

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

Специальность 31.08.66 Травматология и ортопедия
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 дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Травматология и ортопедия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Травматология и ортопедия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Травматология и ортопедия» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	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-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-12	Текущий	Раздел 1. Травматология Раздел 2. Избранные вопросы травматологии Раздел 3. Ортопедия Раздел 4. Нейротравма Раздел 5. Термические поражения	Тестовые задания, ситуационные задачи
ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-12	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме тестовых заданий.

4.1. Тестовые вопросы для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-12

В	001	СИМПТОМ ПРУЖИНЯЩЕЙ ФИКСАЦИИ ОТНОСИТСЯ К
О	А	Травматическим вывихам сегментов конечностей
О	Б	Переломам длинных трубчатых костей по типу «зеленой ветки»
О	В	Многооскольчатым переломам длинных трубчатых костей
О	Г	Ложным суставам костей конечностей
В	002	ОСНОВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ, КОТОРОЕ УДЕРЖИВАЕТ КЛЮЧИЦУ В ПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ПОВРЕЖДАЕТСЯ ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЕЕ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Ключично-ключовидная связка
О	Б	Ключично-акромиальные связки
О	В	Подключичная мышца
О	Г	Дельтовидная мышца
В	003	ВЫВИХИ БЕДРА БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕГО ПОВРЕЖДЕНИЯ БЕДРЕННОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ТАЗА БЫВАЮТ
О	А	Подвздошный (задневерхний), седалищный (задненижний), надлонный (передневерхний), запирающий (передненижний)
О	Б	Внутренний, наружный, передний, задний
О	В	Верхний, нижний, передний, задний
О	Г	Центральный, заднеротационный, переднеротационный, luxatio femoris erecta
В	004	ВЫВИХИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮТСЯ
О	А	Повреждением подколенного сосудисто-нервного пучка
О	Б	Повреждением бедренного нерва
О	В	Повреждением большой подкожной вены голени и бедра и большого подкожного нерва
О	Г	Разрывом собственной связки надколенника
В	005	ПО КОНЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГОЛОВКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЫВИХАХ ПЛЕЧА ВЫДЕЛЯЮТ
О	А	Передний, задний, нижний вывихи
О	Б	Центральный, латеральный вывихи
О	В	Верхний, нижний, luxatio Humeri erecta
О	Г	Супинационный, пронационный вывихи
В	006	ПРИ ПЕРИЛУНАРНОМ ВЫВИХЕ КИСТИ ПОЛУЛУННАЯ КОСТЬ
О	А	Остается фиксированной к костям предплечья
О	Б	Смещается в ладонную сторону
О	В	Смещается в тыльную сторону
О	Г	Остается фиксированной к костям предплечья и имеет ротационное смещение вокруг сагиттальной оси
В	007	ПО ВИДУ СМЕЩЕНИЯ СУСТАВНЫХ КОНЦОВ ВЫВИХИ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ РАЗДЕЛЯЮТ НА
О	А	Передние, задние, наружные, внутренние, расходящиеся, изолированный

лучевой, изолированный локтевой		
☐	Б	Верхние, нижние, передние, задние
☐	В	Полные, неполные, изолированные
☐	Г	Венечные, локтевые, головчатые, наружные
В	008	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ВЫВИХИ ПЛЕЧА
☐	А	Передние
☐	Б	Задние
☐	В	Нижние
☐	Г	luxatio Humeri erecta
В	009	В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ТРАВМЫ ВЫВИХИ ПЛЕЧА РАЗДЕЛЯЮТ НА
☐	А	Свежие, несвежие, застарелые
☐	Б	Врожденные, приобретенные, привычные
☐	В	Острые, подострые и хронические
☐	Г	Травматические и паралитические
В	010	ПРИМЕРНЫЕ СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДУЮЩЕГО РЕЖИМА ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК ПОСЛЕ ЗАКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА
☐	А	3-4 недели с последующим функциональным лечением и постепенным расширением режима до обычных бытовых нагрузок
☐	Б	2 недели, с расширением режима до обычных бытовых нагрузок
☐	В	2-3 месяца с последующим расширением режима до обычных бытовых нагрузок
☐	Г	Можно обойтись без иммобилизации, назначается раннее функциональное лечение
В	011	ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ, НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВЫВИХОВ ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ
☐	А	Ишемическая контрактура Фолькманна
☐	Б	Отрыв дистального сухожилия бицепса плеча
☐	В	Невропатия срединного нерва
☐	Г	Отрыв дистального сухожилия трицепса плеча
В	012	ПРИ ВЫВИХЕ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ
☐	А	Лучевой нерв
☐	Б	Срединный нерв
☐	В	Плечевая артерия в зоне бифуркации
☐	Г	Локтевой нерв
В	013	ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВЫВИХ БЕДРА СОПРОВОЖДАЕТСЯ
☐	А	Переломом костного остова дна вертлужной впадины и дислокацией головки бедра в полость малого таза
☐	Б	Пролабированием головки бедра в запирающее отверстие
☐	В	Смещением головки бедра в подвздошную ямку
☐	Г	Смещением головки бедра кзади от ветви седалищной кости
В	014	СИМПТОМ «ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
☐	А	Переломов шейки бедренной кости

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

В 021 ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ СОВРЕМЕННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА НЕОСЛОЖНЕННОГО ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

- О А 165-180 дней
- О Б 2-3 месяца
- О В 6-8 недель
- О Г Более 1 года

В 022 ЛИНИЯ ШЕНТОНА В НОРМЕ СООТВЕТСТВУЕТ

- О А Контур нижней поверхности шейки и головки бедренной кости и совпадает с верхним контуром запирательного отверстия тазовой кости
- О Б Линия, соединяющая передне-верхнюю ость подвздошной кости и вершину большого вертела одноименной стороны
- О В Линия, соединяющая передне-верхнюю ость подвздошной кости с наиболее выступающей точкой седалищного бугра одноименной стороны
- О Г Линия, соединяющая передне-верхние ости седалищных костей

В 023 В КАЧЕСТВЕ ОФИЦИАЛЬНОГО СРЕДСТВА ПРИ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- О А Шину Дитерихса
- О Б Шину Еланского
- О В Лестничную шину Крамера
- О Г Кольца Дельбе

В 024 ХАРАКТЕРНЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- О А Травматический шок
- О Б Травматическая невропатия седалищного и бедренного нервов
- О В Тромбоэмболия легочной артерии
- О Г Посттравматическая пневмония

В 025 ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИСКОЙ ПОМОЩИ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- О А Первичную хирургическую обработку раны, внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратами внешней фиксации, профилактику инфекционных и общесоматических осложнений
- О Б Туалет раны, скелетное вытяжение, профилактику инфекционных и общесоматических осложнений
- О В Первичную хирургическую обработку раны, погружной металлоosteосинтез, профилактику инфекционных и общесоматических осложнений
- О Г Туалет раны, иммобилизацию гипсовой повязкой, профилактику инфекционных и общесоматических осложнений

В 026 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ РАЗЛИЧАЮТ

- О А Субкапитальные, трансцервикальные, базальные
- О Б Вколоченные, невколоченные
- О В Вальгусные, варусные
- О Г Медиальные, латеральные, подвертельные

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

О	Г	Пролиферативный тендовагинит сухожилий сгибателей пальцев кисти
В	033	ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОТЧЛЕНЕНИИ ПАЛЕЦ КИСТИ
О	А	Подлежит реплантации в сроки до 24 часов
О	Б	Не подлежит реплантации
О	В	Подлежит реплантации в сроки до 3 часов
О	Г	Подлежит реплантации в сроки до 3 суток
В	034	ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ БЕННЕТТА ЭТО
О	А	Нестабильный переломовывих основания 1 пястной кости
О	Б	Оскольчатый («взрывной») перелом основания 1 пястной кости
О	В	Перелом основания основной фаланги 1 пальца кисти
О	Г	Перелом головки 1 пястной кости
В	035	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА «ЩЕЛКАЮЩЕГО ПАЛЬЦА» КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Стенозирующий лигаментит кольцевидных связок костно-фиброзных каналов сухожилий сгибателей пальцев кисти
О	Б	Рубцовое перерождение структур ладонного апоневроза
О	В	Деформирующие артрозы суставов пальцев кисти
О	Г	Компрессионная ишемическая невропатия дистальных ветвей локтевого и срединного нервов
В	036	ДЕФОРМАЦИЯ ПАЛЬЦА КИСТИ ПО ТИПУ «ЛЕБЕДИНОЙ ШЕИ» ВОЗНИКАЕТ ПРИ
О	А	Повреждении центральных пучков сухожильного аппарата разгибателей
О	Б	Повреждении боковых пучков сухожильного аппарата разгибателей
О	В	Полном разрыве сухожильного аппарата разгибателей
О	Г	Повреждении сухожильного аппарата сгибателей пальца кисти
В	037	СУХОЖИЛЬНЫЙ АППАРАТ СГИБАТЕЛЕЙ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ ПРЕДСТАВЛЕН
О	А	Длинным и коротким сгибателями
О	Б	Поверхностным и глубоким сгибателями
О	В	Длинным сгибателем и мышцей, противопоставляющей первый палец
О	Г	Длинным сгибателем и косой головкой мышцы, приводящей первый палец
В	038	БОЛЕЗНЬ ДЕ-КЕРВЕНА ЭТО
О	А	Стенозирующий лигаментит сухожильного аппарата короткого разгибателя и длинной отводящей мышцы 1-го пальца кисти 1-го тыльного костно-фиброзного канала запястья
О	Б	Стенозирующий лигаментит сухожильного аппарата сгибателей пальцев кисти
О	В	Стенозирующий лигаментит сухожильного аппарата длинного разгибателя 1-го пальца кисти, 3-го тыльного костно-фиброзного канала запястья
О	Г	Остеохондропатия полулунной кости
В	039	ПЕРЕЛОМ РОЛАНДА ЭТО
О	А	Оскольчатый перелом основания 1 пястной кости
О	Б	Оскольчатый перелом головки лучевой кости
О	В	Оскольчатый перелом головчатого возвышения плечевой кости

☐	Г	Оскольчатый перелом основания проксимальной фаланги 1 пальца кисти
☐	В 040	В СЛУЧАЕ ТЯЖЕЛОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ ОЖГОВОЙ) ТРАВМЫ КИСТИ, С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ НЕЙРО-ИШЕМИЧЕСКОЙ КОНТРАКТУРЫ, СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ
☐	А	Рассечение карпальной связки
☐	Б	Низкую блокаду ветвей локтевого и срединного нервов
☐	В	Гипсовую иммобилизацию
☐	Г	Проводниковую анестезию проксимальнее уровня поражения
☐	В 041	ПРИ РАЗГИБАТЕЛЬНОМ ЧРЕЗ - ИЛИ НАДМЫШЦЕЛКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ УГОЛ МЕЖДУ ОТЛОМКАМИ ОТКРЫТ
☐	А	Кзади и кнутри
☐	Б	Кпереди и кнаружи
☐	В	Кпереди и кнутри
☐	Г	Углового смещения нет
☐	В 042	ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ЛОПАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
☐	А	Симптом Комолли
☐	Б	Признак Маркса
☐	В	Симптом Чаклина
☐	Г	Симптом Лозинского
☐	В 043	АВУЛЬСИВНЫЙ ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ В СВЯЗИ С РЕФЛЕКТОРНЫМ, ЗАЩИТНЫМ СОКРАЩЕНИЕМ СЛЕДУЮЩЕЙ МЫШЦЫ БЕДРА
☐	А	Большой приводящей мышцы бедра
☐	Б	Малой приводящей мышцы бедра
☐	В	Короткой приводящей мышцы бедра
☐	Г	Стройной (нежной) приводящей мышцы бедра
☐	В 044	СИМПТОМ ТОМПСОНА ПРИ РАЗРЫВЕ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
☐	А	Отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени
☐	Б	Невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги
☐	В	Западением в области разрыва ахиллова сухожилия
☐	Г	Резким ограничением супинации стопы
☐	В 045	ОТРЫВ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ БЕДРА ПРОИСХОДИТ ЧАЩЕ В ОБЛАСТИ
☐	А	Передней нижней ости подвздошной кости
☐	Б	Седалищного бугра
☐	В	Верхнего полюса надколенника
☐	Г	Передней верхней ости подвздошной кости
☐	В 046	ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ У СПОРТСМЕНОВ ПЕРЕЛОМ SEGOND -ЭТО
☐	А	Отрыв подвздошно-берцового тракта от наружного мыщелка большеберцовой кости
☐	Б	Отрыв двуглавой мышцы бедра от головки малоберцовой кости
☐	В	Отрыв четырехглавой мышцы от верхнего полюса надколенника
☐	Г	Отрыв большого аддуктора бедра от седалищного бугра

В	047	ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОДКРЫЛЫЦОВОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ ЛОПАТКИ ИЛИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧА ПРИВОДИТ
О	А	К парезу дельтовидной мышцы
О	Б	К парезу двуглавой мышцы
О	В	К парезу плечевой мышцы
О	Г	К парезу трехглавой мышцы
В	048	ВОЗНИКНОВЕНИЕ КРЫЛОВИДНОЙ ЛОПАТКИ (SCAPULA ALATA) ОБУСЛОВЛЕНО
О	А	Ушибом или перерастяжением длинного грудного нерва
О	Б	Повреждением надлопаточного нерва
О	В	Повреждением плечевого сплетения
О	Г	Повреждением мышечнокожного нерва
В	049	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СРЕДИННОГО НЕРВА, ВОЗНИКАЕТ РАССТРОЙСТВО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ
О	А	1, 2, 3 пальцев кисти и внутренней поверхности 4 пальца
О	Б	4 и 5 пальцев
О	В	только 2 пальца
О	Г	только в 1 пальца
В	050	ТРЕУГОЛЬНИК ГЮТЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ПОЛОЖЕНИИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ
О	А	При согнутом предплечье под углом 40-90 градусов
О	Б	При полном разгибании предплечья
О	В	При полном сгибании и супинации предплечья
О	Г	При разгибании и супинации предплечья
В	051	ПРИ НАДМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПОВЕРХНОСТЬ ИЗЛОМА
О	А	Располагается проксимальнее венечной и локтевой ямок.
О	Б	Проходит через венечную и локтевую ямки
О	В	Располагается дистальнее венечной и локтевой ямок
О	Г	Разделяет мышелок на два или более отломка
В	052	ПЕРЕЛОМЫ НАРУЖНОЙ ЧАСТИ МЫШЕЛКА ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮТСЯ
О	А	Повреждением медиальной боковой связки локтевого сустава
О	Б	Повреждением кольцевидной связки
О	В	Переломом локтевого отростка
О	Г	Переломом венечного отростка
В	053	НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОТВЕДЕНИЕ И СГИБАНИЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТЛОМКА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРЕЛОМОВ
О	А	Верхней трети диафиза
О	Б	Средней трети диафиза
О	В	Нижней трети диафиза
О	Г	Вертельной области
В	054	СИМПТОМОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ МИНИМАЛЬНОЕ ИЗБЫ-

ТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- ☐ А Симптом выпячивания
- ☐ Б Симптом переднего "выдвижного ящика"
- ☐ В Симптом заднего "выдвижного ящика"
- ☐ Г Симптом "баллотирования" надколенника

В 055 ПЕРЕЛОМЫ НАРУЖНОГО МЫШЦЕЛКА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ АБДУКЦИЕЙ, СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

- ☐ А Внутренней большеберцовой связки, передней крестообразной связки и наружного мениска
- ☐ Б Боковых и крестообразных связок
- ☐ В Боковых связок
- ☐ Г Переднего рога внутреннего мениска

В 056 НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ И ФУНКЦИЯ СТОПЫ ПРИ ХОДЬБЕ ОБУСЛАВЛИВАЮТ МАКСИМАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩУЮ ПЛЮСНЕВУЮ КОСТЬ:

- ☐ А I плюсневую кость
- ☐ Б IV плюсневую кость
- ☐ В V плюсневую кость
- ☐ Г II-IV плюсневую кость

В 057 ИНДЕКС ПРОДОЛЬНОГО СВОДА СТОПЫ ПО М.О.ФРИДЛАНДУ В НОРМЕ СООТВЕТСТВУЕТ

- ☐ А 31-29%
- ☐ Б 29-27%
- ☐ В 27-25%
- ☐ Г 23-25%

В 058 ДЛЯ ТОЧНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЛОСКОСТОПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- ☐ А Плантография стоп
- ☐ Б Пальпация стоп
- ☐ В Измерение длины стопы
- ☐ Г Вычисление соотношения массы тела и длины стоп

В 059 ДЛЯ СТАТИЧЕСКОГО ПЛОСКОСТОПИЯ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЖАЛОБЫ:

- ☐ А Боли усиливаются к вечеру после длительного пребывания на ногах
- ☐ Б Боли чаще утром, после сна
- ☐ В Боли в ногах при «сидячей» работе
- ☐ Г Боли постоянные, не проходят после отдыха

В 060 ПЛАНТОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ II СТЕПЕНИ СЛЕДУЮЩИЕ:

- ☐ А 1,31-1,50
- ☐ Б 0,51-1,10
- ☐ В 1,21-1,30
- ☐ Г 1,11-1,20

В 061 ИЗМЕРЕННАЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЕЛИЧИНА УГЛА ПРОДОЛЬНОГО СВОДА СТОПЫ ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ ВТОРОЙ СТЕПНИ СОСТАВЛЯЕТ

О А 141-155 градусов

О Б Больше 155 градусов

О В 131-140 градусов

О Г Менее 131 градуса

В 062 ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ С ОТКЛОНЕНИЕМ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА НЕ БОЛЕЕ 20 ГРАДУСОВ И ЭКЗОСТОЗОМ НА ВНУТРЕННЕМ КРАЕ ГОЛОВКИ ПЕРВОЙ ПЛЮСНЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩУЮ ОПЕРАЦИЮ

О А операция Шеде

О Б операция Брандеса

О В операция Куслика

О Г Операция Гомана

В 063 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

О А Перелом пяточной кости

О Б Перелом плюсневых костей

О В Переломовывих в суставе Лисфранка

О Г Перелом таранной кости

В 064 РАЗРЫВ СУХОЖИЛИЯ ЗАДНЕЙ БОЛШЫШЕБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ

О А Посттравматического продольного плоскостопия

О Б Эквино-варусной деформации стопы

О В Ослабления тыльного сгибания стопы

О Г Ослабления подошвенного сгибания стопы

В 065 ОПЕРАЦИЯ АЛЬБРЕХТА ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ ВКЛЮЧАЕТ КЛИНОВИДНУЮ РЕЗЕКЦИЮ И АРТРОДЕЗ

О А первого плюсне-клиновидного сустава

О Б первого плюсне – фалангового сустава

О В медиального плюсне – ладьевидного сустава

О Г латерального плюсне – ладьевидного сустава

В 066 ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПЛОСКОСТОПИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

О А Комбинированные оперативные вмешательства

О Б Корригирующие остеотомии

О В Консервативные методы

О Г Сухожильно-мышечная пластика, тенodes

В 067 В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПОПЕРЕЧНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ ВЕДУЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

О А Боли и натоптыши в подошвенной поверхности дистальных отделов стоп

О Б Разгибательные контрактуры пальцев

О В Вальгусное отклонение первого пальца

О Г Подвывихи и вывихи в плюснефаланговых суставах

В	068	СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПЛОСКОСТОПИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ
О	А	Поперечное плоскостопие в сочетании с отведением первого пальца кнаружи
О	Б	Распластанность переднего отдела стопы со снижением продольного свода
О	В	Продольное плоскостопие в сочетании с вальгусной деформацией стопы
О	Г	Продольное плоскостопие
В	069	ПРИ III СТЕПЕНИ ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ УГОЛ ПРОДОЛЬНОГО СВОДА СОСТАВЛЯЕТ
О	А	Более 155градусов
О	Б	141-155градусов
О	В	131-140градусов
О	Г	125-130градусов
В	070	ПРИ ВТОРИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН КИСТИ ШОВ И ПЛАСТИКА ПОВРЕЖДЕННЫХ СУХОЖИЛИЙ
О	А	Не показаны
О	Б	Показаны
О	В	Показаны в случае наличия возможности надежного их укрытия окружающими тканями
О	Г	Показаны в случае наличия их повреждения на уровне костно-фиброзных каналов
В	071	СРЕДИ ПРОТИВОШОКОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА С НАРУШЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПЕРЕДНЕГО И ЗАДНЕГО ОТДЕЛОВ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
О	А	стержневой аппарат внешней фиксации
О	Б	открытую репозицию и внутренний стабильный остеосинтез
О	В	ограничиться внутритазовой блокадой по Школьникову - Селиванову
	Г	положение Волковича
В	072	СРЕДИ ВАРИАНТОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В КОМПЛЕКСЕ ПРОТИВОШОКОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
О	А	анестезию по Школьникову-Селиванову-Цодыксу
О	Б	проводниковую анестезию
О	В	перидуральную блокаду
О	Г	местное обезболивание по А.В.Вишневскому
В	073	НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОВ И ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	эндотрахеальный наркоз
О	Б	масочный и ингаляционный наркоз фторотаном
О	В	местная анестезия
О	Г	внутривенный наркоз
В	074	У МОЛОДОГО, РАНЕЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В СОСТОЯНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ БУДЕТ СЛЕДУЮЩИМ

☐	А	100/60 мм рт. ст.
☐	Б	70/60 мм рт. ст.
☐	В	90/60 мм рт. ст.
☐	Г	60/40 мм рт. ст.
В	075	ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК СТАНОВИТСЯ НЕОБРАТИМЫМ, ЕСЛИ МАКСИМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ 60мм рт.ст. НЕ УДАЕТСЯ ПОДНЯТЬ В ТЕЧЕНИЕ
☐	А	6 ч
☐	Б	1 ч
☐	В	2 ч
☐	Г	4 ч
В	076	ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ III-IV СТЕПЕНИ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ И ЕЁ КОМПОНЕНТОВ
☐	А	абсолютно показано
☐	Б	показано относительно
☐	В	можно обойтись трансфузией кровезаменителей
☐	Г	зависит от случая
В	077	ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ ОСТЕОСИНТЕЗ ЗАКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ВЫВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ИЗ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ
☐	А	через несколько суток
☐	Б	сразу же после нормализации артериального давления и пульса
☐	В	после нормализации диуреза
☐	Г	через 12 ч стабилизации гемодинамики
В	078	ВЫБОР ПРЕПАРАТА ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДОЛЖЕН УЧИТЫВАТЬ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА
☐	А	на гемодинамику
☐	Б	на дыхание
☐	В	на эндокринную систему
☐	Г	на центральную систему
В	079	ТЕРМИН ОБЪЕДИНЯЮЩИЙ ПОНЯТИЯ МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ
☐	А	политравма
☐	Б	комбинированные повреждения
☐	В	комплексные повреждения
☐	Г	шокогенные повреждения
В	080	К СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОТНОСЯТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВКЛЮЧАЮЩИЕ
☐	А	механические повреждения в пределах двух или более анатомических областей тела, одно из которых является опасным для жизни
☐	Б	тупая травма живота с повреждением печени и селезенки и массивным гемоперитонеумом
☐	В	кататравма, открытые оскольчатые переломы левой большеберцовой и кости и правой бедренной кости, жировая эмболия
☐	Г	перелом свода и основания черепа, ушиб головного мозга тяжелой степени,

кома

В 081 К МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ ОТНОСЯТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ

О А двух или более органов или сегментов конечностей одной анатомической области, одно из которых является тяжелым

О Б множественные переломы ребер справа, разрыв печени, гемоперитонеум

О В переломовывих Монтеджи, осложненный невропатией лучевого нерва

О Г задний вывих левого предплечья, перелом 5, 6,7 ребер слева

В 082 ПРОБА РИВИЛУА-ГРЕГУАРА ПРИ ГЕМОТОРАКСЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ

О А продолжающегося или остановившегося внутриплеврального кровотечения

О Б объема гемоторакса и тяжести кровопотери

О В жировой эмболии

О Г свернувшегося гемоторакса

В 083 К ОПЕРАЦИИ ПЕРВОЙ ОЧЕРЕДИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ ОТНОСИТСЯ

О А ушивание разрывов печени

О Б ушивание полого органа живота

О В стабилизация таза с при разрывах лонного и крестцово-подвздошного сочленений

О Г закрытый блокируемый остеосинтез переломов по абсолютным показаниям

В 084 ПОКАЗАТЕЛЬ ШОКОВОГО ИНДЕКСА 2.0 СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА

О А шок 3 степени

О Б шок 2 степени

О В терминальное состояние (шок 4 степени)

О Г шок 1 степени

В 085 ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ, УСЛОВНО ОБРАТИМЫЙ ШОК КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК

О А шок 2 степени тяжести

О Б шок 3 степени тяжести

О В шок 1 степени тяжести

О Г терминальное состояние (шок 4 степени)

В 086 В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ (СДС) ЛЕЖИТ

О А полный длительный перерыв кровотока в мягких тканях

О Б длительная аноксия тканей

О В длительное сдавление нервных стволов

О Г тромбоз глубоких вен конечности

В 087 ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО В РАННИЙ ПЕРИОД СДС ОБУСЛОВЛЕНА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО

О А эндогенной токсемией вследствие рабдомиолиза

О Б плазмопотерей

О В болевым синдромом

О Г гиперкалиемией

- В 088 ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО В ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ПЕРИОД СДС ОБУСЛОВЛЕНА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО
- О А острой почечной недостаточностью
 - О Б миоглобинурией
 - О В гнойно-септическими осложнениями
 - О Г ацидозом
- В 089 ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ СДС ОБУСЛОВЛЕНА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО
- О А гнойно-септическими осложнениями
 - О Б сопутствующей патологией
 - О В анемией и иммунодепрессией
 - О Г сердечно-сосудистой недостаточностью
- В 090 ПОКАЗАНИЕ К ЭКСТРЕННОМУ ГЕМОДИАЛИЗУ У ПОСТРАДАВШИХ С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ
- О А гиперкалиемия более 6-7 ммоль/л
 - О Б снижение диуреза до 600мл/сутки
 - О В длительность сдавления более 4х часов
 - О Г тяжелая сочетанная патология
- В 091 АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К АМПУТАЦИИ СДАВЛЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- О А 4 степень ишемии тканей
 - О Б длительность сдавления более 6 часов
 - О В острая почечная недостаточность
 - О Г сдавление кисти
- В 092 ПОКАЗАНИЕМ К ЛАМПАСНЫМ РАЗРЕЗАМ И РАССЕЧЕНИЮ ФАЦИАЛЬНЫХ ВЛАГАЛИЩ СДАВЛЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ СДС ЯВЛЯЕТСЯ
- О А 3 степень ишемии тканей
 - О Б олигурия
 - О В длительность сдавления более 6 часов
 - О Г отёк головного мозга
- В 093 ПРИМЕНЕНИЕ ГБО ТЕРАПИИ ПРИ СДС ЯВЛЯЕТСЯ
- О А обязательным
 - О Б показано при сдавлении более 4х часов
 - О В противопоказано при сдавлении менее 4х часов
 - О Г не является необходимым
- В 094 АМПУТАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ с СДС ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ НЕОБРАТИМОЙ ИШЕМИИ НА ЭТАПЕ
- О А специализированной помощи;
 - О Б при оказании первой помощи специализированными бригадами
 - О В доврачебной помощи;
 - О Г первой врачебной помощи
- В 095 МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СДС ВКЛЮЧАЮТ

☐	А	внутримышечное введение 1 мл 2% промедола, инфузионная терапия
☐	Б	фасциотомия
☐	В	иммобилизация подручными средствами
☐	Г	ампутация конечности
В	096	РАЗВИТИЕ АСИСТОЛИИ ПРИ СДС ПОСЛЕ СНЯТИЯ ЖГУТА ОБУСЛОВЛЕННО
☐	А	нарастающей гиперкалиемией
☐	Б	тромбоэмболией;
☐	В	массивной плазмопотерей
☐	Г	нарастающей миоглобинемией
В	097	ПЛАЗМОПОТЕРЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ СДАВЛЕНИЯ МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ
☐	А	30% ОЦК
☐	Б	20% ОЦК
☐	В	10% ОЦК
☐	Г	5% ОЦК
В	098	ТЯЖЕСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НАХОДИТСЯ В ПРЯМОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ
☐	А	от объема сдавленных тканей и его длительности
☐	Б	от характера сдавливающего фактора
☐	В	от атмосферных условий
☐	Г	от возраста больного
В	099	ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ В ЭЛЕКТРОЛИТОМ СОСТАВЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ
☐	А	гиперкалиемия
☐	Б	гиперкальциемия
☐	В	гипонатриемия
☐	Г	гипофосфатемия
В	100	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ
☐	А	при землетрясениях
☐	Б	при пожарах
☐	В	при подводных работах на глубине
☐	Г	при падении с высоты
В	101	У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВЫВИХОМ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ
☐	А	пронационный подвывих головки лучевой кости
☐	Б	вывих предплечья
☐	В	вывих локтевой кости
☐	Г	супинационный подвывих головки лучевой кости
В	102	ТИПИЧНЫЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ ПРИ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХАХ ТИПА МОНТЕДЖА
☐	А	прямое воздействие на диафиз локтевой кости
☐	Б	прямое воздействие на диафиз лучевой кости

- ☐ В падение на кисть
☐ Г падение на локоть
- В 103 ТИПИЧНЫЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ
☐ А падение с упором на кисть
☐ Б удар по кисти
☐ В падение на локоть
☐ Г удар по локтю
- В 104 ПЕРЕЛОМ БЕННЕТА ЭТО
☐ А перелом ульнарно-волярного края основания I пястной кости
☐ Б поперечный перелом основания основной фаланги I пальца
☐ В оскольчатый перелом основания I пястной кости
☐ Г оскольчатый перелом дистальной фаланги I пальца
- В 105 НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ
☐ А под углом, открытым в ладонную сторону
☐ Б под углом, открытым в тыльную сторону
☐ В под углом, открытым ульнарно
☐ Г смещение только по длине
- В 106 УКАЖИТЕ ТИПИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИАФИЗА ОСНОВНОЙ И СРЕДНЕЙ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ
☐ А под углом, открытым в тыльную сторону
☐ Б под углом, открытым в ладонную сторону
☐ В под углом, открытым радиально
☐ Г под углом, открытым ульнарно
- В 107 ТИПИЧНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ПРИ ВЫВИХЕ I ПАЛЬЦА КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
☐ А переразгибание основной фаланги и сгибание дистальной фаланги
☐ Б сгибание основной фаланги и разгибание дистальной фаланги
☐ В переразгибание основной фаланги вместе с разогнутой дистальной фалангой
☐ Г сгибание основной фаланги и сгибание дистальной фаланги
- В 108 ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СУХОЖИЛИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО И ГЛУБОКОГО СГИБАТЕЛЕЙ ХАРАКТЕРНО
☐ А отсутствие активного сгибания средней и дистальной фаланги
☐ Б отсутствие активного сгибания дистальной фаланги
☐ В отсутствие активного сгибания всего пальца
☐ Г отсутствие пассивного сгибания дистальной фаланги пальца
- В 109 УКАЖИТЕ СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ
☐ А 4-5 недель
☐ Б 1-2 недели
☐ В 1-2 месяца
☐ Г 3-4 недели

В	110	УКАЖИТЕ СРЕДНИЕ СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТЕВОГО СУСТАВА
О	А	4-6мес.
О	Б	3-4 нед.
О	В	1,5-2 мес.
О	Г	6-8 мес.
В	111	УКАЖИТЕ СРЕДНИЕ СРОКИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ
О	А	3-4 недели.
О	Б	1,5-2 недели.
О	В	2-3 недели.
О	Г	1-2 месяца.
В	112	УКАЖИТЕ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ ШВА СУХОЖИЛИЯ НА ПАЛЬЦАХ КИСТИ
О	А	3 недели.
О	Б	1-2 недели.
О	В	2-3 недели.
О	Г	3-4 недели.
В	113	УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДДУКЦИОННОГО ПЕРЕЛОМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
О	А	отведение плеча
О	Б	приведение плеча
О	В	сгибание плеча
О	Г	внутренняя ротация
В	114	УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ
О	А	повреждение лучевого нерва
О	Б	повреждение плечевой артерии
О	В	повреждение локтевого нерва
О	Г	повреждение двуглавой мышцы плеча
В	115	УКАЖИТЕ СРЕДНИЕ СРОКИ СРАЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ВЗРОСЛЫХ
О	А	5-6 недель
О	Б	2-3 недели
О	В	3-4 недели
О	Г	4-5 недель
В	116	В КАКОМ НАПРАВЛЕНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО СМЕЩАЕТСЯ ГОЛОВКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИ ВЫВИХЕ
О	А	кпереди
О	Б	книзу
О	В	кверху
О	Г	кзади
В	117	КАКОЙ ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШИМ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ

НИИ ВЫВИХА ПЛЕЧА

- ☐ А внутривенный наркоз
- ☐ Б проводниковая анестезия
- ☐ В масочный наркоз
- ☐ Г местная анестезия

В 118 УКАЖИТЕ НАПРАВЛЕНИЕ СМЕЩЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ОТЛОМКА ПРИ РАЗГИБАТЕЛЬНОМ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

- ☐ А кзади
- ☐ Б кпереди
- ☐ В кнаружи
- ☐ Г кнутри

В 119 ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ РЕЗКО ОГРАНИЧЕНЫ

- ☐ А ротационные движения предплечья
- ☐ Б сгибание предплечья
- ☐ В разгибание предплечья
- ☐ Г ротационные движения в лучезапястном суставе

В 120 ДЛЯ ИЗОЛИРОВАННОГО ПЕРЕЛОМА ЛУЧЕВОЙ ИЛИ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ЛИНИЯ ИЗЛОМА

- ☐ А поперечная линия излома
- ☐ Б косая линия излома
- ☐ В винтообразная линия излома
- ☐ Г продольная линия излома

В 121 РОТАЦИОННЫЕ СМЕЩЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЗАВИСЯТ ОТ

- ☐ А локализации линий излома (верхней, средней и нижней трети)
- ☐ Б действия той или иной степени силы
- ☐ В положения сгибания или разгибания предплечья в момент травмы
- ☐ Г положения только разгибания предплечья в момент травмы

В 122 ПРИ СГИБАТЕЛЬНОМ ТИПЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОНТЕДЖА ГОЛОВКА ЛУЧА ВЫВИХИВАЕТСЯ

- ☐ А кпереди
- ☐ Б кзади
- ☐ В кнаружи
- ☐ Г кнутри

В 123 ПОВРЕЖДЕНИЕ ГАЛИАЦЦИ - ЭТО

- ☐ А перелом лучевой кости и вывих головки локтевой кости
- ☐ Б изолированный перелом локтевой кости
- ☐ В изолированный перелом лучевой кости
- ☐ Г перелом локтевой кости и вывих головки лучевой кости

В 124 РАДИОУЛЬНАРНЫЙ УГОЛ В НОРМЕ РАВЕН

- ☐ А 30°
- ☐ Б 10°
- ☐ В 5°
- ☐ Г 40°

- В 125 ЧАЩЕ ВСЕГО ИЗ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ ЛОМАЕТСЯ
 О А ладьевидная кость
 О Б трехгранная кость
 О В головчатая кость
 О Г полулунная кость
- В 126 ПУНКЦИЮ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ЧАЩЕ ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЮТ
 О А между локтевым отростком и плечелучевой мышцей
 О Б между краем трехглавой мышцы и локтевым сгибателем кисти
 О В между локтевым отростком и внутренним надмыщелком
 О Г над локтевым отростком через трехглавую мышцу
- В 127 ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ОТМЕЧАЕТСЯ
 О А «свисающая кисть»
 О Б «когтистая лапа»
 О В «обезьянья лапа»
 О Г сгибательная контрактура I, II, III пальцев и разгибательная контрактура IV, V пальцев кисти
- В 128 ПРИ НАЛОЖЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ СУХОЖИЛЬНЫХ ШВОВ НА СУХОЖИЛИЕ ГЛУБОКОГО СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА КИСТИ РАЗРАБОТКА АКТИВНЫХ ДВИЖЕНИЙ НАЧИНАЕТСЯ
 О А на 21-е сутки после операции
 О Б на 7-е сутки после операции
 О В на 14-е сутки после операции
 О Г через 5 недель после операции
- В 129 СРЕДНИЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В «ТИПИЧНОМ МЕСТЕ» СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СОСТАВЛЯЕТ
 О А 5-6 недель
 О Б 2 недели
 О В 4 недели
 О Г 8-10 недель
- В 130 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
 О А в 10-20% случаев
 О Б в 5-6% случаев
 О В в 25-30% случаев
 О Г в 40-50% случаев
- В 131 ПРИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОМ ПЕРИАРТРИТЕ И ТРАВМЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ МОЖНО СНЯТЬ БЛОКАДОЙ
 О А надлопаточного нерва со стороны надостной ямки
 О Б мышечно-кожного нерва
 О В надлопаточного нерва со стороны подостной ямки
 О Г лучевого нерва на плече
- В 132 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА

ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕЛОМ

- ☐ А хирургической шейки плечевой кости
- ☐ Б головки плечевой кости
- ☐ В анатомической шейки плечевой кости
- ☐ Г бугорков плечевой кости

В 133 АБДУКЦИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- ☐ А отведении плеча
- ☐ Б приведении плеча
- ☐ В нейтральном положении плеча
- ☐ Г внутренней ротации плеча

В 134 АДДУКЦИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- ☐ А приведении плеча
- ☐ Б отведении плеча
- ☐ В сгибании плеча
- ☐ Г наружной ротации плеча

В 135 ПЕРЕЛОМ ГОЛОВКИ ПЛЕЧА С ПОЛНЫМ РАЗОБЩЕНИЕМ И ПОВОРОТОМ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

- ☐ А открытой репозицией и остеосинтезом в ранние сроки после травмы
- ☐ Б удалением головки плеча в ранние сроки
- ☐ В удалением головки с артродезом плечевого сустава в ранние сроки
- ☐ Г удалением головки плеча в поздние сроки после травмы

В 136 ДЛЯ «ЭПОЛЕТНОГО» (АКСИАЛЬНОГО) РЕНТГЕНОВСКОГО СНИМКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА НАДО ОТВЕСТИ ПОД УГЛОМ

- ☐ А 30-40°
- ☐ Б 10-20°
- ☐ В 50-60°
- ☐ Г 90°

В 137 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДДУКЦИОННОГО ПЕРЕЛОМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СОСТАВЛЯЕТ

- ☐ А 3-4 недели
- ☐ Б 1-2 недели
- ☐ В 5-6 недель
- ☐ Г 8-10 недель

В 138 ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НА ОТВОДЯЩЕЙ ШИНЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ УГОЛ ОТВЕДЕНИЯ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ

- ☐ А 90°
- ☐ Б 60°
- ☐ В 30°
- ☐ Г 100°

В 139 ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА

ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И ПРИЗНАКАХ ЗАМЕДЛЕННОЙ КОНСО-ЛИДАЦИИ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ

- ☐ А 5-6 месяцев
- ☐ Б 3-4 месяца
- ☐ В 10-12 месяцев
- ☐ Г 1-1,5 года

В 140 ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНО-ГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ РАЗГИБАТЕЛЬНОГО ТИПА УГОЛ СГИБАНИЯ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ

- ☐ А 60°
- ☐ Б 20°
- ☐ В 90°
- ☐ Г 110-140°

В 141 ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ВЫЗЫВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- ☐ А расстройства чувствительности в IV, V пальцев кисти
- ☐ Б свисание кисти и невозможность ее активного разгибания
- ☐ В пониженную чувствительность на лучевой стороне кисти
- ☐ Г пониженную чувствительность на разгибательной стороне предплечья

В 142 ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СРЕДИННОГО НЕРВА, ВОЗНИКАЕТ РАССТРОЙСТВО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

- ☐ А в I, II, III пальцах кисти и внутренней поверхности IV пальца
- ☐ Б IV, V пальцев кисти
- ☐ В во II пальце кисти
- ☐ Г только в I пальце

В 143 ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ

- ☐ А деротационные наkostные пластины
- ☐ Б внутрикостные штифты
- ☐ В винты
- ☐ Г проволока

В 144 ПРИ СГИБАТЕЛЬНОМ ТИПЕ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ УГОЛ МЕЖДУ ФРАГМЕНТАМИ ОТКРЫТ

- ☐ А кпереди и кнутри
- ☐ Б кпереди и кнаружи
- ☐ В кзади и кнутри
- ☐ Г углового смещения нет

В 145 ПРЕДПЛЕЧЬЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НАРУЖНОГО НАДМЫШЦЕЛКА

- ☐ А отведено
- ☐ Б приведено
- ☐ В кнутри
- ☐ Г ротировано внутрь и приведено

В 146 КОНТРАКТУРА ФОЛЬКМАНА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

☐	А	продолжительного, значительного, но не полного нарушения артериального кровотока
☐	Б	повреждения плечевого сплетения
☐	В	короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
☐	Г	двойного перелома плечевой кости
В	147	НАИБОЛЕЕ ОПАСНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ КОНТРАКТУРЫ ФОЛЬКМАНА
☐	А	перелом плеча в нижней трети
☐	Б	перелом плеча в верхней трети
☐	В	перелом плеча в средней трети
☐	Г	внутрисуставной перелом проксимального отдела плеча
В	148	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫВИХА АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ
☐	А	симптомом «клавиши»
☐	Б	признаком Маркса
☐	В	симптомом «треугольной подушки»
☐	Г	пружинящие движения в плечевом поясе
В	149	НЕПОЛНЫЙ ВЫВИХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ПРОИСХОДИТ
☐	А	при разрыве акромиально-ключичной связки
☐	Б	при разрыве акромиально-ключичной и клювовидно-ключичной связок
☐	В	при разрыве клювовидно-ключичной связки
☐	Г	при растяжении ключично-акромиальной связки
В	150	ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПОЛНЫЙ» ИЛИ «НЕПОЛНЫЙ» ВЫВИХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ НЕОБХОДИМА РЕНТГЕНОГРАФИЯ
☐	А	стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны
☐	Б	надплечья, в положении больного лежа
☐	В	надплечья, в положении больного стоя
☐	Г	обоих надплечий, в положении больного «лежа»
В	151	ПЛЕЧО ПРИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕМСЯ ВЫВИХЕ КАЖЕТСЯ
☐	А	удлиненным
☐	Б	укороченным
☐	В	не меняет длины
☐	Г	смещенным кзади
В	152	«ЗАСТАРЕЛЫМ» ВЫВИХОМ ПЛЕЧА НАЗЫВАЕТСЯ ВЫВИХ ДАВНОСТЬЮ
☐	А	3 недели и более
☐	Б	более 1 месяца
☐	В	от 1 до 2х месяцев
☐	Г	более 3х месяцев
В	153	«СВЕЖИМ» ВЫВИХОМ ПЛЕЧА НАЗЫВАЕТСЯ ВЫВИХ, ДАВНОСТЬЮ
☐	А	до 3х дней
☐	Б	до 1 недели

☐	В	до 24 часов
☐	Г	до 2х недель
В	154	«НЕСВЕЖИМ» ВЫВИХОМ ПЛЕЧА НАЗЫВАЕТСЯ ВЫВИХ, ДАВНОСТЬЮ
☐	А	от 3х дней до 3х недель
☐	Б	От 2х дней до 2х недель
☐	В	от 2х до 4х недель
☐	Г	свыше 4 недель
В	155	ВЫВИХИ КОСТЕЙ КИСТИ, ПО СРАВНЕНИЮ С ВЫВИХАМИ ДРУГОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ВСТРЕЧАЮТСЯ
☐	А	в 15-20% случаев
☐	Б	в 1-5% случаев
☐	В	в 5-10% случаев
☐	Г	в 20-25% случаев
В	156	ПРИ ПЕРИЛУНАРНОМ ВЫВИХЕ ВЫВИХИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КОСТИ ЗАПЯСТЬЯ
☐	А	головчатая кость по отношению к полулунной
☐	Б	полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу
☐	В	полулунная и головчатая кость по отношению к лучезапястному суставу
☐	Г	ладьевидная и головчатая кости по отношению к многогранной
В	157	ПРИ ВЫВИХЕ ПОЛУЛУННОЙ КОСТИ ВЫВИХИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КОСТИ
☐	А	полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу
☐	Б	полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу
☐	В	головчатая и крючковидная кости по отношению к полулунной
☐	Г	ладьевидная и гороховидная кости по отношению к полулунной
В	158	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЫВИХОВ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
☐	А	скелетное вытяжение за ногтевые фаланги
☐	Б	одномоментное вправление вывиха
☐	В	открытое вправление вывиха
☐	Г	дистракция при помощи АНФ, затем открытое вправление вывиха
В	159	ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОГО ВПРАВЛЕНИЯ ПЕРИЛУНАРНОГО ВЫВИХА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ
☐	А	5-6- недель
☐	Б	1-2 недели
☐	В	2-3 недели
☐	Г	4-5 недель
В	160	К ВНУТРИСУСТАВНЫМ ПЕРЕЛОМАМ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ
☐	А	надмыщелковые переломы
☐	Б	переломы головчатого возвышения
☐	В	переломы блока
☐	Г	чрезмыщелковые переломы плеча

В	161	СРЕДИ ОТКРЫТЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ
О	А	- переломы большой берцовой кости
О	Б	- переломы локтевой кости
О	В	- переломы лучевой кости
О	Г	- переломы бедренной кости
В	162	ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ В СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРОВОДЯТ ЗА
О	А	- пяточную кость
О	Б	- надлодыжечную область б/берцовой кости
О	В	- таранную кость
О	Г	- нижнюю треть б/берцовой кости
В	163	ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БОЛЬШОЙ БЕРЦОВОЙ КОСТИ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА ДОЛЖНА БЫТЬ
О	А	- от верхней трети бедра до кончиков пальцев стопы
О	Б	- от коленного сустава до кончиков пальцев стопы
О	В	- от верхней трети бедра до лодыжек
О	Г	- от верхней трети голени до кончиков пальцев стопы
В	164	ПРИ СПИРАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ТРЕТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГОЛЕНИ В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
О	А	- перелома головки малоберцовой кости
О	Б	- перелома наружного мыщелка большеберцовой кости
О	В	- перелома внутреннего мыщелка большеберцовой кости
О	Г	- перелома дистального отдела бедренной кости
В	165	ПОСЛЕ ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМА ЛОДЫЖЕК ПРИМЕНЯЕТСЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ
О	А	- U-образной гипсовой повязкой по Волковичу
О	Б	- гипсовой повязкой со стопой до коленного сустава
О	В	- гипсовой повязкой типа «сапожок»
О	Г	- гипсовой повязкой со стопой до нижней трети бедра
В	166	ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	- хирургическая обработка раны и чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез
О	Б	- хирургическая обработка раны и иммобилизация
О	В	- хирургическая обработка раны и внутренний остеосинтез
О	Г	- хирургическая обработка раны и скелетное вытяжение
В	167	ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГЕМАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	- симптом «баллотирования» надколенника
О	Б	- кровоизлияние в парартикулярные ткани
О	В	- ограничение движений в суставе
О	Г	- симптомы «переднего-заднего» выдвижного ящика

В	168	ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ДИАФИ-ЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	-интрамедуллярный остеосинтез
О	Б	-накостный остеосинтез
О	В	-скелетное вытяжение
О	Г	-иммобилизация гипсовой повязкой
В	169	ПЕРЕЛОМ МЕЖМЫШЦЕЛКОВОГО ВОЗВЫШЕНИЯ БОЛЬШЕБЕР-ЦОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИВОДИТ К
О	А	- нестабильности коленного сустава
О	Б	- блокаде сустава
О	В	- варусной деформации
О	Г	-ограничению подвижности
В	170	ВЫВИХ НАДКОЛЕННИКА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ
О	А	-кнаружи
О	Б	-кнутри
О	В	-дистально
	Г	-проксимально
В	171	СИМПТОМ ПЕРЕДНЕГО И ЗАДНЕГО «ВЫДВИЖНОГО ЯЩИКА» СВИ-ДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОВРЕЖДЕНИИ
О	А	- крестообразных связок
О	Б	-внутреннего мениска
О	В	-наружного мениска
О	Г	-боковых связок коленного сустава
В	172	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИММОБИЛИЗАЦИИ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКОЙ ПЕРЕ-ЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	- 2 месяца
О	Б	-1 месяц
О	В	-3 месяца
О	Г	-4 месяца
В	173	ПРИ ПЕРЕЛОМАХ МЕЖМЫШЦЕЛКОВОГО ВОЗВЫШЕНИЯ БОЛЬШЕ-БЕРЦОВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОВРЕЖДАЕТСЯ
О	А	- передняя крестообразная связка
О	Б	- наружная боковая связка коленного сустава
О	В	- внутренняя боковая связка коленного сустава
О	Г	- задняя крестообразная связка
В	174	ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СЛЕДУЕТ ВОЗДЕРЖАТЬСЯ ОТ
О	А	-компрессионно-дистракционного остеосинтеза
О	Б	- консервативного лечения гипсовой иммобилизацией
О	В	- лечения методом скелетного вытяжения
О	Г	- оперативных методов лечения
В	175	ПОДКОЖНЫЙ РАЗРЫВ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ ПРИ

О	А	- неожиданном нескоординированном резком сокращении икроножной мышцы
О	Б	- ударе по стопе
О	В	- ударе по голени сзади
О	Г	-перерастяжении капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава
В	176	ПРИ ФИЗИКАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВА АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРОВЕРКА
О	А	- симптома Томпсона
О	Б	- амплитуда тыльного сгибания стопы
О	В	- ограничение супинации стопы
О	Г	- ощущение щелчка в проекции ахиллового сухожилия при движениях
В	177	СВЕЖИЙ РАЗРЫВ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ
О	А	- наложением сухожильного шва с иммобилизацией гипсовой повязкой
О	Б	- наложением гипсовой повязки в положении подошвенного сгибания
О	В	- пластикой сухожилия апоневрозом стопы
О	Г	- закрытое сшивание сухожилия
В	178	ВЫВИХ ГОЛЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ
О	А	- кзади
О	Б	- кпереди
О	В	- латерально
О	Г	- медиально
В	179	НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗАКРЫТОГО ВЫВИХА ГОЛЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	-повреждение подколенной артерии
О	Б	- повреждение боковых связок коленного сустава
О	В	- повреждение передней и задней крестообразных связок
О	Г	- перелом мыщелка большеберцовой кости
В	180	ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА СОСТОИТ В СЛЕДУЮЩЕМ:
О	А	- укладывании на ровную твердую поверхность в положении «лягушки»
О	Б	- укладывании на ровную поверхность, ноги сводятся вместе.
О	В	- укладывании на твердую поверхность с валиком под поясницу
О	Г	- укладывании на любую ровную поверхность
В	181	ОТРЫВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	- перелом передне-верхней ости подвздошной кости
О	Б	- перелом седалищной кости
О	В	- перелом лонной кости
О	Г	-перелом крестца
В	182	ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА С НАРУШЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	- переломы лонной и седалищной костей с двух сторон
О	Б	- двухсторонний перелом седалищной кости
О	В	-перелом ветви лонной кости слева и седалищной справа
О	Г	- двухсторонний перелом одной ветви лонной кости-

- В 183 К ПЕРЕЛОМАМ КОСТЕЙ ТАЗА БЕЗ НАРУШЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА ОТНОСЯТСЯ
- О А - переломы дна вертлужной впадины
 - О Б -разрыв крестцово-подвздошного сочленения с одной стороны
 - О В -вертикальный перелом типа Мальгенья
 - О Г - разрыв симфиза
- В 184 ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ТАЗА
- О А - боль при сведении или разведении крыльев таза в поперечном направлении (симптом Ларрея и Вернье)
 - О Б - симптом «прилипшей пятки»
 - О В - боль при пальпации лонного сочленения
 - О Г -болезненность при пальпации крестцово-подвздошных сочленений.
- В 185 ВЫВИХ БЕЗЫМЯННОЙ КОСТИ ТАЗА ВОЗНИКАЕТ ПРИ:
- О А - разрыве лобкового симфиза и разрыве крестцово-подвздошного сочленения
 - О Б - переломе лонных и седалищных костей
 - О В - переломе вертлужной впадины
 - О Г - переломе подвздошной кости
- В 186 ПЕРЕЛОМ ТАЗА ТИПА «БАБОЧКИ» ЭТО
- О А - перелом обеих лонных и обеих седалищных костей
 - О Б - перелом лонных и седалищных костей с одной стороны
 - О В - перелом седалищной кости и лонной кости с разных сторон
 - О Г - разрыв лонного сочленения
- В 187 ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ ПЕРЕДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА ТАЗА НАБЛЮДАЕТСЯ СИМПТОМ ГАБАЯ В ВИДЕ
- О А - поддержании ноги на стороне повреждения стопой или голенью здоровой ноги при переворачивании больного на бок или на спину
 - О Б -вынужденном положении пострадавшего лежа с полусогнутыми в коленных и тазобедренных суставах
 - О В -невозможности больного активно поднять вытянутую ногу
 - О Г - болезненность при сведении и разведении крыльев подвздошных костей
- В 188 ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ С ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ ТАЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ БЛОКАДА
- О А - по Школьникову- Селиванову - Цодыксу
 - О Б - паравертебральная блокада
 - О В - обезболивание по Шнеку
 - О Г - блокада по Куленкампу
- В 189 БЛОКАДУ ПО ШКОЛЬНИКОВУ-СЕЛИВАНОВУ-ЦОДЫКСУ ВЫПОЛНЯЮТ ВКАЛЫВАЯ ДЛИННУЮ ИГЛУ ИЗ ТОЧКИ
- О А - 1 см кнутри от передне-верхней ости подвздошной кости
 - О Б - 2 см кнутри от передне-верхней ости подвздошной кости
 - О В - 1 см кнутри от передне-нижней ости подвздошной кости
 - О Г -2 см кнутри от передне-нижней ости подвздошной кости

В	190	ДЛЯ БЛОКАДЫ ПО ШКОЛЬНИКОВУ-СЕЛИВАНОВУ-ЦОДЫКСУ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР НОВОКАИНА
О	А	-0,25%
О	Б	-0,5%
О	В	-1%
О	Г	-2%
В	191	ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ВЫВИХА БЕЗЫМЯННОЙ КОСТИ
О	А	- асимметрия костей таза
О	Б	- укорочение конечности на стороне повреждения
О	В	- удлинение конечности на стороне повреждения
О	Г	- разностояние вертелов бедренных костей
В	192	СМЕЩЕНИЕ ПОЛОВИНЫ ТАЗА ПРИ ПЕРЕЛОМОВЫВИХАХ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ
О	А	- проксимально
О	Б	- дистально
О	В	- латерально
О	Г	- медиально
В	193	АССИМЕТРИЮ КОСТЕЙ ТАЗА ВЫЯВЛЯЮТ ИЗМЕРЯЯ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ
О	А	- мечевидным отростком грудины и передне-верхними остями подвздошных костей
О	Б	- передне-верхними остями с обеих сторон
О	В	- большими вертелами с обеих сторон
О	Г	- от передне-верхних остей до лобкового симфиза с обеих сторон
В	194	БЛОКАДА ПО ШКОЛЬНИКОВУ-СЕЛИВАНОВУ-ЦОДЫКСУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА ИМЕЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ОСНОВНЫМ ИЗ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	-низкое артериальное давление
О	Б	- перелом вертлужной впадины
О	В	- сочетанная травма-перелом костей таза и ЧМТ
О	Г	- пожилой возраст
В	195	ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ПРИМЕНЕНИЕ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ВОЗМОЖНО ПРИ:
О	А	- центральном вывихе бедра
О	Б	- отрыве передне-верхней ости подвздошной кости
О	В	- переломе седалищной или лобковой кости с одной стороны
О	Г	- переломе крестца
В	196	ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ТАЗА ЧАЩЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЮТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
О	А	- уретры
О	Б	- мочевого пузыря
О	В	- прямой кишки
О	Г	-простаты у мужчин, яичников у женщин
В	197	ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСЕГО

НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:

- О А - переломе типа «бабочки»
 О Б - переломе подвздошной кости
 О В - переломе лонных костей
 О Г - переломе крестца

В 198 ПРИЗНАКОМ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- О А - нарушение мочеиспускания, симптомы «раздражения» брюшины
 О Б - боль над лоном
 О В - мочевого затек в клетчатку
 О Г - недержание мочи

В 199

- О А - расстройство мочеиспускания и мочевого затек в клетчатку таза
 О Б - боль над лоном, недержание мочи
 О В - симптомы раздражения брюшины
 О Г - симптом «ваньки-встаньки»

В 200 ТИПИЧНЫЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ:

- О А - сдавление стопы между твердыми предметами,
 О Б - передне-задний удар по стопе
 О В - подворачивание стопы кнутри при фиксированной голени
 О Г - переразгибание стопы на уровне плюсневых костей

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-12

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. 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 количе-

		ственную 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.
B	3	Каков алгоритм оказания первой врачебной 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 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 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 выбрать? 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 невروпатию 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 1/3 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: 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 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, промокающая кровью повязка снята. По передне-наружной поверхности бедра рваная рана длиной, наружу на 4см выстоит слегка загрязненный конец проксимального отломка, кровотечения нет. Пульсация сосудов на стопе отчетливая, активные движения пальцев правой стопы свободные в полном объеме, чувствительных нарушений на голени и стопе не выявлено. При осмотре и пальпации левой нижней конечности, таза патологии не выявлено. Моча спущена катетером 300мл, прозрачная соломенно-желтая. Выполнен туалет кожи с обработкой раствором иода, наложена асептическая повязка. Выполнена инъекция ПСА и проба на чувствительность к ПСС. Больной перевезен в операционную.
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.
B	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.
B	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, клиничко-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 эполетного 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 медицинской 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 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.
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.
H	-	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.
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	-	Молодой человек, 23 лет, спортсмен. Самостоятельно обратился в приемный покой Областной клинической больницы. Жалобы на умеренные боли и деформацию в области правого

		плечевого сустава. Из анамнеза известно, что в процессе соревнований по хоккею с шайбой, при силовом единоборстве, столкнулся плечом с соперником. Почувствовал умеренную боль, продолжить игру не смог. При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное, здоровой рукой придерживает правую верхнюю конечность. Область правого надплечья деформирована, акромиальный конец ключицы расположен выше акромиального отростка. При пальпации отмечен симптом «клавиши» акромиального конца ключицы. Активные и пассивные движения в плечевом суставе ограничены, болезненны. Движения в правом локтевом суставе свободные в полном объеме. Пульсация на лучевой артерии отчетливая. Двигательных и чувствительных нарушений в области кисти не выявлено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторно – ясный легочный звук. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый неосложненный травматический вывих акромиального конца правой ключицы.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть классификационных характеристик данной нозологии упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы исследования следует применить? Обоснуйте.
Э	-	Помимо клинических данных, установленных при физикальном первичном обследовании: 1. Основным дополнительным инструментальным методом диагностики повреждений данной локализации служит рентгенологическое исследование. Как правило, достаточно рентгенограммы в прямой проекции.
P2	-	Объем дополнительных методов исследования охарактеризован полностью
P1	-	Объем дополнительных методов исследования охарактеризован не полностью: отсутствует выбор одного из методов исследования.
P0	-	Обоснование дополнительных методов исследования дано неверно или дообследование назначено полностью неверно.
В	3	Какие анатомо-функциональные изменения происходят в области повреждения является определяющим ведущим при определении тактики лечения?
Э	-	Анатомо-функциональная картина полного вывиха акромиального конца ключицы характеризуется разрывом капсулы акромиально - ключичного сочленения, акромиально-ключичной и клювовидно-ключичной связок, нередко с повреждением суставного мениска.

		Такая комбинация повреждений обосновывает наиболее распространенную современную тактику лечения, особенно эффективную у спортсменов: открытое вправление вывиха и восстановление клювовидно-ключичной и акромиально-ключичной связок с помощью лавсановой ленты, (лигатуры).
P2	-	Анатомо-функциональные характеристики полного вывиха ключицы приведены полностью.
P1	-	Анатомо-функциональные характеристики приведены не полностью
P0	-	Анатомо-функциональные характеристики полного вывиха акромиального конца ключицы не приведены.
B	4	Какие методы лечения данной патологии Вам известны?
Э	-	Известны: консервативные методы лечения - 8-образная иммобилизирующая повязка, - иммобилизация кольцами Дельбе - торако-брахиальная гипсовая повязка с локальной компрессией пелотом. Оперативный метод лечения, операция фиксации ключицы к клювовидному отростку лопатки различными лигатурами и винтами, включая малоинвазивные способы с реконструкцией связочного аппарата акромиально-ключичного сочленения.
P2	-	Методы лечения перечислены полностью
P1	-	Методы лечения перечислены не полностью
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие методы лечения.
B	5	Оперативное лечение у данного пациента прошло успешно. Ранних и локальных и общесоматических осложнений не отмечено. Какой тип иммобилизации должен быть применен и ориентировочные сроки иммобилизации, сроки временной нетрудоспособности?
Э	-	1.После операции накладывается гипсовая повязка Дезо или официальный торако-брахиальный ортез) 2.Ориентировочные сроки иммобилизации до 6 недель с последующим функциональным лечением. 3.Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 1,5-2 месяца, занятия спортом не ранее 3х-4х месяцев.
P2	-	Тип иммобилизации, сроки иммобилизации и временной нетрудоспособности показаны верно.
P1	-	Неверно отмечен один из пунктов эталонного ответа.
P0	-	Тип, сроки иммобилизации и сроки временной нетрудоспособности определены полностью неверно.

Н	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девочке 6 месяцев сделана рентгенография тазобедренных суставов. Выявлен врожденный вывих левого бедра. С рождения ребенок

		осматривался педиатром, патологии не заподозрено. УЗИ тазобедренных суставов в возрасте 1 месяца не выполнялось
В	1	Какие клинические симптомы выявите у ребенка
Э	-	Ассиметрия паховых, ягодичных, подколенных кожных складок. Ограничение отведения левого бедра. Симптом «щелчка» слева. Относительное укорочение левой нижней конечности. Наружная ротация левого бедра.
P2	-	Все симптомы названы верно.
P1	-	Верно названы 4, 3 или 2 симптома
P0	-	Верно назван один симптом, или все симптомы названы неверно
В	2	По какой схеме должна оцениваться рентгенологическая картина, обоснуйте выбор схемы
Э	-	Рентгенограмма 6-месячного ребенка должна оцениваться по схеме Пугти, так как схемой Хильгенрейнера пользуются при чтении рентгенограмм новорожденных детей или первых месяцев жизни
P2	-	Правильно выбрана схема для оценки рентгенограммы и дано обоснование выбора
P1	-	Схема выбрана правильно, но выбор не обоснован
P0	-	Схема выбрана неправильно
В	3	Назовите рентгенологические признаки
Э	-	Ацетабулярный угол слева больше 30 градусов. Отсутствует ядро окостенения левого бедра. Проксимальный отдел левого бедра смещен кнаружи и кверху, о чем свидетельствует разорванность линии Шентона
P2	-	Правильно названы все признаки
P1	-	Правильно названы 2 признака
P0	-	Правильно назван один признак, или все признаки названы неверно
В	4	Своевременно ли выявлен врожденный вывих бедра у ребенка 6 месяцев, и если нет, то, в каком возрасте должен ставиться диагноз
Э	-	Диагноз врожденного вывиха бедра в возрасте 6 месяцев поставлен с опозданием. Диагностика считается своевременной на первом месяце жизни
P2	-	Правильно дан ответ на первый вопрос и правильно указан возраст ребенка, в котором должен ставиться диагноз
P1	-	Правильно дан ответ на первый вопрос, неправильно указан возраст ребенка, в котором должен ставиться диагноз
P0	-	Неправильно дан ответ
В	5	Какие диагностические мероприятия, когда и кем должны выполняться для своевременной диагностики врожденного вывиха бедра
Э	-	Для своевременной диагностики необходимо: В родильном доме педиатр должен осмотреть ребенка для исключения патологии. После выписки из роддома на первом месяце жизни ребенку

		выполняется УЗИ-скрининг тазобедренных суставов и он осматривается хирургом. При подозрении на патологию ребенок осматривается ортопедом и при необходимости – выполняется рентгенография тазобедренных суставов
P2	-	Правильно названа последовательность всех диагностических действий для своевременного определения заболевания.
P1	-	Правильно указаны все специалисты, которые должны заниматься этой патологией
P0	-	Правильно названы 2 диагностических мероприятия и 2 врача - специалиста
		Правильно названо 1 диагностическое мероприятие, или правильно назван 1 врач-специалист, или все ответы даны неверно
Н	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У новорожденного ребенка 7 дней выявлена патологическая установка обеих стоп – супинация, приведение и подошвенное сгибание. Вывести стопы в среднефизиологическое положение не удается. Данное состояние наблюдается у ребенка с момента рождения.
В	1	Ваш диагноз
Э	-	Врожденная двусторонняя косолапость
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Дан неточный ответ: не указано, что заболевание врожденное и/или двустороннее
P0	-	Дан неправильный ответ
В	2	С какого возраста должно начинаться лечение и каким специалистом
Э	-	Лечение проводит детский ортопед, начиная с первого месяца жизни, вскоре после выписки из родильного дома.
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не указан врач-специалист, или возраст начала лечения
P0	-	Дан неправильный ответ
В	3	Какой метод лечения нужно выбрать
Э	-	Метод этапных редрессаций с последующей фиксацией достигнутого положения стоп гипсовыми повязками. Периодичность смены повязок 3-7 дней
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не указана периодичность смены повязок
P0	-	Дан неправильный ответ

В	4	В течение какого времени и как часто должен наблюдаться ребенок после устранения деформации стоп
Э	-	После устранения деформации стоп ребенок должен наблюдаться 1 раз в год до окончания роста
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не указан срок наблюдения за ребенком, или периодичность контрольных осмотров
P0	-	Дан неправильный ответ
В	5	Какие ортопедические мероприятия необходимо соблюдать ребенку с целью профилактики рецидива деформации
Э	-	После устранения деформации для сохранения достигнутого результата необходимо: ношение ортопедической обуви и туторов на время сна; ежедневные занятия лечебной гимнастикой; периодически курсы массажа и ФТЛ
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Правильно названы 2 рекомендации
P0	-	Правильно названа 1 рекомендация, или все рекомендации названы неверно
Н	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К вам обратилась мама с ребенком 1,5 месяцев с жалобами на то, что у ребенка при любом положении тела голова повернута влево. При осмотре ребенок спокойный, в положении на спине и на животе голова малыша повернута влево. В положении на животе голову не держит. Активные движения головой вправо не выполняет. При пальпации лимфатические узлы не увеличены. Температура тела нормальная.
В	1	Предварительный диагноз
Э	-	Врожденная правосторонняя мышечная кривошея
P2	-	Диагноз поставлен правильно
P1	-	Диагноз поставлен неточно: указаны 2 или 3 нозологии
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Когда нужно начинать лечение и в чем оно состоит
Э	-	Лечение начинают сразу же после выявления заболевания. Следует: как можно чаще выкладывать ребенка на живот; побуждать его активно поворачивать голову в правую сторону; носить ватно-картонный воротник Шанца
P2	-	Дан полный ответ

P1	-	Дан неполный ответ: не указано время начала лечения, или указаны не все лечебные мероприятия
P0	-	Ответ дан неверно
B	3	Какие последствия вызывает не леченное заболевание
Э	-	Ассиметрия лицевого скелета. Сужение полей зрения. Нарушение осанки вплоть до сколиоза
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Правильно названы 2 последствия
P0	-	Правильно названо 1 последствие, или ответ дан неверно
B	4	В каких случаях и в каком возрасте ставятся показания к оперативному лечению
Э	-	В случае неэффективности консервативного лечения кривошеи в возрасте 3-4 лет ребенок направляется на операцию
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: неправильно даны показания к оперативному лечению или неправильно указан возраст
P0	-	Дан неправильный ответ
B	5	Какое обследование и почему необходимо сделать перед операцией
Э	-	Перед операцией необходимо выполнить рентгенографию шейного отдела позвоночника для исключения костной аномалии
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не дано обоснование обследования
P0	-	Дан неправильный ответ
H	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К вам обратились родители мальчика 7 лет. В течение последних 6 месяцев он предъявляет жалобы на умеренные боли, периодически возникающие в дневное время в правом тазобедренном и коленном суставах, сопровождающиеся хромотой. При осмотре отмечается легкая атрофия мягких тканей правого бедра и голени, укорочение правого бедра на 1см. В правом тазобедренном суставе ограничены отведение и ротационные движения. Патологии со стороны коленного сустава не выявлено. Температура тела и анализ крови нормальные.
B	1	Предварительный диагноз
Э	-	Остеохондропатия головки бедренной кости справа или болезнь

		Легга-Кальве-Пертеса, 2 стадия.
P2	-	Диагноз поставлен правильно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указано авторское название болезни, или не указана стадия заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неправильно
B	2	Какое обследование необходимо сделать для подтверждения диагноза
Э	-	Для подтверждения диагноза необходимо выполнить рентгенографию обоих тазобедренных суставов в 2 проекциях
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Дан неточный ответ: рекомендована рентгенограмма одного сустава, или рекомендована одна проекция
P0	-	Дан неправильный ответ
B	3	Какие рентгенологические признаки будут выявлены в данном случае, обоснуйте ответ
Э	-	Учитывая давность заболевания – 6 месяцев, клинический симптом укорочения конечности можно предположить, что рентгенологическая картина будет соответствовать 2 стадии заболевания – головка бедренной кости уплощена, уплотнена, имеет неровные контуры
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: указан 1 или 2 рентгенологических признака или не дано обоснование рентгенологической картины
P0	-	Дан неправильный ответ
B	4	Какие лечебные мероприятия необходимо провести в данном случае
Э	-	Разгрузка конечности назначением постельного режима с манжеточным вытяжением в течение нескольких месяцев. Лечебная гимнастика. Массаж и ФТЛ. Витаминотерапия и полноценное питание
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: названы 2 или 3 мероприятия
P0	-	Дан неправильный ответ: названо одно мероприятие или все названы неправильно
B	5	Какова длительность консервативного лечения и каков функциональный исход заболевания
Э	-	Длительность консервативного лечения составляет от 1,5 до 2,5 лет. В большинстве случаев после перенесенного заболевания сохраняется ограничение движений в суставе
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неточный ответ: неправильно названы сроки лечения, или неправильно назван исход заболевания
P0	-	Дан неправильный ответ
H	-	

Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
	A/03.7	Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К вам обратились родители 8 летней девочки с жалобами на затруднения, испытываемые ребенком при ходьбе. Из анамнеза: ребенок родился в асфиксии и вскоре из родильного дома была переведена в детскую больницу, откуда выписана под наблюдение невролога. Росла с задержкой физического и психического развития. Наблюдалась и получала медикаментозное лечение у невролога, периодически курсы массажа. При осмотре: передвигается самостоятельно, опираясь на передний отдел правой стопы и не разгибая полностью правую голень. Правая верхняя конечность незначительно согнута в локтевом и кистевом суставах. Ест и пишет левой рукой. Левые конечности без патологии. Учится в школе.
В	1	Ваш предварительный диагноз
Э	-	Детский церебральный паралич, спастический правосторонний гемипарез, контрактуры суставов правых конечностей
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Ответ неполный: не указана форма заболевания, или ортопедические последствия
P0	-	Ответ неверный
В	2	Какие данные получите при клиническом обследовании опорно-двигательной системы
Э	-	Незначительное укорочение правой верхней и нижней конечностей Гипотрофия мышц Ограничение активных и пассивных движений в суставах справа Повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов справа
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Названы 2 или 3 клинических признака
P0	-	Назван один клинический признак, или ответ дан неверно
В	3	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз детского церебрального паралича поставлен на основании анамнеза – асфиксии в родах и дальнейшего лечения у невролога, правостороннего спастического гемипареза - на основании повышения мышечного тонуса и рефлексов в правых конечностях, контрактур суставов – на основании ограничения активных и пассивных движений в суставах
P2	-	Дано полное обоснование
P1	-	Ответ дан неполно: не обоснованы 1 или 2 нозологии
P0	-	Обоснование дано неверно

В	4	Помощь каких специалистов не получал ребенок в предшествующем периоде реабилитации
Э	-	Больная с ДЦП должна наблюдаться и получать лечение у врача лечебной гимнастики и врача ортопеда
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: указан 1 специалист
P0	-	Дан неправильный ответ
В	5	С какого возраста и какие ортопедические лечебные мероприятия необходимо выполнять для профилактики контрактур суставов
Э	-	Для профилактики контрактур с первых недель жизни назначается массаж, специальная лечебная гимнастика. В дальнейшем – укладки, этапные гипсовые повязки, обеспечение ортопедическими изделиями
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не назван возраст начала лечения, или названы 2 или 3 лечебных мероприятия
P0	-	Названо только 1 мероприятие, или ответ дан неверно
Н	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На прием к ортопеду обратились родители с девочкой в возрасте 2,5-х лет с жалобами на то, что ребенок ходит, переваливаясь с ноги на ногу. Семья проживает в сельской местности, ребенок ортопедом с рождения не наблюдался. Из анамнеза известно, что ребенок родился в тазовом предлежании путем Кесарева сечения. Развивалась соответственно возрасту, но начала ходить после года и родители сразу заметили особенности походки.
В	1	Ваш предварительный диагноз
Э	-	Врожденный двусторонний вывих бедер
P2	-	Ответ дан верно
P1	-	Ответ дан неполно: не указана причина заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие клинические симптомы выявите при осмотре
Э	-	«Утиная» походка Поясничный гиперлордоз Положительный симптом Тренделенбурга Ограничение движений в тазобедренных суставах
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: указано 2 или 3 симптома
P0	-	Назван правильно 1 симптом. или Все симптомы названы неправильно

В	3	Что явилось причиной поздней диагностики заболевания
Э	-	Отсутствие наблюдения ребенка хирургом-ортопедом и невыполнение УЗИ-скрининга тазобедренных суставов в месячном возрасте
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не указано УЗИ-скрининг тазобедренных суставов
P0	-	Дан неправильный ответ
В	4	Какое дополнительное обследование нужно провести ребенку
Э	-	Необходимо выполнить рентгенографию таза и тазобедренных суставов в двух проекциях
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Дан неполный ответ: не указано количество проекций
P0	-	Дан неправильный ответ
В	5	Какой метод лечения следует применить. Обоснуйте выбор
Э	-	В данном случае показана реконструктивная операция на тазобедренном суставе, так как консервативное лечение врожденного вывиха бедра эффективно только на ранних сроках
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Метод лечения выбран правильно, но не дано обоснование выбора
P0	-	Метод лечения выбран неправильно

Н	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Женщина 52 лет обратилась на прием к ортопеду с жалобами на деформацию, боль в области переднего отдела правой стопы, беспокоящий ее около 10 лет. Объективно: первый палец стопы вальгусно отклонен, варусная позиция 1 плюсневой кости, поперечный свод отсутствует. Второй и третий пальцы молоткообразно деформированы. По подошвенной поверхности стопы в проекции головок 2-3 плюсневых костей выраженные болезненные гиперкератозы. Кожные покровы умеренно воспалены в области контурирующей медиально головки плюсневой кости.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Поперечное правостороннее плоскостопие, вальгусное отклонение 1 пальца, молоткообразная деформация 2-3 пальцев, метатарзалгия
P2		Диагноз предположен верно
P1		Диагноз предположен частично верно
P0		Диагноз предположен неверно
В	2	Назовите исследования, необходимые для точной постановки диагноза.

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

В	2	Назовите исследования, необходимые для точной постановки диагноза.
Э		Плантография, рентгенография обеих стоп в 2 проекциях под нагрузкой
P2		Исследования назначены верно
P1		Исследования назначены не все
P0		Не назначено нужного исследования
В	3	Назовите методы консервативного лечения
Э		Подбор рациональной обуви, ортопедической стельки-супинатора, мази с НПВС, ФТЛ, ЛФК.
P2		Все методы указаны верно
P1		Указаны не все методы
P0		Верных методов консервативного лечения не названо
В	4	Какой ориентировочный минимальный срок временной нетрудоспособности будет после оперативного лечения?
Э		2 месяца
P2		Срок указан верно
P1		Срок указан с погрешностью 2 недели
P0		Срок указан неверно
В	5	Какие основные осложнения возможны в результате оперативного вмешательства?
Э		Глубокое и поверхностное нагноение, несостоятельность остеосинтеза, замедленная консолидация.
P2		Названы все осложнения
P1		Названы не все осложнения
P0		Ни осложнение не названо
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
Н	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Женщина 65 лет обратилась за помощью к врачу общей практики. Жалобы на боль в области поясницы, иррадиирующие в левую ногу по передней и задней поверхности, онемение по передней поверхности бедра. Со стороны внутренних органов без особенностей, АД=130/80 мм.рт.ст., ЧСС=78 в 1 мин., ЧДД=18 в 1 мин. Симптомы натяжения положительные, по ЭНМГ нарушения проводимости по нервным волокнам нет, М-ответ в норме.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Поясничная радикулопатия, корешковый синдром.
P2		Диагноз предположен верно
P1		Диагноз предположен частично верно

P0		Диагноз предположен неверно
B	2	Назовите наиболее информативное исследование, необходимые для точной постановки диагноза.
Э		МРТ поясничного отдела позвоночника
P2		Исследование назначено верно
P1		Назначено менее информативное исследования
P0		Не назначено нужного исследования
B	3	Назовите специалистов, к которым необходимо направить пациента
Э		Невролог, нейрохирург.
P2		Специалисты указаны верно
P1		Указаны не все специалисты
P0		Специалисты не указаны
B	4	Какие методы консервативного лечения уместны при дегенеративно-дистрофическом поражении поясничного отдела позвоночника?
Э		ЛФК, ФТЛ, поясничное вытяжение, назначение нейротропных препаратов: витамины группы В, РР, актовегин.
P2		Указаны все виды лечения
P1		Указано только медикаментозноеили только немедикаментозное лечение
P0		Методы консервативного лечения не указаны.
B	5	Какие виды межпозвонковых грыж по топографической локализации Вы знаете?
Э		Дорзально-срединная, парамедиальная, дорзально-латеральная, форминальная, вентральная, боковая
P2		Названы все виды
P1		Названы не все виды
P0		Не названо ни одного вида
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
Н	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМТЬСЯ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 23 лет, нормостеник, предъявляет жалобы на боль в области стоп, преимущественно в проекции ладьевидной кости и области пяточно-кубовидного сустава, усиливающиеся при повседневной нагрузке. Пациент увлекается фитнесом, ведет здоровый образ жизни, физически развит хорошо. Со стороны внутренних органов без патологии, АД=120 мм рт ст., ЧСС=72 в 1 мин, ЧДД= 16 в 1 мин. Локально: отсутствует продольный свод обеих стоп, в области ладьевидной кости, по подошвенной поверхности, определяется гиперкератоз, установка стопы вальгусная, 20 градусов.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз

Э		Плосковальгусная деформация обеих стоп
P2		Диагноз предположен верно
P1		Диагноз предположен частично верно
P0		Диагноз предположен неверно
В	2	Назовите исследования, необходимые для точной постановки диагноза.
Э		Плантография, рентгенография обеих стоп в 2 проекциях под нагрузкой
P2		Исследования назначены верно
P1		Исследования назначены не все
P0		Не назначено нужного исследования
В	3	Назовите методы консервативного лечения
Э		Подбор рациональной обуви, ортопедической стельки-супинатора, мази с НПВС, ФТЛ, ЛФК.
P2		Все методы указаны верно
P1		Указаны не все методы
P0		Верных методов консервативного лечения не названо
В	4	Какой ориентировочный минимальный срок временной нетрудоспособности будет после оперативного лечения?
Э		2 месяца
P2		Срок указан верно
P1		Срок указан с погрешностью 2 недели
P0		Срок указан неверно
В	5	Какие основные осложнения возможны в результате оперативного вмешательства?
Э		Глубокое и поверхностное нагноение, несостоятельность остеосинтеза, замедленная консолидация.
P2		Названы все осложнения
P1		Названы не все осложнения
P0		Ни осложнение не названо
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
Н	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Пациент 55 лет обратился с болями в области паха справа, усиливающиеся при ходьбе и движениях независимо от нагрузки. Объективно: ходьба с хромотой на правую ногу, при помощи дополнительной опоры – трости. Объем движений в правом тазобедренном суставе F 15/0/0, S 20/0/5, R 0/0/0.
В	1	Предположите несколько вариантов наиболее вероятных диагнозов
Э		Артрит тазобедренного сустава справа

		Правосторонний коксартроз
P2		Диагнозы предположены верно
P1		Предположен только один диагноз
P0		Все варианты предположенных диагнозов не верны
B	2	Назовите лабораторные анализы, которые необходимо взять у пациента
Э		Анализ крови ИФА Chlamidia thachomatis, M. Hominis, U.ureoliticum
P2		Исследования назначены верно
P1		Назначены анализы два из трех
P0		Не назначено нужного анализа
B	3	Назовите инструментальные исследования, необходимые к выполнению на этапе первичного обращения
Э		Обзорная рентгенография таза с обоими тазобедренными суставами
P2		Исследование указано верно
P1		Указана рентгенография тазобедренного сустава
P0		Верных исследований не указано
B	4	Какие методы исследования будет необходимо сделать для определения повреждений мягкотканых образований
Э		МРТ, УЗИ
P2		Исследования указаны верно
P1		Исследования указаны верно, но не все
P0		Исследования указаны неверно
B	5	Какие методы исследования используются для определения повреждения костных образований
Э		Рентгенография, КТ
P2		Названы оба метода исследования
P1		Назван один верный метод
P0		Ни один верный метод не назван
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса

Н	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 25 лет получил травму в результате ДТП 10 лет назад, водитель. Лечился консервативно по месту жительства. Жалобы на боль в области правого коленного сустава, деформацию бедра. Объективно, варусная деформация бедра под углом около 15-20 градусов.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э		Неправильно сросшийся перелом, варусная деформация правого бедра, посттравматический гонартроз справа.
P2		Диагноз предположен верно и полностью

P1		Предположен диагноз верно, но не полностью
P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Назовите инструментальные методы исследования необходимые для постановки диагноза
Э		Рентгенография нижней конечности на протяжении
P2		Исследование сформулировано правильно
P1		Рентгенография бедра
P0		Исследование предложено неверно
B	3	Назовите инструментальные исследования, необходимые к выполнению для планирования оперативного лечения
Э		ЭКГ, УЗИ нижних конечностей, ФЛГ
P2		Все исследования указаны верно
P1		Указаны не все исследования
P0		Верных исследований не указано
B	4	Какое изменение длины конечности будет у данного пациента?
Э		Абсолютное укорочение
P2		Верно сформулирован ответ
P1		Указано только укорочение
P0		Ответ полностью неверный
B	5	На каком сроке необходимо делать контрольную рентгенографию после выполнения корригирующей остеотомии и погружного остеосинтеза бедренной кости?
Э		2,5 мес.
P2		Ответ соответствует
P1		Погрешность 2 недели
P0		Погрешность более 2 недель
H	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Л., 64 лет, оступилась, упала на приведенную к туловищу левую руку. Почувствовала резкую боль в плече. Самостоятельно обратилась на травмпункт. При осмотре: контуры плечевого сустава сглажены, активные движения не возможны, боль при пальпации и при осевой нагрузке. На рентгенограмме левого плечевого сустава в двух проекциях определяется нарушение целостности плечевой кости, линия перелома проходит поперечно ниже бугорков, отломки смещены под углом, открыты кнаружи и кзади.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый отводяще-разгибательный перелом хирургической шейки левого плеча со смещением отломков.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверная указана локализация повреждения.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
B	2	Выберите метод консервативного или оперативного лечения.
Э	-	Закрытая одномоментная ручная репозиция отломков, в результате которой будет достигнуто удовлетворительное соотношение костных отломков.
P2	-	Метод выбран верно.
P1	-	Метод обоснован неточно.
P0	-	Метод выбран полностью неверно.
B	3	Под каким обезболиванием будете выполнять репозицию костных отломков.
Э	-	Под общим обезболиванием врачом-анестезиологом.
P2	-	Вид обезболивания выбран верно.
P1	-	Вид обезболивания выбран не точно.
P0	-	Вид обезболивания выбран полностью неверно.
B	4	Какой вид иммобилизации будет применен при данном повреждении.
Э	-	Задняя гипсовая лонгета от угла здоровой лопатки до головок пястных костей кисти.
P2	-	Выбор правильно обоснован.
P1	-	Не точно указан уровень иммобилизации
P0	-	Неправильный выбор.
B	5	Прогноз. Сроки сращения костных отломков.
Э	-	Благоприятный. Сращение костных отломков плечевой кости наступает через 5-6 недель.
P2	-	Прогноз верен. Указаны правильные сроки сращения костных отломков.
P1	-	Прогноз верен. Указаны неправильные сроки сращения костных отломков.
P0	-	Прогноз и сроки сращения костных отломков указаны неверно.
H	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 35 лет, обратился на врачебный здравпункт предприятия с жалобами на боли в области правого надплечья, припухлость, нарушение функции верхней конечности. Полчаса назад на территории завода упал, ударился правым плечом. Объективно:

		состояние удовлетворительное. В области правого надплечья и ключицы припухлость. Придерживает правое предплечье левой рукой. Пальпаторно: деформация, локальная болезненность и крепитация в средней трети ключицы. Чувствительность кожи руки не нарушена, пульсация на лучевой артерии отчетливая.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый перелом средней трети правой ключицы со смещением костных отломков.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Мероприятия по дополнительному обследованию больного.
Э	-	Рентгенография правой ключицы.
P2	-	Мероприятие указано верно.
P1	-	Мероприятие указано не полностью.
P0	-	Мероприятие полностью неверно.
В	3	Оказание первой врачебной помощи.
Э	-	Блокада места перелома 1% раствором новокаина в количестве 8-10 мл.
P2	-	Мероприятия первой врачебной помощи полностью верны.
P1	-	Мероприятия первой врачебной помощи указаны неточно.
P0	-	Мероприятия первой врачебной помощи указаны неверно.
В	4	Нужна ли иммобилизация? Если нужна, указать ее вид.
Э	-	Нужна. Иммобилизация правой верхней конечности мягкой повязкой Дезо.
P2	-	Необходимость и вид иммобилизации указан верно.
P1	-	Иммобилизация указана неточно.
P0	-	Ответ неверный: не отмечена необходимость иммобилизации.
В	5	После оказания первой врачебной помощи куда направите больного?
Э	-	Следует направить в ближайший травматологический пункт.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В травматологический пункт машиной скорой помощи доставлена женщина 58 лет с жалобами на боли и резкое ограничение движений

		в правом плечевом суставе. Час назад на улице упала, ударившись правым плечом. Объективно: состояние удовлетворительное. Поддерживает правую руку левой. Видна припухлость области правого плечевого сустава. Анатомическое укорочение верхней конечности на 2 см. При пальпации: локальная болезненность на 4-5 см дистальнее плечевого сустава. При пассивных движениях на этом уровне определяется патологическая подвижность и крепитация костных отломков. Кровоснабжение и иннервация верхней конечности не нарушены.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый, оскольчатый перелом хирургической шейки правой плечевой кости со смещением костных отломков.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Что нужно для установления окончательного диагноза?
Э	-	Рентгенография правого плечевого сустава в двух проекциях.
P2	-	Метод диагностики указан верно.
P1	-	Метод диагностики указан не полностью.
P0	-	Метод указан полностью неверно.
В	3	Нужна ли иммобилизация? Если да, укажите ее вид.
Э	-	Нужна. Гипсовая лонгета от головок пястных костей кисти до противоположной лопатки на правую руку.
P2	-	Необходимость и вид иммобилизации полностью верны.
P1	-	Необходимость и вид иммобилизации указаны не точно.
P0	-	Не указана необходимость и вид иммобилизации.
В	4	Куда направите больную?
Э	-	В травматологическое отделение ЛПУ.
P2	-	Указано верное место направления больной.
P1	-	Указано не точное место направления больной.
P0	-	Ответ неверный: указано неправильное место направления больной.
В	5	План дальнейшего обследования и лечения.
Э	-	После изучения рентгенограмм будет принято решение о закрытой репозиции костных отломков. Способ остеосинтеза будет выбран в зависимости от вида перелома и характера смещения отломков.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	
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.
В	5	Необходима ли лечебная иммобилизация, если да, то на какие сроки.
Э	-	Необходима. Задняя гипсовая лонгета от головок пястных костей кисти до противоположной лопатки с клиновидной подушкой в подмышечную впадину на 5-6 недель.
P2	-	Вид иммобилизации и ее сроки указаны полностью верно.
P1	-	Вид иммобилизации указан верно, сроки иммобилизации указаны

		неточно.
P0	-	Вид иммобилизации и ее сроки указаны полностью неверно.
H	-	
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 подклювовидная ямка. Активные движения в плечевом суставе невозможны, при пассивных движениях в плечевом суставе определяется «пружинящее сопротивление». Нервных и сосудистых нарушений левой руки не выявлено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый свежий подклювовидный вывих левого плеча.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Что нужно предпринять для установления окончательного диагноза?
Э	-	Выполнить рентгенограмму левого плечевого сустава в двух проекциях.
P2	-	Метод диагностики выбран верно.
P1	-	Метод диагностики выбран не точно.
P0	-	Метод диагностики выбран полностью верно.
В	3	Мероприятия по лечению больной.
Э	-	Следует произвести закрытое вправление вывиха левого плеча.
P2	-	Мероприятия выбраны полностью верно.
P1	-	Мероприятия указаны не точно.
P0	-	Мероприятия указаны полностью неверно.
В	4	Способ вправления вывиха, очередность манипуляций.
Э	-	Вправление по способу Кохера: тракция по длине и приведение руки; наружная ротация предплечья; максимальное приведение и максимальная наружная ротация; сгибание, внутренняя ротация с забрасыванием кисти руки на противоположное надплечье.
P2	-	Способ вправления вывиха описан полностью верно.
P1	-	Способ вправления вывиха описан не полностью.

P0	-	Ответ неверный: не назван способ вправления вывиха.
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	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Ш., 25 лет, на улице поскользнулась, упала и ударилась левым плечом о бордюр. Рука сразу повисла как «плеть». Машиной скорой помощи доставлена в травматологический пункт через 1,5 часа после травмы. Объективно: припухлость и деформация в средней трети левого плеча. Здесь же резкая болезненность, патологическая подвижность. Активное разгибание кисти и пальцев невозможно, имеется гипестезия по наружной поверхности кисти и I-го пальца. Пульс на лучевой артерии сохранен.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый перелом левой плечевой кости со смещением отломков. Посттравматическая невропатия лучевого нерва.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Меры по дополнительному обследованию больной.
Э	-	Рентгенография левого плеча в двух проекциях, осмотр невропатолога, назначение сравнительного электронейромиографического исследования лучевых нервов верхних конечностей.
P2	-	Мероприятия указаны полностью верно.
P1	-	Мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Мероприятия указаны полностью неверно.
B	3	Мероприятия первой врачебной помощи.
Э	-	Обезболивание области перелома 1% раствором новокаина в количестве 8-10 мл, транспортная иммобилизация левой верхней конечности транспортной шиной.
P2	-	Мероприятия указаны полностью верно.
P1	-	Мероприятия указаны не полностью.
P0	-	Мероприятия указаны полностью неверно.

В	4	Дальнейший план лечения.
Э	-	Направить в травматологическое отделение ЛПУ, где будет проведено оперативное лечение – открытая репозиция костных отломков, остеосинтез плечевой кости металлоконструкциями, ревизия лучевого нерва, микрохирургический невролиз с возможным эпинеуральным швом нервного ствола. В предоперационном периоде будет выполнена рентгенография плечевой кости на протяжении в двух стандартных проекциях для определения степени смещения костных отломков, электронейромиография лучевого нерва.
P2	-	Верно указан план дальнейшего лечения.
P1	-	План дальнейшего лечения указан не полностью.
P0	-	Ответ неверный: указан полностью неверный план дальнейшего лечения.
В	5	Показания к оперативному лечению.
Э	-	Повреждение лучевого нерва с клиникой травматической невропатии является показанием к оперативному лечению.
P2	-	Показания к оперативному лечению указаны полностью точно.
P1	-	Показания к оперативному лечению указаны неточно.
P0	-	Показания к оперативному лечению указаны полностью неверно.

Н	-	
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Школьник Г., 13 лет, по пути в школу упал с упором на кисть разогнутой левой руки. Почувствовал сильные боли в локтевом суставе, больше по внутренней стороне. Обратился в травмпункт через 4 часа. Объективно: состояние удовлетворительное. При осмотре - значительная припухлость и кровоизлияние в области внутренней поверхности левого локтевого сустава. При пальпации - локальная болезненность в зоне внутреннего надмыщелка плечевой кости. Активные и пассивные движения в локтевом суставе ограничены.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытый, перелом (эпифизеолиз, остеоэпифизеолиз) внутреннего надмыщелка правой плечевой кости со смещением отломков.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	План обследования и лечения.
Э	-	Рентгенография левого локтевого сустава в двух стандартных проекциях. При наличии смещения костных отломков надмыщелка

		плечевой кости показана госпитализация для выполнения оперативного вмешательства – закрытой или открытой репозиции костных отломков, остеосинтеза внутреннего надмыщелка левой плечевой кости металлоконструкциями и дальнейшего курса восстановительного лечения в послеоперационном периоде.
P2	-	План обследования и лечения указаны верно.
P1	-	План обследования и лечения указаны не полностью.
P0	-	План обследования и лечения указаны полностью неверно.
B	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.
B	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.
B	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.
H	-	026
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		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,

У		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		027
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Больной 32 лет, после ДТП доставлен в приемное отделение машиной «Скорой помощи». Со слов пострадавшего - в момент аварии, получил травму правой нижней конечности. При поступлении больной предъявляет жалобы на сильные боли в правой голени, усиливающиеся при попытке движений в суставах. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. АД= 120/70 мм.рт.ст. Пульс= 90 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот обычной формы, мягкий , безболезненный. Локальный статус: обширный отек и гематома циркулярно захватывающая среднюю и нижнюю треть голени. Визуально - в средней трети голени определяется угловая деформация, укорочение голени на 1,5 см. Активные движения в коленном и голеностопном суставе невозможны из-за болей, пассивные резко болезненны. Нарушения иннервации и кровообращения дистальнее места повреждения не выявлено. На произведенной рентгенограмме – многооскольчатый перелом костей правой голени в средней трети со смещением отломков.
B	1	Поставьте предварительный диагноз?
Э		Закрытый многооскольчатый перелом обеих костей правой голени в средней трети со смещением отломков.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не дано указание на наличие шока.
P0		Ответ дан неверно

В	2	С чего следует начать лечение при поступлении больного в стационар?
Э		Больному необходимо произвести адекватное обезболивание, затем больной нуждается в наложении скелетного вытяжения за правую пяточную кость.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указан один из пунктов лечения.
P0		Ответ дан неверно
В	3	Почему в данном случае от интрамедуллярного остеосинтеза большеберцовой кости стоит воздержаться?
Э		Перелом большеберцовой кости является показанием к проведению интрамедуллярного остеосинтеза, однако учитывая, многооскольчатый характер перелома от интрамедуллярного остеосинтез большеберцовой кости лучше воздержаться. Следует учитывать, что перелом малоберцовой кости будет нуждаться в отдельной фиксации, что приведет к дополнительной травме тканей.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указано одно из показаний.
P0		Ответ дан неверно
В	4	Какой метод остеосинтеза должен быть применен в данном случае ?
Э		Учитывая, выраженное смещение отломков, многооскольчатый характер перелома наиболее целесообразным будет являться применение чрескостного компрессионно – дистракционного остеосинтеза по Илизарову .
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – отсутствует обоснование выбора метода лечения.
P0		Ответ дан неверно
В	5	Какие осложнения возможны у данного больного?
Э		У данного больного в связи с массивной гематомой и связанным с ней истечением крови в мышцы, межмышечные пространства, а также в пространства по ходу нервов и сосудов возможно сдавление нервных стволов и сосудов голени , то есть развитие компартмент – синдрома голени и связанные с ним нарушения иннервации и кровоснабжения дистальных отделов голени, сдавления мышц
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не объяснен механизм развития сдавления мышц, нервов и сосудов.
P0		Ответ дан неверно
Н		028
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У		Больной Д. 23 лет. Доставлен в приемный покой машиной "скорой помощи" через 30 минут после травмы - сбит легковой автомашиной. При поступлении: общее состояние – средней тяжести. В сознании. Тошноты, рвоты не было. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные. Пульс 90 уд. в мин. удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Левая нижняя конечность иммобилизована лесничной шиной Крамера наложенной по наружной поверхности голени до её верхней трети. В нижней трети голени умеренно промокшая кровью бинтовая повязка. Деформация голени в нижней трети под углом открытым кнутри и кпереди. Пальцы стопы теплые, обычной окраски, осторожные активные движения сохранены. Чувствительных нарушений на обнаженных пальцах стопы не выявлено. Пульсация на тыльной артерии стопы сохранена. Больному выполнена в/м инъекция кетонала 2,0мл и с имеющейся иммобилизацией перевезен на каталке в рентгенкабинет. Выполнена рентгенография левой голени на протяжении в 2х проекциях. На произведенных в двух стандартных проекциях рентгенограммах – перелом обеих костей голени в нижней трети со смещением отломков под углом и захождением по длине. Больному в перевязочной удалена иммобилизация, одежда, снята повязка с голени, обнаружена по передней поверхности голени в её нижней трети рваная рана 7х5 см с неровными краями, умеренно кровоточащая. Дном раны является кость. Выполнен туалет кожи антисептиками, на рану наложена асептическая повязка. Больной перевезен в операционную.
В	1	Оцените правильность произведенной иммобилизации ? Как правильно в данном случае провести иммобилизацию транспортной шиной?
Э		Иммобилизация произведена некорректно. При правильной иммобилизации шина должна быть наложена с обеих сторон и сзади голени, фиксировать стопу, голеностопный сустав, голень, коленный сустав и доходить до верхней трети бедра.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указывается до какой трети бедра должна быть наложена шина.
P0		Ответ дан неверно
В	2	Предположительный диагноз и его обоснование?
Э		На основании анамнеза, клинической картины, рентгенограмм у больного имеется открытый перелом обеих костей голени в нижней трети со смещением отломков.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – в обосновании не полностью дано описание клиническая картина (боли, наличие раны на голени, отека, деформации), и рентгенографии (наличие углового смещения и смещения по длине)..
P0		Ответ дан неверно
В	3	Какой метод лечения переломов показан в данном случае?
Э		Учитывая наличие открытого перелома, больному показано лечение методом чрескостного остеосинтеза.

P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – не указано показание к применению чрескостного остеосинтеза
P0		Ответ дан неверно
B	4	Тактика лечения данного повреждения?
Э		Тактика заключается в проведении первичной хирургической обработки раны под общим, проводниковым или внутрикостным обезболиванием, при наличии показаний – иссечении краев, ревизия раны, удалении инородных тел, иссечении нежизнеспособных мышц, мелких свободных костных отломков, дренирование раны, ушивание. Затем наложение аппарата Илизарова на голень с проведением спиц вне очага повреждения.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – указаны не все этапы хирургической обработки.
P0		Ответ дан неверно
B	5	Возможные осложнения и ошибки при лечении?
Э		Осложнения - Со стороны раны – нагноение раны с образованием околораневой флегмоны, формированием гнойных затеков. Развитие посттравматического остеомиелита. Ошибки – отсутствие антибактериальной терапии, неточная репозиция отломков в аппарате, нестабильность аппарата,
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – указаны не все осложнения.
P0		Ответ дан неверно
H		029
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		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.
В	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
В	2	Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
Э		Больному необходимо выполнение рентгенографии пяточной кости в 2-х проекциях – боковой и аксиальной. Возможная сложность полной трактовки особенностей перелома и развившейся деформации, обосновывает целесообразность выполнения КТ среднего и заднего отделов стопы.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указан один из видов обследования
P0		Ответ дан неверно
В	3	Что обозначает угол Белера?
Э		Угол Белера - угол образованный пересечением линии, которая соединяет самую выступающую часть переднего отростка пяточной кости и наивысшую точку задней суставной фасетки с линией, проведенной касательно от высшей точки задней суставной фасетки до верхнего края пяточного бугра. В норме, острый угол. образованный пересечением этих линий, составляет 25-40 °. При переломах пяточной кости данный угол может уменьшаться, быть равным 0, принимать отрицательные значения.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – неправильно указаны линии или значения углов.
P0		Ответ дан неверно
В	4	Тактика и методы лечения данного вида переломов?
Э		Учитывая, что у больного имеется перелом пяточной кости со смещением отломков рекомендуемыми методами лечения могут быть: одномоментная ручная закрытая репозиция с чрескожной фиксацией отломков спицами и гипсовой повязкой, скелетное вытяжение (например по А.В.Каплану), либо открытая репозиция и остеосинтез специальной пластиной, возможно лечение и аппаратом внешней фиксации.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не перечислены все возможные методы лечения
P0		Ответ дан неверно

В	5	Длительность иммобилизации при переломах пяточной кости?
Э		Длительность иммобилизации при переломах без смещения отломков – в среднем 6-8 недель – с 9 недели хождение без опоры, с 12 недели разрешается опора на ногу. При переломах со смещением срок иммобилизации увеличивается до 12-14 недель.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – ошибочно указаны сроки иммобилизации , погрешность в сторону уменьшения или увеличения сроков.
P0		Ответ дан неверно
Н		030
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Юноша 16 лет, пострадал при падении с высоты около 3х-3,5 метров, при этом основная сила удара пришлась на левую ногу. Без помощи посторонних подняться не смог. Доставлен в травматологическое отделение ЛПУ машиной «Скорой помощи». Жалобы – боли в левой нижней конечности, не может поднять левую ногу. При осмотре - общее состояние средней тяжести, по внутренним органам без патологии. Локальный статус: визуально имеет место обширный отек и гематома области левого голеностопного сустава и нижней трети голени, так же имеет место деформация, искривление оси сегмента. Пальпация нижней трети голени и области голеностопного сустава болезненна, активные движения в голеностопном суставе почти невозможны из-за болей. Чувствительность на стопе сохранена. Пульс на тыльной артерии стопы отчетливый, на задней – пропальпировать невозможно из-за гематомы и отека.
В	1	Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить рентгенографию в 2-ух стандартных проекциях, рекомендуется проведение КТ.
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не указаны варианты обследования.
P0		Ответ дан неверно
В	2	Поставьте диагноз и дайте его обоснование ?
Э		На основании данных анамнеза (наличие травмы –падения с высоты) , характерных клинических признаков перелома , которыми являются боль, отек, гематома, ограничение функции, у больного имеется закрытый перелом обеих костей голени в нижней трети со смещением отломков .
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан неполностью – не перечислен один из клинических признаков перелома.
P0		Ответ дан неверно
В	3	Применение каких методов лечения переломов показано в данном

		случае?
Э		В данном случае возможно применение как консервативного метода – закрытой репозиции, иммобилизации гипсовой повязкой, так и метода скелетного вытяжения за пяточную кость. Также возможно применение и оперативных методов – интрамедуллярного остеосинтеза или применение аппарата Илизарова..
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – не перечислен один из методов.
P0		Ответ дан неверно
В	4	Как правильно произвести иммобилизацию гипсовой лонгетной повязкой при использовании консервативного метода?
Э		Гипсовая лонгетная повязка накладывается по задней поверхности голени от кончиков пальцев стопы до средней трети бедра в среднефизиологическом положении коленного и голеностопного суставов
P2		Ответ дан полностью
P1		Ответ дан не полностью – 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 не полностью – указываются неточные сроки консолидации.
P0		Ответ дан неверно

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1. Перечень тестовых заданий к экзамену, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1. Тестовые задания к экзамену по дисциплине «Травматология и ортопедия»»

Тестовые задания		Код компетенции (согласно РПД)
1	ПЕРЕЛОМЫ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-12
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 наkostной 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 стремнем 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 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 ОТ-ЛОМКОВ 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 ПОДВЫВИХИ 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	стадий 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 мажевой 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 51 ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КАКИХ СВЯЗОК ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМУЛИРУЕТСЯ ДИАГНОЗ «РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК» А Связок голеностопного сустава Б Связок коленного сустава В Связок локтевого сустава Г Клювовидно-ключичной связки 52 РАЗРЫВЫ КАКИХ СВЯЗОК ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ВСТРЕЧАЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО? А Передней таранномалоберцовой Б Дельтовидной В Задней таранномалоберцовой	
---	--

Г	Пяточномалоберцовой	
53	ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА ВКЛЮЧАЕТ ПОВРЕЖДЕНИЕ ТРЕХ СЛЕДУЮЩИХ МЫШЦ	
А	Надостной, подостной, малой круглой	
Б	Надостной, подлопаточной, малой круглой	
В	Длинной головки двуглавой, большой круглой, подлопаточной	
Г	Надостной, большой круглой, подлопаточной	
54	ПРИ ОТРЫВЕ ДИСТАЛЬНОГО СУХОЖИЛИЯ ДВУГЛAVОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ СНИЖАЕТСЯ СИЛА	
А	Супинации предплечья	
Б	Сгибания и пронации	
В	Сгибания предплечья	
Г	Пронации предплечья	
55	СРЕДИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ	
А	Внутреннего мениска	
Б	Наружного мениска	
В	Передней крестообразной связки	
Г	Задней крестообразной связки	
56	КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКОВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЕН?	
А	«Блокада сустава»	
Б	Боль	
В	Хромота	
Г	Ограничение разгибания	
57	КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ БОКОВЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЕН?	
А	Симптом «бокового отклонения голени»	
Б	Локальная болезненность	
В	Припухлость, кровоизлияние	
Г	Ограничение движений	
58	КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ КРЕСТООБРАЗНЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЕН?	
А	Симптом «переднего или заднего выдвигающего ящика»	
Б	Припухлость, отек сустава	
В	Хромота	
Г	Ограничение движений	
59	КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЕН ПРИ ПОЛНОМ РАЗРЫВЕ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА?	
А	Отсутствие активного разгибания голени	
Б	Хромота	
В	Ограничение подвижности в суставе	

Г	Боль	
60	КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЕН ПРИ ПОЛНОМ РАЗРЫВЕ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ?	
А	Резкое ослабление подошвенного сгибания, больной не может встать на носок стопы	
Б	Припухлость, отек	
В	Боль в месте повреждения	
Г	Ограничение подвижности в суставе	
61	ПРАВИЛО ЧЕТЫРЕХ КАТЕТЕРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ ВКЛЮЧАЕТ	
А	Все вышеперечисленное	
Б	Катетер в центральной вене	
В	Мочевой катетер, назогастральный зонд.	
Г	Катетер в носоглотке для оксигенотерапии.	
62	ПРИ ОЖОГАХ СВЫШЕ 80% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВВЕДЕНИЕ АНАЛЬГЕТИКОВ	
А	Внутрикостное	
Б	Подключичный катетер.	
В	Яремный катетер	
Г	Бедренный катетер.	
63	ПО ГЛУБИНЕ ТЕРМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ	
А	4 степени ожогов	
Б	3 степени ожогов	
В	3а степень ожогов	
Г	3б степень ожогов	
64	ОЖОГ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	
А	Болью и порозовением кожного покрова	
Б	Эпидермальными пузырями	
В	Гипестезией	
Г	Отёком	
65	ДЛЯ ОЖОГА ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО	
А	Эпидермальные пузыри, ярко красная кожа	
Б	Болезненность	
В	Сухая кожа	
Г	Серо-желтый цвет кожного покрова	
66	УКАЖИТЕ НЕВЕРНЫЙ ПЕРИОД (ФАЗУ) ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ	
А	Острая почечная недостаточность	
Б	Ожоговый шок	
В	Острая токсемия	
Г	Септикотоксемия	

67	РАННИМ И ДОСТОВЕРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОГО ШОКА И ДИНАМИКИ ЕГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А	Величина почасового диуреза
Б	Повышение ЦВД
В	Увеличение ОЦК
Г	Отсутствие торпидной фазы
68	ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
А	Увеличение ОЦК
Б	Гемоконцентрация
В	Олиго- или анурии
Г	Азотемии, протеинемии, гемоглобинемии
69	ОБЪЁМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ВКЛЮЧАЕТ ВСЁ, КРОМЕ
А	Наложения маевой повязки
Б	Введения обезболивающих
В	Наложение сухой асептической повязки
Г	Организация доставки в лечебное учреждение
70	ОБЪЁМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЁ, КРОМЕ
А	Наложение маевой повязки
Б	Промывание проточной водой
В	Обработка нейтрализующими растворами
Г	Организация доставки в лечебное учреждение
71	ПОСТРАДАВШЕМУ В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ОТ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ, НА МЕСТЕ ПРОИШЕСТВИЯ ПОКАЗАНО ВСЁ, КРОМЕ
А	Трахеостомии
Б	Дефибрилляции сердца
В	Закрытого массажа сердца
Г	Искусственной вентиляции легких
72	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НЕКРОЗА ТКАНЕЙ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ
А	Нарушение кровотока
Б	Дисфункция мышц
В	Плазмопотеря
Г	Прекращение потоотделения
73	ДОРЕАКТИВНЫЙ ПЕРИОД ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ ВРЕМЯ
А	От начала действия холода до согревания
Б	Воздействия холода
В	Восстановления температуры тела
Г	От начала действия холода до начала отторжения струпа
74	РЕАКТИВНЫЙ ПЕРИОД ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ

ВРЕМЯ А От начала действия холода до согревания Б Воздействия холода В Восстановления температуры тела Г От начала действия холода до начала отторжения струпа 75 МЕСТНЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ А Гидраденита Б Рожи В Абсцесс, флегмона Г Тромбофлебита 76 К ИНФЕКЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ А Лепры Б Сепсиса В Столбняка Г Анаэробной инфекции 77 ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ ОТ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ НЕДОПУСТИМО А Растирание снегом Б Растирание теплой чистой рукой В Обработка согретых участков спиртом Г Наложение теплоизолирующей повязки 78 ИСХОДЯ ИЗ «ПРАВИЛА ДЕВЯТОК» ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ОБЕИХ НОГ СОСТАВЛЯЕТ А 36% поверхности тела Б 9% поверхности тела В 18% поверхности тела Г 27% поверхности тела 79 ОТ КАКИХ ФАКТОРОВ ЗАВИСИТ ТЯЖЕСТЬ ОЖОГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ? А От всего вышеперечисленного Б От времени воздействия В От температуры Г От площади поражения 80 ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ РУКИ СОСТАВЛЯЕТ А 9% поверхности тела Б 18% поверхности тела В 27% поверхности тела Г 36% поверхности тела 81 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯ ФОРМА КРИВОШЕИ А Мышечная Б Костная В Рефлекторная	
---	--

Г	Воспалительная	
82	ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ	
А	Подбородок отклонен влево	
Б	Подбородок отклонен вправо	
В	Подбородок расположен по средней линии туловища	
Г	Подбородок расположен кверху и вправо	
83	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ	
А	Изменений нет	
Б	Добавочный полупозвонок	
В	Синостоз тел позвонков	
Г	Незаращение дужек позвонков	
84	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ В ПЕРВЫЕ НЕДЕЛИ И МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ВКЛЮЧАЕТ	
А	Частое выкладывание ребенка на живот и побуждение его к активному поворачиванию головы в «больную» сторону	
Б	Фиксированное положение головы	
В	Рассасывающий массаж «больной» стороны	
Г	Ионизацию с йодистым калием	
85	МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ	
А	Не применяется	
Б	Мумие	
В	Инъекций лидазы	
Г	Инъекций гидрокортизона	
86	ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ	
А	3-4 года	
Б	До 3 лет	
В	До 2 лет	
Г	До 1 года	
87	РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВИД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ	
А	Миотомия ножек грудинно-ключично-сосцевидной мышцы	
Б	Операция по Зацепину	
В	Операция по Гаген - Торну	
Г	Миотомия ножек грудинно-ключично-сосцевидной мышцы + ее аллопластика	
88	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ	
А	Гипсовая моделированная повязка	
Б	Ошейник из поливика	
В	Воротник Шанца	
Г	Не применяется	

89	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ
А	1,5 месяца
Б	1 месяц
В	2 месяца
Г	2 недели
90	ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА
А	Ограничение отведения бедер
Б	Наружная ротация конечности
В	Асимметрия кожных складок на внутренней поверхности бедра
Г	Укорочение конечности
91	НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ДИСПЛАЗИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ВЫЯВЛЯЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СХЕМА РАЗРАБОТАННАЯ
А	Хильгенрейнером
Б	Омбреданом
В	Радулеску
Г	Рейнбергом
92	ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАЧИНАЕТСЯ
А	С рождения
Б	В возрасте 1 месяца
В	В возрасте 1-2 месяцев
Г	В возрасте 3 месяцев и старше
93	НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А	Широкое пеленание
Б	Гипсовые повязки
В	Постоянное вытяжение
Г	Оперативный метод
94	ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 2х ЛЕТ, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ
А	Хирургического лечения (вне- или внутрисуставные вмешательства)
Б	Компрессионно-дистракционных аппаратов
В	Гипсовой повязки
Г	Вытяжения
95	ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА
А	Асептический некроз головки бедра
Б	Релюксация
В	Контрактуры

Г	Анкилоз	
96	ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА И ПРЕКРАЩЕНИЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ	
А	Пассивные физические упражнения	
Б	Активные физические упражнения	
В	Грязелечение	
Г	Водные процедуры	
97	ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА ПОЛНАЯ НАГРУЗКА НА ОПЕРИРОВАННУЮ КОНЕЧНОСТЬ РАЗРЕШАЕТСЯ	
А	Через 1 год	
Б	Через 6 месяцев	
В	Через 3 месяца	
Г	Через 2 месяца	
98	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ КОСОЛАПОСТИ	
А	Варус стопы	
Б	Вальгус стопы	
В	Эксклаватус стопы	
Г	Эквинус стопы	
99	БОЛЬНОЙ С КОСОЛАПОСТЬЮ ПРИ ХОДЬБЕ	
А	Наступает на наружный край стопы	
Б	Наступает на внутренний край стопы	
В	Хромает	
Г	Имеет «утиную» походку	
100	В ФОРМИРОВАНИИ ЭЛЕМЕНТОВ КОСОЛАПОСТИ ОСНОВНАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ	
А	Икроножной мышце	
Б	Передней большеберцовой мышце	
В	Длинному сгибателю 1 пальца	
Г	Длинному сгибателю пальцев	
101	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ НАЧИНАЮТ	
А	С рождения	
Б	Через 2 недели после рождения	
В	Через 1 месяц после рождения	
Г	Через 3 месяца после рождения	
102	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ВКЛЮЧАЕТ	
А	Этапные редрессации с фиксацией гипсовыми повязками	
Б	Мягкое бинтование и ЛФК	
В	Массаж и ЛФК	
Г	Ношение ортопедической обуви	
103	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ	
А	до 1 года	
Б	до 2.5-3 лет	

В	до 5-летнего возраста
Г	до исправления элементов косолапости
104	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ
А	до 12-месячного возраста
Б	С 2-летнего возраста
В	С 3-летнего возраста
Г	С 10-летнего возраста
105	НАИБОЛЕЕ СТОЙКИЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ОПЕРАЦИИ НА
А	костях стопы
Б	сухожилиях
В	сухожильно-связочном аппарате
Г	сухожильно-связочно-капсулярном аппарате
106	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕДСТВИЕМ НЕДОРАЗВИТИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РАСТУЩЕГО ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
А	Дисплазия тазобедренного сустава
Б	Амниотические перетяжки
В	Патологический вывих бедра
Г	Врожденная косорукость
107	ОСНОВОЙ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	Дисфункция роста
Б	Неправильное внутриутробное развитие
В	Механическое воздействие
Г	Тератогенное воздействие
108	ОСНОВОЙ ПАТОГЕНЕЗА ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ
А	Дисфункция созревания
Б	Дисфункция роста
В	Родовая травма
Г	Внутриутробная инфекция
109	ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ЗАПОДОЗРИТЬ РОДОВЫЙ ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ БЕЗ ЗНАЧИМОГО СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ
А	Беспричинный плач и реакция на болевое ощущение при пеленании
Б	Крепитация отломков
В	Гемипарез
Г	Гематома в области плечевого сустава
110	РАЦИОНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РОДОВОГО ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ
А	Фиксация ручки к туловищу ребенка (пеленание)
Б	Восьмиобразная повязка

В	Гипсовая повязка
Г	Повязка Дезо
111 ОПТИМАЛЬНОЙ ФИКСИРУЮЩЕЙ ПОВЯЗКОЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ КЛЮЧИЦЫ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ	
А	Повязка Дезо
Б	8-образная повязка
В	Торакобрахиальная повязка
Г	Фиксация не требуется
112 БОЛЕЗНЬ КЛИППЕЛЯ – ФЕЙЛЯ - ЭТО	
А	Порок развития шейных и верхне-грудных позвонков, характеризующийся короткой и малоподвижной шеей
Б	подвывих I шейного позвонка
В	наличие шейных ребер
Г	крыловидная шея
113 ДЕФОРМАЦИЯ МАДЕЛУНГА - ЭТО	
А	Штыкообразная деформация кисти и предплечья
Б	Лучевая косорукость
В	Локтевая косорукость
Г	Укорочение костей предплечья
114 СЛАГАЕМЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ СТОПЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ	
А	Приведение, супинация и подошвенное сгибание
Б	Приведение, пронация и тыльное сгибание
В	Отведение, супинация и подошвенное сгибание
Г	Отведение, пронация и фиксация стопы в среднем положении
115 ОСНОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	Величина шеечно-диафизарного угла
Б	Степень укорочения конечности
В	Положение большого вертела
Г	Сроки окостенения эпифиза головки бедра
116 НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ	
А	Ограничение отведения бедер
Б	Симптом Маркса - Ортолани (соскальзывание)
В	Укорочение ножки
Г	Асимметрия кожных складок
117 НЕЗАМЕЧЕННАЯ ВОВРЕМЯ БОЛЕВАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВО-ДЯЩИХ МЫШЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ ВИЛЕНСКОГО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ	
А	К асептическому некрозу головки бедренной кости
Б	К разрыву капсулы
В	К нарушению кровообращения в стопах

Г	К деформации бедра	
118	ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ОТСУТСТВИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	Укорочение, утолщение и искривление большеберцовой кости, отсутствие наружной лодыжки, эквинус или вальгус порочно развитой стопы	
Б	Искривление конечности, эквино-вальгусная стопа	
В	Искривление конечности	
Г	Укорочение конечности	
119	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА	
А	Резекция с пластикой на сосудистой ножке в условиях стабильной фиксации	
Б	Резекция с аллопластикой	
В	Резекция участка псевдоартроза с аутопластикой	
Г	Наложение аппарата для компрессионно-дистракционного остеосинтеза	
120	ЛЕЧЕНИЕ КОНСКОЙ СТОПЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ	
А	Только консервативное лечение	
Б	Удлинение задней большеберцовой мышцы	
В	Артродез	
Г	Удлинение ахиллова сухожилия	
121	ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ СТОПЫ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ	
А	ЛФК, массаж, электростимуляция мышц, обувь с супинаторами	
Б	Этапные гипсовые повязки	
В	Ношение ортопедической обуви	
Г	Лечения не требует	
122	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ	
А	Не ранее 6 месяцев после полного клинического и рентгенологического выздоровления	
Б	При свищевой форме	
В	При хронической форме остеомиелита	
Г	В период ремиссии	
123	АХОНДРОПЛАЗИЯ -ЭТО	
А	Нарушение энхондрального окостенения длинных трубчатых костей	
Б	Нейроэндокринное заболевание	
В	Последствия внутриутробного рахита	
Г	Последствия внутриутробного сифилиса	

124	БОЛЕЗНЬ БЛАУНТА - ЭТО	
А	Нарушение развития медиальной части росткового хряща проксимального эпифиза большеберцовой кости	
Б	рахитоподобное заболевание	
В	дисплазия росткового хряща верхнего конца большеберцовой кости	
Г	остеохондропатия головки бедренной кости	
125	ПРИЧИНА ДЕФОРМАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ МАДЕЛУНГА	
А	Дисплазия дистальной ростковой зоны лучевой кости	
Б	Дисплазия росткового хряща локтевой кости	
В	Травма	
Г	Остеомиелит бедренной кости	
126	СПОНДИЛОЭПИФИЗАРНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ОБУСЛОВЛЕНА	
А	Нарушением развития эпифиза, в том числе и эпифизарных зон позвонков	
Б	Системным нарушением развития мышечной ткани	
В	Нарушением процессов оссификации	
Г	Нейроэндокринными нарушениями	
127	БОЛЕЗНЬ КЕЛЛЕР-1 - ЭТО	
А	Остеохондропатия ладьевидной кости стопы	
Б	Остеохондропатия плюсневых костей стопы	
В	Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости	
Г	Остеохондропатия тел позвонков	
128	БОЛЕЗНЬ ОСГУДА-ШЛЯТТЕРА - ЭТО	
А	Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости	
Б	Остеохондропатия тел позвонков	
В	Остеохондропатия головки бедренной кости	
Г	Остеохондропатия ладьевидной кости стопы	
129	БОЛЕЗНЬ ШОЙЕРМАНА – МАУ - ЭТО	
А	Остеохондропатия тел позвонков	
Б	Остеохондропатия ладьевидной кости стопы	
В	Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости	
Г	Остеохондропатия бугра пяточной кости	
130	БОЛЕЗНЬ ЛЕГГА – КАЛЬВЕ – ПЕРТЕСА - ЭТО	
А	Остеохондропатия головки бедренной кости	
Б	Остеохондропатия тел позвонков	
В	Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости	
Г	Остеохондропатия ладьевидной кости стопы	
131	ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ	
А	Нижняя треть бедра, верхняя треть голени	
Б	Верхняя треть бедра, нижняя треть голени	
В	Кости таза	
Г	Кости предплечья	

132	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ СОСТОИТ В СЛЕДУЮЩЕМ
А	Боли в покое, припухлость, болевая контрактура
Б	Повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов
В	Местная гипестезия, парестезии
Г	Боль при движениях, хромота
133	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	Пятнистыми очагами разряжения, уплотнением кости с размытыми контурами внутри метафиза, симптомом "козырька"
Б	Отсутствием отслоения надкостницы (симптома козырька)
В	Остеопорозом кости, окруженным зоной склероза
Г	Отсутствием четкой границы проникновения в мягкие ткани
134	ГЕМАНГИОМОЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ КОСТИ
А	Позвоночника и черепа
Б	Бедренная кость
В	Большеберцовая кость
Г	Лопатка
135	ФИБРОМА КОСТИ - ЭТО
А	Доброкачественная опухоль остеогенного происхождения
Б	Доброкачественная опухоль неостеогенного происхождения
В	Хондродисплазия
Г	Атипично протекающий остеомиелит
136	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПУХОЛИ ЮИНГА
А	Боли непостоянного характера, гиперемия в области припухлости
Б	Опухоль растет медленно, болей нет
В	Резкие постоянные боли в покое
Г	Жалоб нет
137	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПУХОЛИ ЮИНГА
А	Пятнистый остеопороз тела кости, остеолит кортикального слоя, луковичный гиперостоз
Б	Остеопорозом кости с зоной склероза
В	Бахромчатым периоститом, отслоением надкостницы, спиклами
Г	Овальным очагом просветления со штампованными краями
138	БОЛЕЗНЬ ШПРЕНГЕЛЯ - ЭТО
А	Врожденное высокое стояние лопатки
Б	Воронкообразная деформация грудной клетки
В	Анкилозирующий спондилоартрит
Г	Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости
139	ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЕМА - ЭТО
А	Заболевание, заключающееся в очаговом скоплении в костях эозинофильных лейкоцитов
Б	Системное заболевание крови и кроветворных органов

В	Осложнение, развивающееся при лейкозе	
Г	Хронический очаг воспаления в кости	
140	МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ	
А	Только оперативное	
Б	Только рентгенотерапия	
В	Химиотерапия и оперативное лечение	
Г	Химиотерапия	
141	ОМАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ	
А	Плечевого сустава	
Б	Локтевого сустава	
В	Тазобедренного сустава	
Г	Коленного сустава	
142	КУБАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ	
А	Локтевого сустава	
Б	Плечевого сустава	
В	Тазобедренного сустава	
Г	Коленного сустава	
143	КОКСАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ	
А	Тазобедренного сустава	
Б	Коленного сустава	
В	Плечевого сустава	
Г	Локтевого сустава	
144	ГОНАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ	
А	Коленного сустава	
Б	Плечевого сустава	
В	Локтевого сустава	
Г	Голеностопного сустава	
145	КРУЗАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ	
А	Голеностопного сустава	
Б	Коленного сустава	
В	Локтевого сустава	
Г	Плечевого сустава	
146	ВТОРИЧНЫЙ ОСТЕОАРТРОЗ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ	
А	Аваскулярного некроза головки плеча	
Б	Контрактуры Дюпюитрена	
В	Травмы шейного отдела позвоночника	
Г	Брахиоплексита	
147	У КОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРВИЧНЫЙ КУБАРТРОЗ?	
А	У мужчин, род занятий которых связан с тяжелым физическим трудом	
Б	У детей	
В	У женщин, кормящих матерей	

Г	Женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой	
148	ВТОРИЧНЫЙ КУБАРТРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ	
А	Ревматоидного артрита или травм	
Б	Атрофии мышц плеча и предплечья	
В	Латерального эпикондилита	
Г	Медиального эпикондилита	
149	КАКОЙ ФАКТОР ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ ОСТЕОАРТРОЗА ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА	
А	Любой перелом в области лучезапястного сустава	
Б	Болезнь Де Кервена	
В	Теносиновит сухожилий сгибателей	
Г	Теносиновит сухожилий разгибателей	
150	РИЗАРТРОЗ – ЭТО ОСТЕОАРТРОЗ	
А	Запястно-пястного сустава	
Б	Плечевого сустава	
В	Локтевого сустава	
Г	Коленного сустава	
151	ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК РИЗАРТРОЗА - ЭТО	
А	Контрактура мышц, приводящих первый палец	
Б	Болезнь Де Кервена	
В	Теносиновит сухожилий сгибателей	
Г	Теносиновит сухожилий разгибателей	
152	КАКИЕ СТРУКТУРЫ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ УЗЕЛКОВОМ ОСТЕОАРТРОЗЕ КИСТИ	
А	Проксимальные и дистальные межфаланговые суставы	
Б	Срединный нерв	
В	Кости запястья	
Г	Сосудисто-нервный пучок	
153	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРВИЧНОГО КОКСАРТРОЗА: 1) сужение суставной щели; 2) костные шипы; 3) деформация суставных концов; 4) субхондральный склероз; 5) кистозная перестройка	
А	Верно 1,2,3,4,5	
Б	Верно 1,2,3	
В	Верно 2,4,5	
Г	Верно 1	
154	КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГОНАРТРОЗА 1) болезненное ограничение объема движений; 2) контрактуры; 3) атрофия мышц; 4) скованность; 5) избыточный выпот в полости сустава; 6) хруст при движении.	
А	Верно 1,2,3,4,5,6	
Б	Верно 3,4,5	
В	Верно 1,3,6	
Г	Верно 1,2,3,4	

155	СИМПТОМЫ ОСТЕОАРТРОЗА ПОДТАРАННОГО И ШОПАРОВА СУСТАВОВ	
А	Ограничение или полная потеря движений плюсны	
Б	Деформация в области плюсне- фалангового сустава	
В	Боль в области плюсне – фаланговых суставов	
Г	Отек в области ахиллова сухожилия	
156	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТЕОХОНДРОЗА ОТНОСЯТСЯ: 1) протрузия; 2) грыжа межпозвоночного диска; 3) кифоз; 4) радикулит	
А	Верно 1,2,3,4	
Б	Верно 1,2	
В	Верно 3,4	
Г	Верно 2	
157	КАКАЯ СТРУКТУРА ПОЗВОНОЧНИКА ПРЕТЕРПЕВАЕТ НАИБОЛЬШИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ?	
А	Межпозвоночный диск	
Б	Позвонок	
В	Спинной мозг	
Г	Передняя продольная связка	
158	ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗОМ	
А	Острое, подострое , хроническое	
Б	Острое, подострое	
В	Острое, хроническое	
Г	Подострое, хроническое	
159	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДЕСТРУКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА	
А	Магнитно-резонансная томография	
Б	Рентгенография	
В	Ультразвуковое исследование	
Г	Компьютерная томография	
160	ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ	
А	Установление патогенетической связи остеохондроза с клиническими проявлениями заболевания	
Б	Констатация наличия дегенеративного процесса в межпозвоночных дисках	
В	Наличие остеофитов в позвоночнике	
Г	Выявление торсии позвонков	
161	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОДОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА	
А	От 4- х недель до 3- х месяцев	
Б	2 недели	
В	Более 3 месяцев	

Г	От 2-х до 6 недель	
162	ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ	
А	НПВС	
Б	Миорелаксанты	
В	Антибиотики	
Г	Иммунодепрессанты	
163	В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ДИСКОВЕННОЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ И СРЕДСТВА	
А	Мануальная терапия	
Б	Анальгетики	
В	НПВС	
Г	Иглорефлексотерапия	
164	СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: 1) плече-лопаточный периаартрит; 2) синдром позвоночной артерии; 3) кардиальный синдром; 4) синдром «писчего» спазма	
А	Верно 1,2,3,4	
Б	Верно 1,2,3	
В	Верно 2,4	
Г	Верно 1,2	
165	СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: 1) перемежающаяся хромота; 2) ишиалгический сколиоз; 3) кокцигодия; 4) положительный симптом Ласега	
А	Верно 1,2,3,4	
Б	Верно 1,2,3	
В	Верно 2,4	
Г	Верно 1,2	
166	СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: 1) грудная миелопатия; 2) межреберная невралгия; 3) дискинезия желчных путей; 4) кардиальный синдром	
А	Верно 1,2,3	
Б	Верно 1,2,3,4	
В	Верно 1,2	
Г	Верно 2,3,4	
167	ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: 1) ограничение движений в позвоночнике; 2) боли в поясничном отделе позвоночника-люмбагия; 3) боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся в положении лежа; 4) боли, иррадиирующие в область сердца; 5) резкие «прострелы» в нижней конечности; 6) боли в эпигастриальной области живота	

А Верно 1,2,5 Б Верно 2,3,6 В Верно 1,2,3,4,5 Г Верно 3,4,5,6 168 ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: 1) межреберная невралгия; 2) торакоалгия; 3) резкие прострелы в нижней конечности - люмбалгия; 4) кардиальный синдром; 5) дискинии желчных путей; 6) синдром «плечо- кисть» 7)солярный синдром («солярный гвоздь») – синдром солнечного сплетения; 8)симптом Ласега А Верно 1,2,5,7 Б Верно 1,2,3,4 В Верно 2,5,8 Г Верно 4,5,6,7,8 169 ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА А Болеутоляющие средства Б Витамины В Десенсибилирующие Г Антибиотики 170 ОЩУЩЕНИЕ «ТРЕСКА» В ШЕЕ ПРИ ПОВОРОТАХ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ А Остеохондроза Б Менингита В Энцефалита Г Опухоли головного мозга	
171 ТОРСИЯ ПОЗВОНОЧНИКА - ЭТО А Скручивание позвоночника вокруг вертикальной оси с деформацией элементов позвонков БПоворот позвоночника вокруг горизонтальной оси с деформацией элементов позвонков В Поворот всего позвоночника вокруг вертикальной оси ГНормальное физиологическое движение позвоночника 172 ДЛЯ СКОЛИОЗА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ А Отсутствие симптома «мышечного валика» БИскривление позвоночника во фронтальной плоскости В Ассиметрия надплечий ГАссиметрия треугольников талии 173 ВРОЖДЕННЫЙ СКОЛИОЗ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ВСЕ, КРОМЕ А Врожденный вывих бедра БСиностоз позвонков В Синостоз ребер ГДобавочные полупозвонки	

174 ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СКОЛИОЗА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ЯВЛЯЕТСЯ А Величина деформации и вероятность риска прогрессирования БЛокализация деформации В Степень деформации ГФорма искривления позвоночника 175 ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ, КРОМЕ А Обязательное вытяжение позвоночника тем или иным способом БМассаж, мануальная терапия В Плавание, закаливание ГАктивное занятие ЛФК 176 ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СКОЛИОЗА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ, КРОМЕ А Прогрессирующие БИдиопатические В Врожденные ГДиспластические 177 ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПО РЕНТГЕНОГРАММЕ ИСПОЛЬЗУЮТ СХЕМУ А Кобба БРейнберга В Путти ГВиленского 178 ПРИ ВРОЖДЕННЫХ СКОЛИОЗАХ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮ-ДЕНИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ВЫПОЛНЯЮТ А 2-3 раза в год Б1 раз в год В ежемесячно Г1 раз в 4 месяца 179 ИДИОПАТИЧЕСКИМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ СКОЛИОЗ, ЕСЛИ ЕГО ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ А Причина не ясна БОпухоль позвоночника В Компрессионный перелом позвонка ГСиностоз ребер 180 СТАТИЧЕСКИМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ СКОЛИОЗ ЕСЛИ ЕГО ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ А Укорочение одной нижней конечности БСиностоз ребер В Опухоль позвоночника ГЛюмбализация 181 ПРИ СКОЛИОЗЕ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ УГОЛ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА А До 10 градусов	
--	--

БДо 15 градусов В До 8 градусов ГДо 30 градусов	
182 ПРИ СКОЛИОЗЕ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ УГОЛ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА А 11- 30 градусов Б31- 60 градусов В До 10 градусов ГБолее 60 градусов	
183 ПРИ СКОЛИОЗЕ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ УГОЛ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА А 31- 60 градусов Б11-30 градусов В До 10 градусов ГБолее 60	
184 ПРИ СКОЛИОЗЕ ЧЕТВЕРТОЙ СТЕПЕНИ УГОЛ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА А 60 и более градусов Б31-60 градусов В 11- 30 градусов ГДо 10 градусов	
185 ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ УКАЗАННЫЕ ОПЕРАЦИИ, КРОМЕ А Фиксации позвоночника лавсановой лентой БСпондилодеза В Корпородеза ГФиксации позвоночника эндодистракторами	
186 ПОСТРАДАВШИХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТРАВМУ ПОЗВОНОЧНИКА ТРАНСПОРТИРУЮТ А На спине на щите с воротником Шанца БНа боку на щите В На боку на обычных носилках ГНа животе на обычных носилках	
187 ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕ-ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА ВСЛЕДСТВИЕ КАТАТРАВМЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ А Переломы пяточных костей и костей таза БПерелом шейки бедра В Перелом мыщелков бедра ГПерелом голени	
188 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗ-НАКИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА 1) выстояние остистого отростка позвонка, лежащего выше поврежденного позвонка; 2) расширение межостистого промежутка между поврежденным и вышележащим позвонком; 3) расширение	

межостистого промежутка между поврежденным и нижележащим позвонком; 4) ограниченный кифоз, гиббус в области перелома позвонка; 5) ограниченный лордоз в области перелома позвонка.

А Верно 1,2,4

Б Верно 1,2,3,4,5

В Верно 2,4,5

Г Верно 4,5

189 ВЕДУЩЕЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЛЯМИНЭКТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА

А Наличие признаков сдавления спинного мозга или его корешков

Б Вид смещения позвонка

В Характер перелома позвонка

Г Наличие неврологических расстройств

190 ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА С НАЛИЧИЕМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА О СОСТОЯНИИ СПИННОГО МОЗГА И ЕГО ОБОЛОЧЕК МОЖНО СУДИТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ

А МРТ и исследованию ликвородинамики

Б Спондилографии

В Прицельных и косых рентгенограмм

Г Компьютерной томографии

191 ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ НЕОСЛОЖНЕННОГО ПЕРЕЛОМА ГРУДО - ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

А Парез кишечника, метеоризм;

Б Пролежни

В Тахардия, аритмия

Г Нарушение мочеиспускания

192 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ НА ДОГОСПИ-ТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ТРАВМАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА

А Аспирация желудочного содержимого и спинальный шок

Б Нарушение дыхания

В Артериальная гипотензия

Г Брадикардия

193 НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫЙ УРОВЕНЬ ПУНКЦИИ СУБАРАХНО-ИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

А между IV и V поясничными позвонками.

Б в нижне-грудном отделе позвоночника;

В между XII грудным и I поясничным позвонками;

Г между затылочной костью и атлантом

194 БОЛЬНОЙ ПРИ НЫРЯНИИ УДАРИЛСЯ ГОЛОВОЙ О ДНО. НЕМЕДЛЕННО ИЗВЛЕЧЕН ИЗ ВОДЫ ТОВАРИЩАМИ. ДВИЖЕНИЯ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В РУКАХ И НОГАХ ОТСУТСТВУЮТ, ДЫХАНИЕ ЗАТРУДНЕНО.

УКАЖИТЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. А Перелом шейного отдела позвоночника с повреждение спинного мозга; Б Ушиб головного мозга В Сотрясение головного мозга Г Перелом ребер 195 В КАКОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ ПЕРЕЛОМ ПОПЕРЕЧНЫХ ОТРОСТКОВ ПОЗВОНКОВ? А Поясничном Б Шейном В Грудном Г Крестцовом	
196 КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ ОБРАЗУЮТ ПЕРЕДНЮЮ ОПОРНУЮ КОЛОННУ ПОЗВОНОЧНИКА ПО F.DENIS А Передняя продольная связка, передняя половина позвонков и межпозвонковых дисков Б Ножки дужек позвонков В Желтые связки Г Поперечные отростки позвонков	
197 КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ ОБРАЗУЮТ СРЕДНЮЮ ОПОРНУЮ КОЛОННУ ПОЗВОНОЧНИКА ПО F.DENIS А Задняя продольная связка, задняя половина позвонков и межпозвоночных дисков Б Ножки дужек позвонков В Желтые связки Г Поперечные отростки позвонков	
198 КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ ОБРАЗУЮТ ЗАДНЮЮ ОПОРНУЮ КОЛОННУ ПОЗВОНОЧНИКА ПО F.DENIS А Поперечные и остистые отростки позвонков, межостистые и надостистые связки Б Задняя продольная связка В Передняя продольная связка Г Задняя половина позвонков и межпозвоночных дисков	
199 КАТАТРАВМА - ЭТО А Травма, полученная при падении с высоты Б Травма, полученная в результате занятия спортом В Травма, полученная при дорожно- транспортном происшествии Г Травма, полученная в результате термического воздействия	
200 ПЕРЕЛОМ ДЖЕФФЕРСОНА ЭТО А Перелом передней и задней дуг первого шейного позвонка. Б Оскольчатый перелом 12 грудного позвонка В Перелом остистого отростка 7- го шейного позвонка Г Перелом поперечных отростков 7-го шейного позвонка	

6. Критерии оценивания результатов обучения
Для экзамена

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

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
сформированности компетенций		среднего		

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Боков А.Е., зав. кафедрой, к.м.н., ведущий научный сотрудник