

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРАКТИКЕ

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 2 (ОБУЧАЮЩИЙ
СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС (СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
УМЕНИЯ И НАВЫКИ))**

Специальность 31.08.66 Травматология и ортопедия

код, наименование

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

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 2 (Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 2 (Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПП по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Производственная (клиническая) практика 2 (Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» используются следующие оценочные средства:

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

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ПК-5, ПК-6	Текущий	Производственная (клиническая) практика 2 (Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки) Раздел 1. Обследование травматологических и ортопедических больных Раздел 2. Обезболивание в травматологии Раздел 3. Одномоментная ручная закрытая репозиция Раздел 4. Вправление травматических вывихов Раздел 5. Гипсовая техника Раздел 6. Пункция Раздел 7. Скелетное вытяжение Раздел 8. Остеосинтез	Ситуационные задачи

ПК-5, ПК-6	Промежуточный контроль	Производственная (клиническая) практика 2 (Обучающий симуляционный курс (общепрофессиональные умения и навыки)	Тестовые задания
------------	------------------------	--	------------------

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

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

Оценочное средство для текущего контроля: ситуационные задачи.

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

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	-	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. 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. При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное – на спине. Левая нижняя конечность ротирована наружу, 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).
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый медиальный перелом шейки левой бедренной кости. Посттравматическая компрессионно-ишемическая невропатия ветвей запирающего 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	-	Помимо клинических данных, установленных при физикальном первичном обследовании: 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?) Клиническое дообследование пациентки (общеклинические анализы крови, мочи, клинико-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	-	Пациенту рекомендовано: 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. Клиническое дообследование пациента с целью подготовки к предстоящему оперативному лечению (общеклинические анализы крови, мочи, клинико-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	-	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 медицинской помощи после окончательной установки диагноза составлен полностью неверно.
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 проксимального 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	-	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	-	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	-	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. Из анамнеза известно, что проживает в частном доме и незадолго до поступления упала в погреб, ударилась областью правого бедра и тазобедренного сустава. Почувствовала хруст и

		острую боль в месте травмы. 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. кожные 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.
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	-	Помимо клинических данных, установленных при физикальном первичном обследовании: 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 тазобедренных суставов, что обеспечит оптимальное предоперационное планирование, поскольку выявление

		возможного коксартроза может обосновать выполнение эндопротезирования тазобедренного сустава. 3. В плане предполагаемых оперативных вмешательств целесообразно выполнить денситометрию. 4. УЗИ вен нижних конечностей для исключения тромбозов. 5. Клиническое дообследование пациентки (общеклинические анализы крови, мочи, клинико-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 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	-	1. С целью предотвращения ранних осложнений наложить официальную иммобилизацию и транспортировать пациента в манипуляционную. 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. 4. Назначение комплексного консервативного лечения с целью адекватного обезболивания, предотвращения гипостатических, инфекционных, тромботических осложнений в период подготовки к оперативному лечению, инфузионная терапия, 5. Клиническое дообследование пациентки с целью подготовки к предстоящему оперативному лечению (общеклинические анализы крови, мочи, клинико-биохимический профиль, коагулограмма, трансмиссивные инфекции, ЭКГ, ФЛГ)
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	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 конечность. Правое бедро иммобилизовано шиной Крамера. 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. 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 косой 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, промокая 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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Вторично-открытый перелом правой бедренной кости на границе верхней и средней трети со смещением отломков. Травматический шок 1 ст.
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	-	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. 2. Контроль: мониторинг АД, общий анализ крови, коагулограмма, гемоглобин, гематокрит, биохимия крови, КЩР, общий анализ мочи. 3. Клиническое дообследование пациента (трансмиссивные инфекции, ФЛГ, УЗИ вен нижних конечностей, 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 дополнительных методов исследования дано неверно или дообследование назначено полностью неверно.
В	3	Каков алгоритм оказания первой врачебной помощи во время и после окончательной установки диагноза?
Э	-	1. При отсутствии иммобилизации применить официальную транспортную шину. 2. Первичный туалет раны, наложение асептической повязки, профилактика столбнячной инфекции, антибиотикотерапия 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). 4. Рентгенологическая диагностика для уточнения диагноза и транспортировка пациента в манипуляционную. 4. Назначение комплексного консервативного лечения с целью адекватного обезболивания, предотвращения развития шока, возможных инфекционных осложнений в период подготовки к оперативному лечению. 5. 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).
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	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	-	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. 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. 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 контурирует, 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.
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	Закрытый травматический подключовидный 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	-	Помимо клинических данных, установленных при физикальном первичном обследовании: 1. Обязательным дополнительным инструментальным методом диагностики является рентгенологическое исследование плечевого сустава в двух проекциях (при невозможности выполнения эпюлетного снимка, выполнение косой проекции).
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	-	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 невропатии. При необходимости назначение медикаментозной терапии невропатии 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	-	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	Успешное вправление вывиха плеча у данной пациентки не требует госпитализации и дальнейшего обследования, кроме динамического контроля за динамикой невропатии у невролога в поликлинике по месту жительства.
Э	-	Учитывая 1. Особенности локального статуса-травматический передний подклювовидный вывих левого плеча. 2. Учитывая наличие осложненного невропатией 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.
B	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.Ориентиовочный 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	-	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. 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. 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.
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.
B	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.
B	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.
B	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.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

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

5.1.1 Тестовые задания к зачёту по практике Производственная (клиническая) практика 2 (Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки):

Тестовые задания	Код компетенции (согласно РПД)
1 ПЕРЕЛОМЫ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ А -при прямом ударе по пяточной области (кататравма) Б - при подворачивании стопы кнаружи В -при подворачивании стопы кнутри Г - при ударе по тылу стопы 2. ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ А - иммобилизация гипсовой лонгетной повязкой Б - скелетное вытяжение В - репозиция и фиксация отломков спицами Г - остеосинтез при помощи накостной пластины 3 ПОСЛЕ ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ИММОБИЛИЗАЦИЯ СТОПЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ А -подошвенного сгибания Б - нейтральном положении В -тыльном сгибании Г - приведения переднего отдела стопы 4 ПРОДОЛЬНОЕ ПЛОСКОСТОПИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ А -пяточной кости Б -таранной кости В - костей предплюсны Г - плюсневых костей 5 ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА НАКЛАДЫВАЕТСЯ А - от кончиков пальцев стопы до верхней трети голени со стремением Б - от кончиков пальцев стопы до средней трети голени В - U –образная повязка по Волковичу Г - от кончиков пальцев стопы до нижней трети бедра 6 ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ А - 2,5 - 3 месяца Б - 2 - 2,5 месяца В - 3 – 3,5 месяца Г - 3,5 - 4 месяца 7 ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ КАТАТРАВМЫ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПЕРЕЛОМ А -позвоночника	ПК-5, ПК-6

Б	-шейки бедра
В	-надколенника
Г	- костей голени
8	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ УГОЛ БЕЛЕРА
А	-уменьшается
Б	- остается прежним
В	-увеличивается
Г	- не зависит от полученной травмы
9	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КРУЗАРТРОЗА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛОДЫЖЕК ЯВЛЯЕТСЯ
А	- подвывих стопы
Б	-разрыв связок
В	-длительная иммобилизация
Г	-повреждение межберцового синдесмоза
10	ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ ТАРАННОЙ КОСТИ
А	- боль в области ахиллова сухожилия, усиливающиеся при тыльном сгибании и продольной нагрузке, подошвенное сгибание первого пальца стопы.
Б	- уменьшение отведения и приведения стопы
В	- увеличение подвижности в пяточно-таранном сочленении
Г	- ограничение подвижности в голеностопном суставе
11	ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ТАРАННОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ НАГРУЗКА НА КОНЕЧНОСТЬ РАЗРЕШАЕТСЯ ЧЕРЕЗ
А	-10-12 недель
Б	- 4 месяца
В	-3 месяца
Г	-2 месяца
12	ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ ТАРАННОЙ КОСТИ
А	- артродез голеностопного и подтаранного суставов
Б	- остеотомия и остеосинтез винтами
В	-osteотомия и остеосинтез спицами
Г	- астрагалэктомия
13	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТАРАННОЙ КОСТИ СОСТАВЛЯЕТ
А	- 3-4 месяца
Б	- 2 месяца
В	- 3 месяца
Г	- 5 месяцев
14	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИММОБИЛИЗАЦИИ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКОЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛАДЬЕВИДНОЙ, КУБОВИДНОЙ И

КЛИНОВИДНЫХ КОСТЕЙ СТОПЫ СОСТАВЛЯЕТ А -6-8 недель Б -3 недели В -4-6 недель Г - 2 недели 15 СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ НАКЛАДЫВАЮТ НА СРОК А - 3-4 недели Б - 5 недель В - 6 недель Г - 2 недели 16 ПЕРЕЛОМ ДЮПЮИТРЕНА ЭТО СОЧЕТАНИЕ А -перелома внутренней лодыжки, перелома малоберцовой кости в нижней трети и разрыв межберцового синдесмоза Б - перелом внутренней лодыжки с повреждением межберцового синдесмоза, подвывих стопы кнутри В - перелом внутренней и наружной лодыжки с подвывихом стопы Г - перелом обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости 17 ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ ПОДВЫ-ВИХИ СТОПЫ, САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ИЗ НИХ А -подвывих кнаружи Б -подвывих кпереди В - подвывих кнутри Г - подвывих кзади 18 ПРИ ВЫВИХАХ В СУСТАВЕ ЛИСФРАНКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОИСХОДИТ СМЕЩЕНИЕ А - латеральное Б - тыльное В -медиальное Г -подошвенное 19 ВЫВИХИ В СУСТАВЕ ЛИСФРАНКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ С ПЕРЕЛОМАМИ А - II плюсневой кости Б - I плюсневой костей В - ладьевидной кости Г - кубовидной кости 20 ВЫВИХИ В СУСТАВЕ ШОПАРА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ С ПЕРЕЛОМАМИ А -ладьевидной, кубовидной костей Б -ладьевидной, I-ой клиновидной В -кубовидной , таранной Г - кубовидной , II-ой клиновидной 21 ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРОЗА А Перегрузка сустава	
--	--

Б	Травмы
В	Инфекции и интоксикации
Г	Наследственные факторы
22	В КАКИХ СУСТАВАХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ОСТЕОАРТРОЗ
А	Тазобедренном
Б	Коленном
В	Голеностопном
Г	Лучезапястном
23	ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТЕОАРТРОЗОМ
А	Боли после перегрузки
Б	Ограничение движений
В	Хромота
Г	Ночные боли
24	ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГОНАРТРОЗА
А	Боль в суставе, хромота
Б	Опухание сустава
В	Нестабильность
Г	Ограничение движений
25	ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ КОКСАРТРОЗА
А	Ограничение внутренней и наружной ротации
Б	Ограничение сгибания
В	Ограничение разгибания
Г	Ограничение движений во всех плоскостях
26	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРВОЙ СТАДИИ ОСТЕОАРТРОЗА
А	Сужение суставной щели, субхондральный склероз
Б	Остеофиты
В	Остеопороз суставных концов
Г	Подвывихи суставных концов
27	КРОМЕ РЕНТГЕНОГРАФИИ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ
А	Магнитно-резонансная томография
Б	Аускультация сустава
В	Ультразвуковое исследование
Г	Биомеханическое исследование
28	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТЯЖЕСТИ - СТАДИИ ОСТЕОАРТРОЗА
А	Н.С. Косинской
Б	М.В.Стороженко
В	Н.М.Леоновой
Г	Г.П.Котельникова

29	ХАРАКТЕР ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ	
А	стадией остеоартроза	
Б	общим состоянием пациента	
В	профессией больного	
Г	пораженным суставом	
30	КАКИЕ МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕ ДОЛЖНЫ ПРИМЕНЯТЬСЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА	
А	Механотерапия	
Б	Физиолечение	
В	Медикаментозная терапия	
Г	Массаж	
31	КАКИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ	
А	Эндопротезирование	
Б	Артродез	
В	Остеотомия	
Г	Денервация сустава	
32	КАКИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ КРУЗАРТРОЗЕ	
А	Артродез	
Б	Эндопротезирование	
В	Денервация	
Г	Остеотомии	
33	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОПЕРАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВЫПОЛНЯЮТСЯ НА СЛЕДУЮЩЕМ СУСТАВЕ	
А	Тазобедренный	
Б	Коленный	
В	Плечевой	
Г	Голеностопный	
34	ОСНОВНОЕ РАННЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ	
А	Нагноение	
Б	Гематома	
В	Краевой некроз раны	
Г	Вывих эндопротеза	
35	ОСНОВНОЕ ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ	
А	Нестабильность эндопротеза	
Б	Нагноение	
В	Перипротезный перелом	
Г	Разрушение конструкции	
36	СИНОВИАЛЬНЫЙ СУСТАВ ЭТО	

А	Конгруэнтное сочленение костей, покрытое гиалиновым хрящом, заключенное в фиброзную капсулу с синовиальной жидкостью
Б	Ложный сустав
В	«Болтающийся сустав»
Г	Врожденный ложный сустав
37	ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ
А	Локомоторная
Б	Метаболическая
В	Барьерная
Г	Амортизирующая
38	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ТАЗА ВЫЯВЛЯЮТСЯ У ПОСТРАДАВШИХ ЕСЛИ
А	Травма получена в результате ДТП или падения с высоты
Б	У пострадавшего кома (менее 8 баллов по шкале Глазго)
В	У пострадавшего клиника острого живота
Г	У пострадавшего индекс шока более 1,5
39	В КАКИХ ПЛОСКОСТЯХ ВОЗМОЖНЫ ДВИЖЕНИЯ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ
А	Фронтальной, сагиттальной и трансверзальной
Б	Фронтальной и трансверзальной
В	Фронтальной и сагиттальной
Г	Сагиттальной и трансверзальной
40	ТИПИЧНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ 3 СТАДИИ
А	Варусная
Б	Вальгусная
В	Подвывих голени кзади
Г	Подвывих голени кпереди
41	КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ?
А	50%-70% всех травм
Б	85-90% всех травм
В	30-40% всех травм
Г	15-25% всех травм
42	В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ТЕХ ИЛИ ИНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РАЗЛИЧАЮТ
А	Повреждения мышц
Б	Повреждения твердой мозговой оболочки
В	Глазного яблока
Г	Повреждения ростковой зоны
43	КАКОВ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ ПРИ УШИБЕ?
А	Удар
Б	Сдавление

В	Растяжение	
Г	Сдавление и сдвиг	
44	ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УШИБАХ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ СУТОК	
А	Холод местно, покой, иммобилизация	
Б	Наложение мазевой повязки	
В	Согревающие повязки	
Г	Лечебная гимнастика	
45	С КАКОГО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ УШИБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ?	
А	На 3 сутки	
Б	На 4 сутки	
В	На 5 сутки	
Г	В первые сутки	
46	ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА «РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК, МЫШЦЫ» СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩИЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ	
А	Сила в виде тяги вызывающая пластическую деформацию тканей без анатомических нарушений	
Б	Сдавление тканей	
В	Длительная нагрузка	
Г	Удар	
47	ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА «РАЗРЫВ СВЯЗОК, МЫШЦЫ, СУХОЖИЛИЯ» СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩИЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ	
А	Растягивающая сила (сила сокращения мышцы) вызывающая частичное или полное нарушение анатомической целостности тканей	
Б	Сдавление тканей	
В	Удар	
Г	Хроническая перегрузка	
48	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗРЫВА МЫШЦ	
А	Внезапное и резкое перенапряжение мышцы	
Б	Дегенеративно-дистрофическое поражение мышцы	
В	Хроническая перегрузка	
Г	Системные заболевания	
49	ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДЯТ РАЗРЫВЫ СЛЕДУЮЩИХ МЫШЦ	
А	Двуглавой мышцы плеча	
Б	Прямой мышцы бедра	
В	Большой грудной мышцы	
Г	Надостной мышцы	
50	В КАКОМ МЕСТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ РАЗРЫВЫ МЫШЦ?	
А	В месте перехода мышцы в сухожилие	
Б	В области брюшка мышцы	
В	В области фасциальных влагалищ	

Г	В области энтезиса	
---	--------------------	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

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

Разработчик:

Королев С.Б., доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В. Колокольцева.

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