

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
Н.И. Свиридова
«24» июля 2024 г.
ПРИНЯТО
на заседании Ученого Совета
Института НМФО
протокол № 18
от «24» июля 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование вариативной дисциплины: **Травматология и ортопедия**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.68 «Урология».**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-уролог**

Кафедра урологии.

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная версия)

Семинары: 2 (з.е.) 72 часа

Самостоятельная работа: 1 (з.е.) 36 часов

Всего: 3 (з.е.) 108 часов

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

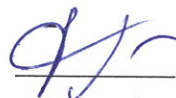
№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
	Перлин Д.В.	Заведующий кафедрой	д.м.н., профессор	Урологии
	Щелков С.В.	доцент	к.м.н.	Урологии

Рабочая программа дисциплины «Урология» относится к блоку Б1 базовой части ОПОП – Б1.Б.6.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 12 от « 14 » июня 2024г.

Заведующий кафедрой урологии,

д.м.н., профессор



Д.В. Перлин

Рецензент:

доцент кафедры хирургических болезней №1, к.м.н, _____ И.А. Куликов


Рабочая программа утверждена учебно-методической комиссией института НМФО ВолГ-МУ, протокол № 12 от « 27 » 06 2024 года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики

 М.Л. Науменко

Актуализация рабочей программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от « 27 » 06 2024 года

Секретарь

Ученого совета



М.В. Кабытова

Содержание

	Пояснительная записка
1	Цель и задачи дисциплины
2	Результаты обучения
3	Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы
4	Общая трудоемкость дисциплины
5	Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся
6	Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций
7	Содержание дисциплины
8	Образовательные технологии
9	Оценка качества освоения программы
10	Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины
11	Материально-техническое обеспечение дисциплины
12	Приложения
12.3	Методические рекомендации преподавателю по дисциплине
12.1	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
12.3	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.4	СПРАВКА О КАДРОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.5	СПРАВКА О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕА- ЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.6	АКТУАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ

Пояснительная записка.

Рабочая программа дисциплины «Травматология и ортопедия» (вариативная часть) разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре 14.01.00 «Клиническая медицина» профиля подготовки 31.08.68 «Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)», утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от 26.08.2014 №1111 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)", зарегистрировано в Минюсте России 29.10.2014 N 34508) и порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1259).

1. Цель и задачи дисциплины «Травматология и ортопедия».

Целью освоения дисциплины «Травматология и ортопедия» является подготовка компетенций выпускника по направлению подготовки 31.08.68 «Урология», способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности: первичной медико-санитарной помощи, неотложной, скорой, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Задачи (вариативная часть) дисциплины «Травматология и ортопедия»:

1. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

2. Подготовить врача-специалиста по специальности: «Урология» к самостоятельной профессиональной деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды

жизни пациента.

3. Сформировать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

4. Сформировать базовые, фундаментальные медицинские знания, формирующие профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи:

– **профилактическая деятельность:**

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

– **диагностическая деятельность:**

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

диагностика беременности;

проведение медицинской экспертизы;

– **лечебная деятельность:**

оказание специализированной медицинской помощи;

участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

– **реабилитационная деятельность:**

проведение медицинской реабилитации;

– **психолого-педагогическая деятельность:**

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

– **организационно-управленческая деятельность:**

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

организация проведения медицинской экспертизы;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

2. Результаты обучения

В результате освоения дисциплины «Травматология и ортопедия» обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

универсальные компетенции (УК)

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансе-

ризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК- 5);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

Формирование вышеперечисленных универсальных и профессиональных компетенций врача-уролога предполагает овладение ординатором системой следующих знаний, умений и владений в области травматологии и ортопедии:

2. Знания:

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, относящиеся к травматологии и ортопедии (ПК10);
- основы управления здравоохранением, страховой медицины (ПК10);
- правовые основы деятельности врача травматолога-ортопеда (ПК10);
- общие вопросы организации травматологической/ортопедической службы в стране, организацию работы травматологического/ортопедического кабинета, травматологического пункта и стационара (ПК-2, ПК-4);
- общие вопросы организации работы травматологического пункта, травматологического/ортопедического кабинета в поликлинике и консультативном центре; взаимодействие с другими лечебно-профилактическими учреждениями (УК1, ПК-2, ПК-4);
- общие вопросы организации работы травматологического/ортопедического стационара (ПК1);
- документацию травматологического/ортопедического кабинета и стационара (ПК-4, ПК-10);
- эпидемиологию травматологических/ортопедических заболеваний в РФ и в данном конкретном регионе, где работает врач (ПК2, ПК4);
- основы медицинской этики и деонтологии в травматологии и ортопедии (УК2);
- основы нормальной и патологической анатомии и физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма (ПК1);
- причины развития патологических процессов в организме, клинические проявле-

- ния (ПК1);
- влияние факторов внешней среды на организм (ПК1);
 - современную классификацию травм и ортопедических заболеваний (ПК1);
 - этиологические факторы, патогенетические механизмы и клинические проявления основных ортопедических заболеваний и посттравматических состояний (ПК1);
 - классификация, клинические проявления, диагностика, принципы лечения, доброкачественных и злокачественных опухолей, роль биопсии в диагностике опухолевых поражений опорно-двигательного аппарата (ПК-5);
 - травматический шок, кровопотеря, диагностические критерии, принципы лечения (ПК-5);
 - физиология и патология системы гемостаза, коррекция нарушений свертывающей системы крови, показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов (ПК-1);
 - общие и специальные методы исследования в травматологии и ортопедии (ПК-1);
 - основные принципы рентгенодиагностики в травматологии и ортопедии, преимущества компьютерной томографии и МРТ-томографии (ПК-1);
 - преимущества артроскопических методов диагностики и оперативного лечения, противопоказания к артроскопии (ПК-1);
 - принципы асептики в медицине, хирургии и травматологии и ортопедии (УК-1; ПК-1);
 - значение иммунологических тестов в обследовании больных с травматическими повреждениями и гнойными осложнениями (ПК-1, ПК-5);
 - генетика и классификация врожденных ортопедических заболеваний (ПК-1);
 - методы обезболивания в травматологии и ортопедии; показания к общему обезболиванию; место перидуральной анестезии; местная анестезия в лечении травм опорно-двигательного аппарата (ПК-1, ПК-6);
 - основы реанимации и интенсивной терапии у больных ортопедо-травматологического профиля (ПК-6);
 - основы инфузионной терапии при травматическом шоке, кровопотере, интоксикации; характеристика препаратов крови и кровезаменителей (ПК-6);
 - основы фармакотерапии в травматологии и ортопедии (ПК-6);
 - основы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с травмами и заболеваниями органов опоры и движения (ПК-8);
 - роль и методы реабилитации в травматологии и ортопедии (ПК-8);
 - основы рационального питания, основы физиотерапии, роль санаторно-курортного лечения при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата (ПК-8);
 - оборудование и оснащение операционных, отделения реанимации, инструментарий и специальная техника, применяемая при травматолого-ортопедических операциях, принципы работы с мониторами (УК-1, ПК-1).

Умения:

- получить информацию об общем состоянии больного, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии, знать клиниче-

скую картину и диагностику переломов костей скелета, повреждений суставов, связок, сухожилий, сосудов, нервов (ПК-1);

- оценить тяжесть состояния, принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную первую помощь (ПК-1, ПК-5);
- определить алгоритм специальных методов исследования (биохимических, рентгенологических, ультразвуковых и др.), свободно читать рентгенологические снимки, компьютерные и МР-томограммы, данные ультразвукового обследования, ангиографии, радионуклидного сканирования, функциональных методов исследования, в том числе электрокардиографии, электромиографии, уметь интерпретировать их результаты (ПК-1);
- провести клиническое обследование пострадавшего с сочетанной травмой и множественными повреждениями; определить очередность оказания специализированной помощи (ПК-1);
- обосновать методику обезболивания у больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ПК-1);
- обосновать наиболее целесообразный план операции при повреждениях мягких тканей, травматических вывихах и переломах (ПК-1, ПК-5);
- осуществлять профилактику послеоперационных осложнений (ПК-5);
- участвовать в системе выявления ортопедических заболеваний у новорожденных и детей раннего возраста (ПК-2);
- выявлять состояние остеопороза у лиц пожилого и старческого возраста и принимать профилактические меры (ПК-2);
- оформлять необходимую медицинскую документацию (ПК-4);
- анализировать результаты своей клинической работы (ПК-4);
- определить степень тяжести травматического шока, обеспечить инфузионную терапию шока, провести новокаиновые блокады зон поражения (ПК-5);
- уметь диагностировать и оказывать лечебную помощь при: синдроме длительного сдавливания тканей, жировой эмболии, тромбоэмболических осложнениях (ПК-5, ПК-6);
- уметь проводить дифференциальную диагностику и быть способным установить типы и стадии черепно-мозговых повреждений: сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, эпидуральная гематома, субдуральная гематома (ПК-1);
- уметь произвести первичную и вторичную хирургическую обработку ран и вести адекватно послеоперационный период, а также вести больных с гнойными и огнестрельными ранами (ПК-5, ПК-6);
- знать принципы оказания специализированной помощи при сочетанных и комбинированных повреждениях, в частности, при термических поражениях (ПК-5, ПК-6);
- уметь диагностировать повреждений позвоночника в шейном, грудном и поясничном отделах (ПК-1);
- уметь поставить правильный диагноз при переломах различной локализации и оценить степень тяжести общего состояния пострадавшего (ПК-1, ПК-5);

Владения:

- методикой сбора и анализа жалоб, анамнеза, в том числе аллергологического и иммунологического (ПК1);
- проводить антропометрические измерения, выявить угловые деформации и асимметрию сегментов конечностей, определить объем движения в суставах, определить уровень мышечной силы изучить состояние позвоночника (кифоз, лордоз, ротация), исследовать неврологический статус больного (ПК-1, ПК-5);
- выявить отек мягких тканей, флюктуацию, крепитацию, наличие болезненных точек (ПК-1, ПК-5);
- производить пункцию суставов: плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного, голеностопного (ПК-5);
- производить первичную или вторичную хирургическую обработку ран (ПК-5);
- производить пластику кожных дефектов расщепленным лоскутом кожи (ПК-5);
- выполнить шов сухожилия (ПК-5)
- производить закрытую репозицию отломков, устранять вывихи в суставах (ПК-5, ПК-6);
- уметь оказывать первичную врачебную и специализированную помощь при: закрытых переломах, открытых переломах, огнестрельных повреждениях опорно-двигательного аппарата (ПК-5, ПК-6);
- уметь произвести накостный, внутрикостный, чрескостный, интрамедуллярный остеосинтез при переломах: ключицы, плеча, локтевого отростка, костей предплечья и кисти, шейки бедра, вертельной зоны, диафиза бедра, мыщелков бедра и большеберцовой кости, надколенника, диафиза костей голени, повреждений в зоне голеностопного сустава и стопы (ПК-5, ПК-6);
- произвести закрытую репозицию и осуществить иммобилизацию гипсовой повязкой (ПК-5, ПК-6);
- осуществить консервативное лечение переломов костей таза и в зоне вертлужной впадины (ПК-5);
- владеть методом чрескостного остеосинтеза спицевыми и стержневыми аппаратами (ПК-5, ПК-6);
- уметь произвести первичный шов поврежденного нерва (ПК-5, ПК-6);
- уметь наложить шов при повреждениях магистрального сосуда (ПК-5, ПК-6);
- уметь произвести первичную хирургическую обработку раны при травматической ампутации конечности (ПК-5, ПК-6);
- уметь произвести первичную ампутацию конечности (ПК-5, ПК-6);
- уметь проводить консервативное лечение у детей в раннем детском возрасте при выявлении: врожденного вывиха бедра или дисплазии, косолапости, кривошеи, нарушений осанки (ПК-5, ПК6);
- производить операции при стенозирующих лигаментитах, контрактуре Дюпюитрена (ПК-5, ПК-6);
- оперативное лечение остеомиелитических поражений скелета (ПК-5, ПК-6);

- произвести удаление, резекцию доброкачественных мягкотканых опухолей (ПК-5, ПК-6);
-

Содержание и структура компетенций

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>1 - основные понятия, используемые в травматологии и ортопедии;</p> <p>2 – структурно-функциональные особенности опорно-двигательной системы человека;</p> <p>3 - основные принципы функционирования опорно-двигательной системы, ее взаимосвязь с другими органами и системами;</p> <p>4 - научные идеи и тенденции развития травматологии и ортопедии</p>	<p>1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника;</p> <p>2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач;</p> <p>3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;</p> <p>4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимого лечения.</p>	<p>1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации;</p> <p>2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач;</p> <p>3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;</p> <p>4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.</p>
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) рас-	-	<p>1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения;</p> <p>2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики травм и заболеваний ОДС;</p> <p>3 - осуществлять профилактические и</p>	<p>1 -обосновывать выбор профилактических мероприятий бытового, производственного травматизма;</p> <p>2 - владеть методиками применения консервативных и оперативных методов лечения травм и заболеваний ОДС..</p>

	пространения заболеваний и травм, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	поддержания гомеостазиса ; 4 - нелекарственные и лекарственные методы воздействия на организм больного	лечебные мероприятия с учетом состояния ОДС пациента.	
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы травм и основных заболеваний ОДС системы человека; 2 - виды и показания к консервативным методам лечения.	1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам профилактики травм и заболеваний ОДС; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом состояния ОДС.	1 - обосновывать с позиций травматологии и ортопедии выбор профилактических мероприятий и использование лекарственных препаратов; 2 - владеть методиками применения консервативных и оперативных методов лечения травм и заболеваний ОДС.
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1 - типовую учетно-отчетную медицинскую документацию медицинских учреждений; 2 - экспертизу трудоспособности.	1 - анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, вести медицинскую документацию.	1 – владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях.
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной	1 - возрастные особенности ОДС, общие закономерности патогенеза наиболее распространенных травм и заболеваний человека; 2 - методы оценки	1 - интерпретировать результаты оценки ОДС; 2 - обосновать необходимость адекватного клинико-рентгенологического и других видов обследования;	1- дифференциальной диагностикой основных ортопедических заболеваний и травм; 2 - методикой сбора анамнеза, в том числе у детей; 3 - способностью

	статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	ОДС человека, показания и принципы его оценки; 3 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных травм и заболеваний ОДС системы человека; 4 - виды и показания к консервативному и оперативному лечению травм и заболеваний ОДС.	3 - обосновать необходимость применения тех или иных консервативных и оперативных методов лечения, и возможных осложнений при этом.	определить «группу риска» ортопедических заболеваний на основе клинических признаков 4 - анализом развития процессов в патогенезе развития и течения травм и ортопедических заболеваний человека; 5 - алгоритмом постановки предварительного диагноза
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и ортопедическими заболеваниями.	1 - возрастные особенности травм и заболеваний ОДС; 2 - общие закономерности патогенеза наиболее распространенных травм и заболеваний человека; 3 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы травм и заболеваний ОДС; 4 - виды и показания к консервативному и оперативному лечению; 5- методы профилактики осложнений при травмах ОДС.	1 -обосновать необходимость применения тех или иных методов консервативного и оперативного лечения и возможных осложнений при нарушении рекомендаций; 2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом состояния пациента 3 - оказать неотложную помощь больным с травмами и заболеваниями в острой стадии 4 - применять основные методы в комплексном лечении пациентов с травмами и заболеваниями ОДС.	1 -владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с травмами и заболеваниями ОДС в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями.
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственных	1- принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания	1- определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариан-	1 - владеть методикой комплексного подхода к лечению больных с травмами

	ной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	к применению данных методов лечения и реабилитации	тах течения и нозологиях формах заболеваний ОДС; 2 - применять различные методы лечения и реабилитации у пациентов с различными видами травм и заболеваний ОДС,	и заболеваниями ОДС; 2 - алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях травм и заболеваний ОДС.
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1. патогенез и исходы основных травм и заболеваний ОДС человека; 2- механизмы влияния неблагоприятных факторов внешней среды (экогенных, профессиональных и др.) ОДС. 3- принципы ведения здорового образа жизни	1 - проводить беседы с пациентами и членами их семей о ведении здорового образа жизни, об отказе от вредных привычек, о минимизировании влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье, о мерах по профилактике травм и заболеваний ОДС.	1 - владеть навыками к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основные нормативные документы регламентирующие работу поликлинической и стационарной помощи врача травматолога-ортопеда.	Организовать работу специализированного кабинета поликлиники врача травматолога-ортопеда и стационарного отделения травматологии и ортопедии взрослых и детей	Навыками организации работы специализированного кабинета врача травматолога-ортопеда и стационарного отделения травматологии и ортопедии взрослых и детей с учетом нормативной документации принятой в здравоохранении РФ по службе травматологии и ортопедии

3. Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Травматология» относится к блоку Б1 вариативной части ОПОП – Б1.В.ОД.2

4. Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов (72 академических часа аудиторной и 36 часов самостоятельной работы, в том числе аудиторные часы, проводимые в интерактивной форме – 27 часов (25%).

5. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.

Виды учебной работы	Всего часов	Курс	
		1	2
Семинары	72	72	
Самостоятельная работа (всего)	36	36	
Промежуточная аттестация (зачет с оценкой)	0	0	
Общая трудоемкость:	часы	108	0
	зачетные единицы	3	3

6. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций

Учебно-тематический план дисциплины «Травматология» (в академических часах) и матрица компетенций

	Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем	Аудиторные занятия		Всего часов на аудиторную работу	Самостоятельная работа	Экзамен	Итого часов	Формируемые компетенции по ФГОС												Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Текущий и рубежный контроль успеваемости							
		лекции	семинары					УК			ПК										Формы контроля	Рубежный контроль						
								1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	11	12	Экзамен	Зачет	Зачет с оценкой	
<i>Б1.В.ОД.2</i>	<i>Травматология</i>		72	72	36		108	+			+	+			+			+						Р, С	Т, ЗС, С, КР			+
<i>Б1.В.ОД.2.1</i>	Раздел 1. « Повреждения конечностей»		24	24	12		36	+			+	+			+			+						Р, С	Т, ЗС, КР, С		+	
<i>Б1.В.ОД.2.2</i>	Раздел 2. « Повреждения груди»		24	24	12		36	+			+	+			+			+						Р, С	Т, ЗС, КР, С		+	
<i>Б1.В.ОД.2.3</i>	Раздел 3. « Повреждения живота и таза, позвоночника и спинного мозга»		24	24	12		36	+			+	+			+			+						Р, С	Т, ЗС, КР, С		+	

Список сокращений:

Образовательные технологии, способы и методы обучения:

Л - традиционная лекция,
Р - подготовка и защита рефератов,
С – семинар

Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:

Т – тестирование,
ЗС – решение ситуационных задач,
КР – контрольная работа,
С – собеседование по контрольным вопросам.

7. Содержание (вариативная часть) дисциплины «Травматология»

Б1.В.ОД.2.

Б 1.В.ОД.2.1. « Повреждения конечностей»

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<p>Б 1.В.ОД.2.1</p> <p>Тема 1. « Переломы плечевой кости. Переломы костей предплечья. Переломы костей кисти.»</p> <p>Тема 2. «Переломы бедренной кости. Переломы костей голени. »</p> <p>Тема 3. « Переломы костей стопы.»</p>		24	12	тесты, контрольная работа; решение ситуационных задач; собеседование	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8

Б 1.В.ОД.2.2 «Повреждения груди»

»

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	Б 1.В.ОД.2.2 Тема 1. Переломы ребер. Тема 2. Переломы грудины, лопатки, ключицы.		24	12	тесты, контрольная работа; решение ситуационных задач; собеседование	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8

Б 1.В.ОД.2.3 « ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖИВОТА И ТАЗА, ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА, ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ВЫВИХИ.»

№№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	Б 1.В.ОД.2.2 Тема 1. « Переломы костей таза. Тема 2. «Переломы позвоночника.» Тема 3 « Травматические вывихи »		24	12	тесты, контрольная работа; решение ситуационных задач; собеседование	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8

8. Образовательные технологии

В ходе изучения дисциплины используются следующие образовательные технологии: семинарское занятие, самостоятельная работа ординаторов:

- Семинарские занятия имеют целью закрепить теоретические знания, сформировать у ординатора необходимые профессиональ-

ные умения и навыки клинического мышления. С этой целью в учебном процессе используются интерактивные формы занятий: дискуссия, решение ситуационных задач и разбор конкретных ситуаций. Расписание семинарских занятий формируется подразделениями/ями, реализующими дисциплину, в начале учебного года в соответствии учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.

- В рамках изучения дисциплины предусмотрена возможность обучения на научно-практических конференциях, съездах и симпозиумах, мастер-классах экспертов и специалистов в области траматологии.
- Самостоятельная работа ординаторов направлена на совершенствование навыков и умений, полученных во время аудиторных занятий, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины. Поддержка самостоятельной работы заключается в непрерывном развитии у ординатора рациональных приемов познавательной деятельности, переходу от деятельности, выполняемой под руководством преподавателя, к деятельности, организуемой самостоятельно. Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

9. Оценка качества освоения программы

Оценка качества освоения программ ординатуры обучающимися включает текущий контроль успеваемости, промежуточную аттестацию обучающихся и государственную итоговую аттестацию.

1. Текущий контроль успеваемости - контроль знаний обучающихся в процессе освоения дисциплины.

Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:

ЗС – решение ситуационных задач,

КР – контрольная работа,

С – собеседование по контрольным вопросам,
Т – тестирование,
Р – реферат.

2. Текущая аттестация - выявляет результаты выполнения ординатором учебного плана и уровень сформированности компетенций. Текущая аттестация проводится кафедрами. Процедура текущей аттестации включает устное собеседование с ординатором, интерпретацию инструментальных методов исследования. Изучение дисциплины заканчивается зачетом с оценкой.

Перечень оценочных средств

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Форма контроля успеваемости	Перечень оценочных средств (ФОС)	Оцениваемые компетенции
<i>Б1.В.ОД.2.1</i>	Раздел 1. Повреждения конечностей	Зачет	1. Перечень вопросов для устного собеседования; 2. Перечень вопросов для письменных контрольных работ; 3. Банк тестовых заданий; 4. Банк ситуационных клинических задач	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8
<i>Б1.В.ОД.2.2</i>	Раздел 2 Повреждения груди	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8
<i>Б1.В.ОД.2.3</i>	Раздел 3. Повреждения живота и таза	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8

Прием зачета проводится на последнем занятии дисциплины. Срок зачета устанавливаются расписанием. Зачет принимают преподаватели, руководившие практикой, семинарами по данной дисциплине. Форма и порядок

проведения зачета определяется кафедрой самостоятельно в зависимости от содержания дисциплины, целей и особенностей ее изучения, используемой технологии обучения. Зачеты по дисциплинам и практикам являются недифференцированными и оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено». Результаты сдачи зачета заносятся в зачетную ведомость.

Критерии оценки сформированности компетенций в результате освоения дисциплины и шкала оценивания:

Перечень компетенций	Критерии их сформированности	Оценка по 5-ти бальной шкале	Аттестация
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8	Знания, умения и навыки сформированы на продвинутом уровне	Отлично (5)	Зачтено
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8	Знания, умения и навыки сформированы на повышенном уровне	Хорошо (4)	
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8;	Знания, умения и навыки сформированы на базовом уровне	Удовлетворительно (3)	
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8	Знания, умения и навыки сформированы на уровне ниже базового	Неудовлетворительно (2)	Не зачтено

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.

Обеспеченность учебной и учебно-методической литературой

специальность 31.08.66 Травматология и ортопедия

год реализации ОПП (2022 -2023 учебный год)

№ п/п	Индекс	Предметы, дисциплины	Автор, название, место издания, издатель-	Коли-	Число
--------------	---------------	-----------------------------	--	--------------	--------------

		(модули)	ство, год издания учебной и учебно-методической литературы	чество экземпляров	обучающихся, одновременно изучающих предмет, дисциплину (модуль)
1	2	3	4	5	6
	Б1.В.ОД.2.	Травматология и ортопедия			
1		Основная литература	Травматология. Национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 528 с. : ил. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442210.html	безлимит	22
			Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] / Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г., Шапиро К.И., Корнилов Н.Н., Осташко В.И., Редько К.Г., Ломая М.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 592 с.: ил. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430859.html ¹	безлимит	22
¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе дисциплины Б1.В.ОД.1 «Травматология и ортопедия» по специальности 31.08.68 «Урология» на 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры урологии № 11 от 14.06.2023.					
					1.00
		Дополнительная литература	Травматология и ортопедия [Текст] : учебник для вузов по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине " Травматология и ортопедия " / Н. В. Корнилов [и др.]; под ред. Н. В. Корнилова . - 3-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 586, [1] с.	10	22

			Котельников Г. П. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] : учебник / Котельников Г. П., Миронов С. П., Мирошниченко В. Ф. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2009 . - 400 с. : ил. . - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru	безлимит	22
			Военно-полевая хирургия [Электронный ресурс] : рук. к прак. занятиям : учеб. пособие / М. В. Лысенко [и др.] ; под ред. М. В. Лысенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. . – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru	безлимит	22
			Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов [Электронный ресурс] : рук. для врачей / под ред. Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru	безлимит	22
2	Б1.В.ОД.2	Лечебная физкультура и спортивная медицина			
		Основная литература	Лечебная физическая культура: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования /С.Н. Попов; под ред. С.Н. Попова -8-е изд., испр. - М.: Академия , 2012.-414 с.	22	22
			Лечебная физкультура и спортивная медицина [Электронный ресурс] / Епифанов В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, . - , 2007. - 568 с. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970405871.html	безлимит	22
			Восстановительная медицина [Электронный ресурс] : учебник / Епифанов В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 304 с.: ил. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426371.html	безлимит	22
		Дополнительная Литература	Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина: учебник для вузов / Епифанов В.А.. – М.: ГЭОТАР- медиа , 2007 -566 с..	7	22
			Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - http://www.studentlibrary.ru/book/	безлимит	22

			ISBN9785970433348.html		
			Александров В. В. Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Текст] : [учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей] / В. В. Александров, А. И. Алгазин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 132, [12] с. - (Библиотека врача-специалиста. Физиотерапия. Реабилитация).	10	22
			Лечебная физическая культура и массаж [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Епифанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. : ил. -http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437575.html	безлимит	22
			Основы реабилитологии [Электронный ресурс]: Учебное пособие / Ибатов А.Д., Пушкина С.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -160 с. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru	безлимит	22
			Лечебная физическая культура и спортивная медицина [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Епифанов В.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 568 с. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru	безлимит	22
			Реабилитация в травматологии и ортопедии [Электронный ресурс] / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 416 с. : ил. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434451.html	безлимит	22
		Травматология и ортопедия			
		Основная литература	Травматология. Национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 528 с. : ил. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442210.html	безлимит	22
			Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] / Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г.,	безлимит	22

			Шапиро К.И., Корнилов Н.Н., Осташко В.И., Редько К.Г., Ломая М.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 592 с.: ил. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430859.html		
					1.00
		Дополнительная литература	Травматология и ортопедия [Текст] : учебник для вузов по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине " Травматология и ортопедия " / Н. В. Корнилов [и др.]; под ред. Н. В. Корнилова . - 3-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 586, [1] с.	10	22
			Котельников Г. П. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] : учебник / Котельников Г. П., Миронов С. П., Мирошниченко В. Ф. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2009 . - 400 с. : ил. . - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru	безлимит	22
			Военно-полевая хирургия [Электронный ресурс] : рук. к практ. занятиям : учеб. пособие / М. В. Лысенко [и др.] ; под ред. М. В. Лысенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. . – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru	безлимит	22
			Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов [Электронный ресурс] : рук. для врачей / под ред. Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru	безлимит	22
	Б2.2	Производственная (клиническая) практика Вар			
	2	Лечебная физкультура и спортивная медицина			
		Основная литература	Лечебная физическая культура: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования /С.Н. Попов; под ред. С.Н. Попова -8-е изд., испр. - М.: Академия , 2012.-414 с.	22	22
			Лечебная физкультура и спортивная медицина [Электронный ресурс] / Епифанов В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, . - , 2007. - 568 с. - http://	безлимит	22

			www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970405871.html		
			Восстановительная медицина [Электронный ресурс] : учебник / Епифанов В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 304 с.: ил. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426371.html	безли- мит	22
	Дополнительная Литература		Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина: учебник для вузов / Епифанов В.А.. – М.: ГЭОТАР- медиа , 2007 -566 с..	7	22
			Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433348.html	безли- мит	22
			Александров В. В. Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Текст] : [учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей] / В. В. Александров, А. И. Алгазин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 132, [12] с. - (Библиотека врача-специалиста. Физиотерапия. Реабилитация).	10	22
			Лечебная физическая культура и массаж[Электронный ресурс] : учебник / В. А. Епифанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. : ил. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437575.html	безли- мит	22
			Основы реабилитологии [Электронный ресурс]: Учебное пособие / Ибатов А.Д., Пушкина С.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -160 с. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru	безли- мит	22
			Лечебная физическая культура и спортивная медицина [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Епифанов В.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 568 с. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru	безли- мит	22
			Реабилитация в травматологии и ортопедии [Электронный ресурс] / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 416 с. : ил. - http://www.studentlibrary.ru/book/	безли- мит	22

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Для семинарских занятий используются учебные комнаты кафедры, а также специализированные помещения отделений клинических баз 12 больница, 2этаж, травматологическое отделение (Краснооктябрьский район, ул.Бажова 2а,).

25 больница, 5 этаж, травматологическое отделение, (Дзержинский район, ул. Землячки 74).

4 больница, 2этаж, травматологическое отделение, (Тракторозаводской район, ул. Ополченская 40).

3 больница, «Ортопедический Центр»;1 или 2 этаж, ортопедическое отделение, ул. Советская 45

7 больница,1этаж, травматологическое отделение. Советский район, ул. Казахская 1.

Перечень материально-технических средств для:

- чтения лекций: мультимедийные комплексы; проекционная аппаратура, аудиосистема;

- проведения семинарских занятий: мультимедийные комплексы, аудио- и видеоаппаратура и другие технические средства обучения;

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, угломер, фонендоскоп, лента сантиметровая, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический и микрохирургический инструментарий, универсальная си-

стема ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации), материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Перечень демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, наборы наглядных материалов по различным разделам дисциплины: таблицы и слайды к семинарским занятиям, наборы КТ, МРТ, рентгенограмм. Комплекты основных учебных документов. Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам.

Приложения.

12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы травматологии и ор- топедии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Организация амбулаторной специализированной помощи больным с травмами и ортопедическими заболеваниями.2. Организация стационарной специализированной помощи больным с травмами и ортопедическими заболеваниями.3. Организация работы травматологического кабинета в амбулаторной сети. и в стационаре.4. Организация работы травматологического отделения в стационаре.5. Узкоспециализированные отделения, клиники ВУЗов, НИИ.6. Механизм травмы и биомеханика переломов. Классификация.7. Общие принципы консервативного и оперативного лечения переломов, достоинства и недостатки.8. Особенности возникновения переломов и консолидации у детей и
--	---

	лиц старшего возраста.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Травматология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травматические вывихи. Повреждения связок и менисков коленного сустава. Диагностика и лечение. 2. Диафизарные переломы верхней конечности. Диафизарные переломы нижней конечности. Стрессовые переломы. Диагностика, лечение. 3. Переломы костей таза. 4. Переломы костей кисти и запястья. Диагностика и лечение. Повреждение сухожилий кисти и пальцев. Диагностика и лечение. Повреждения сухожилий Ахиллова (пяточного) сухожилия и сухожилия двуглавой мышцы плеча. 5. Ожоги. Классификация. Диагностика и лечение. Переохлаждение и отморожения. Диагностика и лечение. 6. Травматический остеомиелит, абсцесс Броди и остеомиелит Гарре. 7. Замедленно консолидирующиеся и несросшиеся переломы, ложные суставы. Ампутации и протезирование. 8. Открытые переломы и повреждения суставов. Диагностика и лечение. 9. Остеохондроз позвоночника. Спондилёз. Диагностика, лечение. 10. Политравма. Комбинированные повреждения опорно-двигательного аппарата. 11. Повреждения мышц, магистральных сосудов и нервов. Кровотечение и кровопотеря. Переливание крови. 12. Синдром длительного сдавления. Диагностика, лечение. 13. Закрытые повреждение черепа и головного мозга. Закрытые травмы грудной клетки. Классификация. Клиника и диагностика. Открытые травмы грудной клетки. Жизнеугрожающие последствия ранений груди. Первая помощь. Квалифицированная помощь. 14. Вывихи, переломовывихи и переломы шейного отдела позвоночника. Тактика лечения. Консервативные и оперативные методы лечения. Переломы грудного отдела позвоночника. Клинико-рентгенологическая диагностика. Лечение. Переломы поясничного отдела позвоночника. Клинико-рентгенологическая диагностика. Лечение. 15. Тактика лечения не стабильных переломов костей таза. Переломы вертлужной впадины. Классификация. Консервативные методы лечения. Осложнения переломов вертлужной впадины. Лечение. 16. Инфекционные осложнения травм. Синдром системной воспалительной реакции. Артриты инфекционного происхождения. Диагностика, лечение. Анаэробная инфекция. Сроки возникновения. Клинические формы. Профилактика. Лечение. Сепсис. Диагностика и лечение. Столбняк. Диагностика, профилактика и принципы лечения. Укушенные раны. Особенности течения. Профилактика бешенства. Костно-суставной туберкулёз. Диагностика, лечение.
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Ортопедия»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 17. Остеохондроз позвоночника. Спондилёз. Диагностика, лечение. 18. Остеохондропатии. Диагностика и лечение. Пограничные с опухолями костей заболевания (фиброзная дисплазия, болезнь Педжета, эозинофильная гранулёма кости, гипертиреоидная остеодистрофия). 19. Системные (врождённые) заболевания скелета. Врождённые деформации грудной клетки. Диагностика, лечение. Врождённые пороки развития таза. Диагностика, лечение. Врождённые пороки развития позвоночника. Диагностика, лечение. Врождённый вы-

	<p>вих бедра. Диагностика, лечение. Врождённая косолапость. Диагностика, лечение. Кривошея. Диагностика, лечение. Врождённые пороки развития верхних и нижних конечностей. Диагностика, лечение.</p> <p>20. Доброкачественные опухоли костей. Диагностика, лечение. Гетеротопические оссификации. Злокачественные опухоли костей. Диагностика, лечение.</p> <p>21. Пороки осанки. Диагностика, лечение. Сколиоз. Сколиотическая болезнь. Диагностика, лечение. Ортопедическая профилактика полиомиелита. Ортопедическая профилактика ДЦП.</p> <p>22. Плоскостопие (продольное и поперечное). Диагностика, лечение. Hallux valgus. Молоткообразные пальцы. Диагностика, лечение. Пяточная шпора.</p> <p>23. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Первичное эндопротезирование. Ревизионное эндопротезирование. Эндопротезирование коленного сустава. Первичное эндопротезирование. Ревизионное эндопротезирование.</p> <p>24. Реабилитация больных после травм и заболеваний опорно-двигательной системы.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы травматологии и ортопедии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общие понятия об ортопедии и травматологии. Задачи этой специальности. 2. Учет, анализ, профилактика травматизма, организация ортопедо-травматологической помощи. 3. Организация травматологической помощи на промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве. 4. Методы исследования в травматологии и ортопедии (клинические). 5. Методы исследования в травматологии и ортопедии (основы рентгенодиагностики костей и суставов). 6. Основы биомеханики опорно-двигательного аппарата в норме и при патологии. 7. Основные методы лечения в травматологии и ортопедии. 8. Особенности обследования пострадавших с политравмой. 9. Особенности диагностики повреждений в зависимости от механизма травмы. 10. Осложнения при лечении травм опорно-двигательного аппарата. 11. Обезболивание в травматологии и ортопедии.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Травматология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 12. Переломы ключицы. Вывихи ключицы. Переломы лопатки. Повреждения плечевого сустава. Диагностика. Лечение. 13. Около - и внутрисуставные переломы проксимального отдела плечевой кости. Диафизарные переломы плечевой кости. Диагностика. Лечение. 14. Повреждения локтевого сустава. Переломы костей предплечья. Переломы и вывихи пястных костей запястья. 15. Переломы шейки бедра. Диагностика. Лечение. Диафизарные переломы бедренной кости. Переломы мыщелков бедренной кости. 16. Повреждения надколенника (вывихи, переломы). Повреждения менисков коленного сустава. Повреждения связок коленного сустава. Восстановление повреждений хряща в коленном суставе. 17. Переломы мыщелков большеберцовой кости. Диафизарные переломы костей голени. Повреждения дистального отдела большеберцовой кости. 18. Переломы лодыжек. Переломы таранной кости. Переломы пя-

	<p>точной кости. Переломы костей предплюсны. Переломы плюсневых костей.</p> <p>19. Ранения и закрытые повреждения груди. Частота и классификация ранений и закрытых повреждений груди. Клинические проявления и диагностика различных видов повреждений и ранений. Оказание первой помощи.</p> <p>20. Классификация ожогов и клиническое течение. Ожоговый шок. Периодизация ожоговой болезни. Отморожения конечностей. Этиология, патогенез. Классификация. Лечение.</p> <p>21. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Диагностика. Лечение.</p> <p>22. Диагностика и лечение переломов костей таза без нарушения непрерывности тазового кольца. Диагностика и лечение переломов костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Ортопедия»</p>	<p>23. Доброкачественные опухоли костной и хрящевой ткани.</p> <p>24. Злокачественные опухоли костной и хрящевой ткани.</p> <p>25. Дисплазии и другие пограничные заболевания.</p> <p>26. Гетеротопические оссификации. Остеохондропатии.</p> <p>27. Ампутации, вычленения, реампутации. Протезирование. Ортопедическая обувь. Основные вопросы определения и сохранения трудоспособности при дефектах конечностей. Вопросы восстановления трудоспособности (реабилитации) и трудоустройства больных с последствиями повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата.</p> <p>28. Церебральные спастические параличи и их лечение в детском возрасте. Родовой паралич верхней конечности.</p> <p>29. Остеоартроз тазобедренного сустава. Остеоартроз коленного сустава. Остеоартроз суставов стоп.</p> <p>30. Остеохондроз (клиническая, рентгенологическая симптоматика). Остеохондроз (лечение). Спондилоартроз и спондилез.</p> <p>31. Аномалии развития позвоночника. Спондилолиз и спондилолистез Кривошея.</p> <p>32. Врожденные деформации грудной клетки. Приобретенные деформации грудной клетки.</p> <p>33. Пороки осанки. Диагностика. Лечение и профилактика деформаций статики. Сколиоз.</p> <p>34. Врожденный вывих бедра. Патологические состояния проксимального отдела бедра (coxa valga, coxa vara). Аномалии развития коленного сустава. Врожденный вывих</p> <p>35. Врожденная косолапость.</p> <p>36. Плоскостопие. Отклонение I пальца стопы кнаружи. Полая, приведенная стопа, молоткообразные пальцы стопы. Пяточные шпоры.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами).

Таблица 1. Общие сведения

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
-----	-----	--

Ф	Код функции	Текст названия трудовой функции
В	001	Материально-техническую базу здравоохранения составляют
О	А	сеть учреждений здравоохранения, коечный фонд
О	Б	медикаменты
О	В	транспорт
О	Г	документация
Ф	002	Практическое значение демографии сводится
О	А	к планированию социально-экономического развития страны (территории)
О	Б	к планированию учреждений здравоохранения и кадров
О	В	к оценке здоровья населения
О	Г	к оценке качества медицинской помощи
Ф	003	Одно травматологическое отделение поликлиники функционирует на территории:
О	А	100 тыс. населения
О	Б	200 тыс. населения
О	В	50 тыс. населения
О	Г	300 тыс. населения
Ф	004	Круглосуточная экстренная травматологическая помощь населению организуется в больницах города с населением не менее:
О	А	100 тыс. населения
О	Б	150 тыс. населения
О	В	200 тыс. населения
О	Г	250 тыс. населения

Ф	005	Оптимальная мощность специализированного отделения стационара составляет
О	А	от 30 до 60 коек
О	Б	от 40 до 60 коек
О	В	от 50 до 70 коек
О	Г	от 40 до 80 коек
Ф	006	Заболееваемость населения определяет
О	А	совокупность вновь возникших в текущем году заболеваний
О	Б	количество посещений врача в текущем году
О	В	распространенность заболеваний в текущем году
О	Г	количество вновь возникших заболеваний
Ф	007	Экспертизу стойкой нетрудоспособности проводят
О	А	органы социального страхования
О	Б	райздравотдел
О	В	главный врач поликлиники
О	Г	главный врач стационара
Ф	008	Функциями лечащего врача в области экспертизы трудоспособности являются
О	А	установления факта временной нетрудоспособности и выдачи больничного листка на срок до 10 дней
О	Б	установления стойкой нетрудоспособности
О	В	Установление группы стойкой нетрудоспособности
О	Г	Продление срока стойкой нетрудоспособности
Ф	009	Среди неэпидемических заболеваний первое место среди причин инвалидности

		занимают
О	А	сердечно-сосудистые заболевания
О	Б	злокачественные новообразования
О	В	травмы и последствия травмы
О	Г	заболевания ЖКТ
Ф	010	Для расчета потребности во врачебных должностях для обслуживания населения стационарной помощью необходимы данные
О	А	потребность в больничных койках и нормы нагрузки врачебной должности в стационаре
О	Б	показатель использования коечного фонда (в %)
О	В	оборот койки
О	Г	возрастной состав населения
Ф	011	Число дней работы койки в году в среднем в городских больницах составляет
О	А	330-340 дней
О	Б	230-320 дней
О	В	320-350 дней
О	Г	350-360 дней
Ф	012	К видам медицинской учетной документации, применяемой в клинико-статистическом исследовании, относятся
О	А	история болезни, история развития ребенка
О	Б	контрольная карта диспансерного наблюдения
О	В	карта выбывшего из стационара
О	Г	карта амбулаторного больного
Ф	013	Из перечисленного ниже можно представить в абсолютных величинах
О	А	численность населения
О	Б	рождаемость

О	В	заболеваемость населения
О	Г	смертность
Ф	013	Среди всех заболеваний в Российской Федерации травма занимает
О	А	3 место
О	Б	1 место
О	В	5 место
О	Г	2 место
Ф	014	Среди всех видов травм количественно преобладают
О	А	ушибы и растяжения
О	Б	переломы и вывихи
О	В	раны и ссадины
О	Г	ожоги и отморожения
Ф	015	Один травматологический пункт в городе рассчитан
О	А	на 100-200 тыс населения
О	Б	на 50-100 тыс населения
О	В	на 200-250 тыс населения
О	Г	на 300-400 тыс населения
Ф	016	В городских или районных больницах при отсутствии специализированного ожогового отделения
О	А	в гнойном отделении
О	Б	в травматологическом отделении
О	В	в общехирургическом отделении
О	Г	в нейрохирургическом отделении

Ф	017	Ожоговую болезнь вызывает ожог, охватывающий
О	А	20% и более площади тела
О	Б	10% и более площади тела
О	В	15% и более площади тела
О	Г	5% и более площади тела
Ф	018	В среднем в течение года термическую травму получают
О	А	1 из 1000 человек
О	Б	5 из 1000 человек
О	В	10 из 1000 человек
О	Г	15 из 10000 человек
Ф	019	Наиболее частой причиной инвалидности при термических ожогах является
О	А	ожоговые рубцы, контрактуры и деформации
О	Б	трофические язвы
О	В	нарушение функции кистей рук
О	Г	ампутация конечностей
Ф	020	Потребность в ожоговых койках в крупных городах РФ составляет на 10 тыс взрослого населения
О	А	0.4-0.5 койки
О	Б	0.1 койки
О	В	0.5-0.8 койки
О	Г	0.2-0.7 койки
Ф	021	Потребность в ожоговых койках в крупных городах РФ составляет на 10 тыс детского населения
О	А	0.1-0.13 коек

О	Б	0.2-0.3 коек
О	В	0.4-0.5 коек
О	Г	0.6-0.8 коек
Ф	022	Показатель гемоглобина периферической крови в норме колеблется в пределах
О	А	120-160 г/л
О	Б	190-210 г/л
О	В	170-185 г/л
О	Г	90-100 г/л
Ф	023	Повышение концентрации мочевины в крови и моче у больных после травмы наиболее выражено на
О	А	2-е сутки
О	Б	9-е сутки
О	В	7-е сутки
О	Г	1-е сутки
Ф	024	При неосложненном клиническом течении травматической болезни концентрация мочевины в крови нормализуется на
О	А	15-е сутки
О	Б	20-е сутки
О	В	5-е сутки
О	Г	10-е сутки
Ф	025	В норме парциальное давление углекислого газа (P_{aCO_2}) артериальной крови составляет
О	А	40 ± 5 мм рт. ст.
О	Б	20 ± 4 мм рт. ст.
О	В	30 ± 5 мм рт. ст.
О	Г	50 ± 2 мм рт. ст.

Ф	026	Внутрилегочное шунтирование венозной крови составляет в норме
О	А	5-7%
О	Б	9-12%
О	В	13-15%
О	Г	1-3%
Ф	027	Переливание несовместимой крови вызывает
О	А	поражение почечных канальцев
О	Б	тромбоз клубочков почек
О	В	отек легких
О	Г	диссеминированное внутрисосудистое свертывание
Ф	028	Сывороточная гомологическая желтуха наблюдается наиболее часто при внутривенном переливании
О	А	крови или плазмы от многих доноров
О	Б	крови и плазмы от одного донора
О	В	цельной крови от одного донора
О	Г	эритроциты от одного донора
Ф	029	Ранним признаком острого тромбоза артерий является
О	А	боль
О	Б	отек
О	В	похолодание конечности
О	Г	мраморность кожных покровов
Ф	030	На каждые 500 мл крови с целью "защиты от цитрата" необходимо ввести
О	А	1 г кальция

О	Б	2 г кальция
О	В	3 г кальция
О	Г	4 г кальция
Ф	031	В ранней фазе воспаления раневого процесса ведущую роль играют
О	А	тромбоциты и тучные клетки
О	Б	нейтрофилы
О	В	фибробласты
О	Г	макрофаги
Ф	032	Основными клетками, принимающими участие в очищении ран от тканевого детрита в фазу воспаления, являются
О	А	макрофаги
О	Б	нейтрофилы
О	В	фибробласты
О	Г	тромбоциты и тучные клетки
Ф	033	Критический уровень содержания микробных тел на 1 г ткани раны при генерализованной инфекции составляет
О	А	10^5
О	Б	10^2
О	В	10^3
О	Г	10^6
Ф	034	Тромбоэмболия легочной артерии после травмы обычно возникает через
О	А	13-21 дней
О	Б	22-28 дней
О	В	3-7 дней

О	Г	8-12 дней
Ф	035	Правильное наложение кровоостанавливающего жгута характеризуется следующим условием
О	А	жгут наложен так туго, как только остановится кровотечение
О	Б	жгут наложен с силой, вызывающей онемение в дистальном отделе конечности
О	В	жгут наложен как можно туже на конечности
О	Г	жгут наложен так, что из раны слегка сочится кровь
Ф	036	К отсроченной хирургической обработке относится обработка, произведенная после травмы через
О	А	24-48 ч
О	Б	12-18 ч
О	В	49-72 ч
О	Г	97-120 ч
Ф	037	Инкубационный период при столбняке обычно равен
О	А	7-14 дней
О	Б	3-5 дней
О	В	24-30 дней
О	Г	10-21 день
Ф	038	Лечебной дозой антигангренозной сыворотки является
О	А	по 100 000 МЕ против каждого из возбудителей
О	Б	по 60 000 МЕ против каждого из возбудителей
О	В	по 20 000 МЕ против каждого из возбудителей
О	Г	по 10 000 МЕ против каждого из возбудителей

Ф	039	Бешенство характеризуется развитием патологических изменений головного мозга в виде
О	А	энцефалита
О	Б	базального арахноидита лобных долей
О	В	менингита
О	Г	отека мета- и гипоталамуса
Ф	040	Общая длительность заболевания бешенством составляет
О	А	3-7 дней
О	Б	8-10 дней
О	В	12-14 дней
О	Г	21-28 дней
Ф	041	Наиболее часто сдавление мягких тканей наблюдается при
О	А	землетрясении
О	Б	падении с высоты
О	В	автомобильных авариях
О	Г	пожарах
Ф	042	Первопричиной патологических изменений в организме при сдавлении мягких тканей является
О	А	гиперкалиемия
О	Б	выброс в кровяное русло катехоламинов
О	В	закупорка почечных петель миоглобином
О	Г	плазмопотеря
Ф	043	У молодого, ранее здорового человека, находящегося в состоянии травматического шока I степени, артериальное давление будет
О	А	100/60 мм рт. ст.
О	Б	70/60 мм рт. ст.

О	В	90/60 мм рт. ст.
О	Г	110/70 мм рт. ст.
Ф	044	Операцию остеосинтеза закрытого перелома диафиза бедренной кости после выведения больного из состояния травматического шока рекомендуется производить
О	А	через несколько суток
О	Б	через 12 ч стабилизации гемодинамики
О	В	после нормализации диуреза
О	Г	сразу же после нормализации артериального давления и пульса
Ф	045	С целью корректировки кислотно-щелочного состояния следует переливать 4% раствор бикарбоната натрия на каждые 500 мл крови в количестве
О	А	50 мл
О	Б	100 мл
О	В	150 мл
О	Г	200 мл
Ф	046	Потеря жизнеспособности конечности при повреждении магистрального сосуда без оказания квалифицированной помощи возникает в срок
О	А	1-3 ч
О	Б	4-5 ч
О	В	6-7 ч
О	Г	6-8 ч
Ф	047	При нагноительных процессах в костях, тканях или в суставах с начинающимся истощением показана
О	А	частичная некрэктомия
О	Б	быстрая ампутация круговым способом, без стягивающих и направляющих швов
О	В	быстрая ампутация конечности с наложением глухого шва

О	Г	артротомия, резекция пораженных костей, костно-пластическая операция, постоянное длительное орошение и дренирование
Ф	048	Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является
О	А	дисплазия бедренного сустава
О	Б	болезнь Клиппеля - Фейля
О	В	врожденная косорукость
О	Г	патологический вывих бедра
Ф	049	В основе остеохондропатии лежит
О	А	дисфункция роста
О	Б	дисфункция созревания
О	В	неправильное внутриутробное развитие
О	Г	тератогенное воздействие
Ф	050	В основе патогенеза врожденного вывиха бедра у детей лежит
О	А	дисфункция созревания
О	Б	родовая травма
О	В	внутриутробная инфекция
О	Г	дисфункция роста
Ф	051	Наиболее частой локализацией родового эпифизолиза является
О	А	дистальный эпифиз плечевой кости
О	Б	проксимальный эпифиз бедренной кости
О	В	дистальный эпифиз бедренной кости
О	Г	проксимальный эпифиз плечевой кости
Ф	052	Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со сме-

		щением отломков включает
О	А	вытяжение по Блаунту
О	Б	вытяжение по Шеде
О	В	одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
О	Г	открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
Ф	053	Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является
О	А	ото-рино-ликворея
О	Б	кровотечение из носа и уха
О	В	многократная рвота
О	Г	очаговая неврологическая симптоматика
Ф	054	Типичный механизм возникновения перелома лопатки у детей
О	А	прямой удар в области спины
О	Б	падение на отведенную руку
О	В	падение на приведенную руку
О	Г	падение на спину при максимальном сгибании позвоночника
Ф	055	Оптимальной фиксирующей повязкой при переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети является
О	А	повязка Дезо
О	Б	торакобрахиальная повязка
О	В	гипсовая 8-образная повязка
О	Г	костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому - Карпенко
Ф	056	Закрытую репозицию надмыщелкового перелома плечевой кости у детей начинают с устранения смещения
О	А	ротационного
О	Б	по ширине

О	В	по длине
О	Г	углового
Ф	057	При ранении основной фаланги пальца с повреждением обоих сухожилий сгибателей и пальцевого нерва лечебная тактика включает
О	А	первичный шов сухожилия глубокого сгибателя и нерва, поверхностное сухожилие иссечь
О	Б	первичный шов поверхностного сгибателя и нерва, концы глубокого сгибателя иссечь
О	В	первичный шов обоих сухожилий, шов нерва отложить
О	Г	первичный шов обоих сухожилий и нерва
Ф	058	При разрыве передней крестообразной связки коленного сустава определяется
О	А	симптом "выдвижного ящика"
О	Б	сгибательная контрактура в коленном суставе
О	В	симптом "прилипшей пятки"
О	Г	блокада коленного сустава
Ф	059	Оптимальным методом фиксации при закрытом поперечном переломе 2 костей голени в средней трети является
О	А	гипсовая лонгета
О	Б	аппарат Илизарова
О	В	стержневой аппарат
О	Г	аппарат Волкова - Оганесяна
Ф	060	Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен
О	А	наклон головы и поворот ее в "здоровую" сторону
О	Б	ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди
О	В	поворот головы в сторону "подвывиха"
О	Г	наклон головы и поворот ее в "больную" сторону

Ф	061	Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у детей встречается в
О	А	средне-грудном отделе
О	Б	поясничном отделе
О	В	шейном отделе
О	Г	нижне-грудном отделе
Ф	062	Симптом "заднего шага" характерен для
О	А	отрыва передней верхней ости
О	Б	перелома горизонтальной ветви лонной кости
О	В	разрыва крестцово-подвздошного сочленения
О	Г	разрыва симфиза
Ф	063	Оптимальный метод лечения перелома бедренной кости при ведущем повреждении грудь - живот предусматривает применение
О	А	аппарата Волкова - Оганесяна
О	Б	аппарата Илизарова
О	В	скелетного вытяжения
О	Г	интрамедуллярного остеосинтеза
Ф	064	Врожденную кривошею следует отнести к
О	А	миогенной деформации
О	Б	десмогенной деформации
О	В	неврогенной деформации
О	Г	дермо-десмогенной деформации
Ф	065	Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются
О	А	на 10-14 день после родов

О	Б	в первые 3-5 дней после рождения
О	В	в 3-месячном возрасте
О	Г	в месячном возрасте
Ф	066	Абсолютным показанием к оперативному лечению кривошеи является
О	А	нарастающая асимметрия лица и шеи
О	Б	нарушение осанки
О	В	нарушение остроты зрения
О	Г	страбизм сходящийся и расходящийся
Ф	067	Отсутствие ключицы или двух ключиц носит название
О	А	черепно-ключичного дизостоза
О	Б	синдрома Шеревского - Турнера
О	В	болезни Клиппель - Фейля
О	Г	болезни Гризеля
Ф	068	Патологическая установка стопы при врожденной косолапости складывается из
О	А	приведения, супинации и подошвенного сгибания
О	Б	отведения, супинации и подошвенного сгибания
О	В	приведения, пронации и тыльного сгибания
О	Г	отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
Ф	069	Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является
О	А	ограничение отведения бедер
О	Б	симптом Маркса - Ортолани (соскальзывание)
О	В	асимметрия ножных складок
О	Г	укорочение ножки

Ф	070	При патологическом вывихе бедра в случае сохранения большого вертела наилучшие результаты дает операция по
О	А	Коллона
О	Б	Улицкому
О	В	Садофьеву
О	Г	Новаченко
Ф	071	Причиной возникновения болезни Маделунга является
О	А	дисплазия дистальной ростковой зоны лучевой кости
О	Б	остеомиелит лучевой кости
О	В	дисплазия росткового хряща локтевой кости
О	Г	опухоль
Ф	072	Этиология множественной эпифизарной хондроплазии (болезни Фейрбанка)
О	А	дефект центра оссификации эпифиза (врожденного генеза)
О	Б	порок развития зоны эпифиза
О	В	нейроэндокринная патология, дефицит гормона роста
О	Г	нарушение питания эпифиза
Ф	073	Лечение эозинофильной гранулемы
О	А	только оперативное
О	Б	химиотерапия и оперативное лечение
О	В	химиотерапия
О	Г	лучевая терапия
Ф	074	Типичная локализация остеогенной саркомы
О	А	нижняя треть бедра, верхняя треть голени

О	Б	верхняя треть бедра, нижняя треть голени
О	В	кости стопы, кости черепа
О	Г	кости таза
Ф	075	Клиническая картина при остеогенной саркоме в начале заболевания выражается следующими признаками
О	А	боли в покое, припухлость, болевая контрактура
О	Б	боли нет, припухлость, гиперемия
О	В	повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов
О	Г	боль при движениях, хромота
Ф	076	Сухожильный шлем состоит
О	А	из пяти мышечных брюшек
О	Б	из четырех мышечных брюшек
О	В	из шести мышечных брюшек
О	Г	из двух мышечных брюшек
Ф	077	Основная артерия, снабжающая твердую мозговую оболочку
О	А	средняя оболочечная
О	Б	передняя оболочечная
О	В	задняя оболочечная
О	Г	передняя мозговая
Ф	078	Возникновение симптома "очков" при переломе основания черепа объясняется
О	А	повреждением задней решетчатой вены
О	Б	повреждением задней решетчатой вены
О	В	разрывом позвоночной артерии

О	Г	повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке
Ф	079	Мимические мышцы лица иннервирует
О	А	лицевой нерв
О	Б	добавочный нерв
О	В	тройничный нерв
О	Г	блуждающий нерв
Ф	080	Шейное нервное сплетение формируется чаще всего из
О	А	С1-С4
О	Б	С2-С3
О	В	С3-С4
О	Г	С4-С5
Ф	081	Блокада шейного нервного сплетения осуществляется доступом
О	А	по середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по заднему ее краю
О	Б	по середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по переднему ее краю
О	В	на уровне второго шейного позвонка
О	Г	на уровне подъязычной кости
Ф	082	При тяжелой травме лицевого отдела черепа остановка кровотечения осуществляется перевязкой
О	А	наружной сонной артерии
О	Б	внутренней сонной артерии
О	В	плече-головного отдела
О	Г	общей сонной артерии

