/90 мм. рт. ст.. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный, напряжения мышц живота нет. При пальпации: локальное напряжение мышц на уровне 5 грудного позвонка. Резкое ограничение подвижности в грудном отделе позвоночника: боль уменьшается в положении лежа и усиливается в положении стоя и при ходьбе, невозможность совершения наклонных движений и поворотов. Положителен симптом осевой нагрузки, болезненность при надавливании на остистый отросток 5 грудного позвонка.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Компрессионный перелом 5 грудного позвонка.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы исследования требуются для уточнения диагноза?
Э	-	Рентгенографическое исследование грудного отдела позвоночника в 2х проекциях.
P2	-	Дополнительные исследования перечислены верно.
P1	-	Дополнительные исследования перечислены неверно.
P0	-	Дополнительные исследования перечислены не полностью.
В	3	Обоснуйте поставленный диагноз.
Э	-	На основании жалоб больной: на боль в области верхней части спины, на затруднения дыхания; данных объективного осмотра: локальное напряжение мышц на уровне 5 грудного позвонка. Резкое ограничение подвижности в грудном отделе позвоночника: боль уменьшается в положении лежа и усиливается в положении стоя и при ходьбе, невозможность совершения наклонных движений и поворотов. Положителен симптом осевой нагрузки, болезненность при надавливании на остистый отросток 5 грудного позвонка; мы можем поставить диагноз: Компрессионный перелом 5 грудного позвонка.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	4	Правила транспортировки больных с данной патологией.
Э	-	Транспортировка осуществляется, лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.

P2	-	Правила транспортировки больных названы верно.
P1	-	Правила транспортировки больных названы не верно.
P0	-	Правила транспортировки больных названы не полностью.
B	5	Тактика лечения.
Э	-	Адекватное обезболивание. Обеспечение немедленной иммобилизации позвоночника с тем, чтобы предупредить дальнейшее повреждение спинного мозга. Провести полноценное обезболивание. Устранить нарушение гемодинамики.
P2	-	Выбрано верное направление лечения.
P1	-	Выбрано верное направление лечения, но описано не полностью.
P0	-	Выбрано неверное направление лечения.

ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
Балл	Оценка	
5	Отлично	90-100%
4	Хорошо	80-89%
3	Удовлетворительно	70-79%
2	Неудовлетворительно	Менее 70%

Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине: допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.

Критерии оценивания результатов обучения

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			профессиональным задачам	
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий