

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРАКТИКЕ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 4

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 4» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 4». 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 3» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1.	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-2, ПК-5, ПК-8	Текущий	Производственная (клиническая) практика 4 Раздел 1. Гипсовая техника	Ситуационные задачи
ПК-2, ПК-5, ПК-8	Промежуточный контроль	Производственная (клиническая) практика 4	Ситуационные задачи

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-2, ПК-5 , ПК-8

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 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).
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	-	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. - 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. - В плане предполагаемого оперативного метода лечения целесообразно выполнить денситометрию. - Комплекс ЭНМГ-исследований проводимости поврежденных нервных стволов позволит получить объективную количественную оценку выраженности невропатии. - 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 врачебной помощи после окончательной установки диагноза?
Э	-	Пациенту рекомендовано: - С целью иммобилизации наложить официальный деротационный сапожок. При его отсутствии два мешочка с песком и транспортировать пациента в манипуляционную. - 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. - 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 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 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.
B	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.Ориентиовочный 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.
H	-	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, 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 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.
В	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.
B	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.
H	-	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 иммобилизировано 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, промокшая 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.Ориентиовочный 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.

Н	-	004
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	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 удастся. 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 После устранения деформации для сохранения достигнутого результата необходимо:
Э	-	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

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: ситуационные задачи.

5.1.1 Ситуационные задачи к зачёту по практике Производственная (клиническая) практика 3 для оценки компетенций : ПК-2, ПК-5 , ПК-8:

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 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).
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	-	Помимо клинических данных, установленных при физикальном первичном обследовании: - 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. - 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. - В плане предполагаемого оперативного метода лечения целесообразно выполнить денситометрию. - Комплекс ЭНМГ-исследований проводимости поврежденных нервных стволов позволит получить объективную количественную оценку выраженности невропатии. - 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.
B	3	Каков алгоритм оказания первой врачебной помощи после окончательной установки диагноза?
Э	-	Пациенту рекомендовано: 6. С целью иммобилизации наложить официальный деротационный сапожок. При его отсутствии два мешочка с песком и транспортировать пациента в манипуляционную. 7. 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. 8. 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 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 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	-	4. Особенности локального статуса костной патологии – закрытый базальный перелом шейки левой бедренной кости с удовлетворительным соотношением отломков, отсутствие остеопороза. 5. Незначительную выраженность локальных осложнений перелома со стороны мягких тканей – компрессионную ишемическую невропатию ветвей бедренного и запирательного нервов слева 6. 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.
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: 4. Гнойно-септические осложнения 5. Развитие ранних (гипостатических, пневмония и др.) и поздних общесоматических осложнений. 6. 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 иммобилизировано 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 манипулиционной частично разрезана с удалена оставшаяся часть одежды, промокшая кровью повязка снята. По передне-наружной поверхности бедра рвана бсм длиной, наружу на 4см выстоит слегка загрязнённый 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 медицинской 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. 9. Назначение комплексного консервативного лечения с целью адекватного обезболивания, предотвращения развития шока, возможных инфекционных осложнений в период подготовки к оперативному лечению. 10. 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 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 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.
Н	-	004
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

И	-	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

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
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	-	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.
В	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.
B	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.
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	-	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 подклюичная ямка. Активные движения в плечевом суставе невозможны, при пассивных движениях в плечевом суставе определяется «пружинящее сопротивление». Нервных и сосудистых нарушений левой руки не выявлено.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый свежий подклюовидный вывих левого плеча.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	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.
B	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.
B	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.
B	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.
H	-	007
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	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.
B	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.
B	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	-	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		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 в травматологический пункт. Жалобы на боли в области левого голеностопного сустава при ходьбе, невозможность полной опоры на конечность. При осмотре: обширный отек мягких тканей области голеностопного сустава, нижней трети левой голени. При пальпации болезненность, наиболее четко выраженная в проекции наружной лодыжки. Движения в

		голеностопном суставе ограничены и болезненны.
В	1	Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
Э		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
B	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		009
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		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.
B	1	Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз?
Э		На основании данных анамнеза (падение с высоты на левую пятку), клинической картины (боль, отек, гематома, деформация пяточной области, уплощение продольного свода стопы , ограничение нагрузки и движений) у больного имеется - Закрытый перелом 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
B	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
B	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
B	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
B	5	Длительность иммобилизации при переломах пяточной кости?
Э		Длительность иммобилизации при переломах без смещения отломков – в среднем 6-8 недель – с 9 недели хождение без опоры, с 12 недели разрешается опора на ногу. При переломах со смещением срок иммобилизации увеличивается до 12-14 недель.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – ошибочно указаны сроки иммобилизации, погрешность в сторону уменьшения или увеличения сроков.
P0		Ответ дан неверно
H		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		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 не полностью – 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

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