Ф	083	Блокаду плечевого сплетения производят
О	А	по середине ключицы на 4 см выше ее
О	Б	по середине ключицы на 4 см ниже ее
О	В	на границе медиальной и средней трети ключицы на 4 см выше ее
О	Г	на границе средней и наружной трети ключицы на 4 см выше ее
Ф	084	Капсулу плечевого сустава укрепляет
О	А	плечевая мышца
О	Б	надостная мышца
О	В	подлопаточная мышца
О	Г	дельтовидная мышца
Ф	085	Двуглавую мышцу плеча иннервирует
О	А	кожно-мышечный нерв
О	Б	подмышечный нерв
О	В	срединный нерв
О	Г	локтевой нерв
Ф	086	Трехглавая мышца плеча иннервируется
О	А	лучевым нервом
О	Б	локтевым нервом
О	В	срединным нервом
О	Г	подмышечный нерв
Ф	087	Локтевой сустав имеет
О	А	три сочленения
О	Б	четыре сочленения

О	В	два сочленения
О	Г	два сочленения
Ф	088	В нижней трети предплечья срединный нерв лежит между
О	А	глубоким и поверхностным сгибателям пальцев
О	Б	лучевым сгибателям кисти и ладонной длинной мышцей
О	В	глубоким сгибателям пальцев и сгибателям большого пальца
О	Г	локтевым сгибателям кисти и поверхностным сгибателям пальцев
Ф	089	На ладонной стороне предплечья находится
О	А	четыре сосудисто-нервных пучка
О	Б	три сосудисто-нервных пучка
О	В	один сосудисто-нервный пучок
О	Г	два сосудисто-нервных пучка
Ф	090	На ладонной стороне кисти имеются три фасциальных ложа
О	А	срединное, внутреннее и наружное
О	Б	срединное, переднее и заднее
О	В	срединное, поверхностное и глубокое
О	Г	наружное, срединное и глубокое
Ф	091	При повреждении лучевого нерва отмечается
О	А	свисающая кисть
О	Б	когтистая лапа
О	В	обезьянья лапа
О	Г	сгибательная контрактура I, II и III пальцев и разгибательная контрактура IV и V пальцев

Ф	092	В грудной клетке полных межреберных промежутков
О	А	шесть
О	Б	четыре
О	В	семь
О	Г	пять
Ф	093	Спинальный мозг заканчивается на уровне
О	А	2 поясничного позвонка
О	Б	1 поясничного позвонка
О	В	3 поясничного позвонка
О	Г	4 поясничного позвонка
Ф	094	Позвонки соединены наиболее подвижно
О	А	в шейном отделе
О	Б	в грудном отделе
О	В	на границе шейного и грудного отделов
О	Г	на границе грудного и поясничного отделов
Ф	095	По выходу из межпозвоночного отверстия ствол спинно-мозгового нерва делится
О	А	на 4 ветви
О	Б	на 3 ветви
О	В	на 2 ветви
О	Г	на 5 ветвей
Ф	096	Распространение гноя из-под большой ягодичной мышцы в полость малого таза возможно через
О	А	над- и подгрушевидное отверстия
О	Б	по ходу седалищного нерва

О	В	малое седалищное отверстие
О	Г	щель под проксимальной частью сухожилия большой ягодичной мышцы
Ф	097	Верхняя ягодичная артерия отходит от
О	А	внутренней подвздошной
О	Б	общей подвздошной
О	В	запирательной
О	Г	наружной подвздошной
Ф	098	Через большое седалищное отверстие проходит, осуществляя вращение бедра кнаружи
О	А	грушевидная мышца
О	Б	подвздошно-поясничная мышца
О	В	большая ягодичная мышца
О	Г	малая поясничная мышца
Ф	099	В ягодичной области имеется
О	А	3 слоя мышц
О	Б	4 слоя мышц
О	В	5 слоев мышц
О	Г	2 слоя мышц
Ф	100	При плече-лопаточном периартрите и травмах плечевого сустава болевой синдром можно снять блокадой
О	А	надлопаточного нерва со стороны надостной ямки
О	Б	лучевого нерва на плече
О	В	надлопаточного нерва со стороны подостной ямки
О	Г	мышечно-кожного нерва

Ф	101	Капсулу тазобедренного сустава укрепляют
О	А	3 связки
О	Б	2 связки
О	В	4 связки
О	Г	5 связок
Ф	102	При лечении переломов может не учитываться принцип
О	А	сохранения микроподвижности для усиления катаболической фазы регенерации костной ткани в зоне перелома
О	Б	полного сопоставления отломков
О	В	высокой прочности фиксации
О	Г	сохранения кровоснабжения кости
Ф	103	Хорошо переносятся тканями, инертны в организме, механически прочные и дешевые сплавы
О	А	нержавеющая сталь, содержащая молибден
О	Б	виталлиум - сплав кобальта, хрома, молибдена
О	В	тантал
О	Г	титан
Ф	104	Непригодным для остеосинтеза диафизарных переломов являются
О	А	фиксаторы типа шелк, проволока, лента, спицы, винты, шурупы
О	Б	чрескостный остеосинтез аппаратами и устройствами
О	В	экстрamedулярный плотный остеосинтез
О	Г	внутрикостный плотный остеосинтез
Ф	105	Основную механическую нагрузку на костный фиксатор несет

О	А	над областью перелома
О	Б	на 2 см в сторону от линии перелома
О	В	на концах пластины
О	Г	на дистальном конце пластины
Ф	106	При остеосинтезе металлическими конструкциями возникают рычаги I и II рода, вызывающие разрушающее действие, для его снижения следует
О	А	использовать скрепители, имеющие большую поверхность контакта с костью
О	Б	применять углеродистые фиксаторы
О	В	использовать скрепители с небольшой поверхностью контакта с костью
О	Г	использовать дополнительную гипсовую повязку
Ф	107	Оптимальные размеры пластин при переломе голени должны быть
О	А	16 см на 10 винтах, независимо от уровня перелома
О	Б	14 см на 8 винтах, независимо от уровня перелома
О	В	при переломе нижней трети - от 6 до 8 см $1/6$ длины голени
О	Г	при переломе верхней трети - от 10 до 16 см $1/4$ длины голени
Ф	108	Основными силами, смещающими положение отломков, являются: масса конечности дистальнее места перелома и мышечные усилия, поэтому для прочной фиксации перелома бедра следует использовать пластину
О	А	$1/2$ длины сегмента конечности на 10 винтах
О	Б	$1/3$ длины сегмента конечности на 8 винтах
О	В	$1/5$ длины сегмента конечности на 4 винтах
О	Г	$1/4$ длины сегмента конечности на 6 винтах
Ф	109	При переломе вертлужной впадины оперативный остеосинтез необходимо проводить в случаях
О	А	нерепонируемого перелома

О	Б	сложных многооскольчатых переломах вертлужной впадины
О	В	краевого перелома впадины на уровне лимбуса с вывихом головки бедренной кости
О	Г	перелома края вертлужной впадины
Ф	110	Лучшим способом оперативного восстановления перелома надколенника является
О	А	скрепление отломков спицами Киршнера с 8-образным стягивающим двойным проволочным швом
О	Б	компрессионный остеосинтез аппаратами различных конструкций
О	В	чрезкостный двухэтажный двойной лавсановый шов
О	Г	перипателлярный кисетный или полукисетный шов лавсаном
Ф	111	По конструктивным особенностям лучшей фиксацией обладают аппараты
О	А	состоящие из кольцевых опор, стержневые аппараты
О	Б	стержни, вгипсованные в циркулярные гипсовые повязки
О	В	состоящие из 2-3-4 дуг
О	Г	резьбовые муфты, пластины, винты, устанавливаемые на стержнях с наружной стороны сегмента конечности
Ф	112	Шарнирно-дистракционные аппараты используются для
О	А	устранения устойчивых контрактур суставов
О	Б	исправления оси конечности
О	В	сращения переломов
О	Г	формирования регенератора
Ф	113	Гипсовая иммобилизация после операции при врожденной косолапости продолжается
О	А	6 месяцев
О	Б	3 месяца

О	В	до 1 года
О	Г	2 месяца
Ф	114	Наиболее эффективно оперативное лечение при врожденной косолапости на
О	А	костях стопы и голени
О	Б	суставах
О	В	сухожилиях
О	Г	сухожильно-связочном аппарате
Ф	115	Дозированная компрессия при стандартном компрессионно-дистракционном остеосинтезе не должна превышать в сутки
О	А	0.3 см
О	Б	0.5 см
О	В	0.8 см
О	Г	1.0 см
Ф	116	Оперативное лечение при врожденной косолапости начинают с
О	А	9-летнего возраста
О	Б	5-летнего возраста
О	В	10-летнего возраста
О	Г	6-месячного возраста
Ф	117	Консервативное лечение косолапости продолжается до
О	А	1 года
О	Б	2.5-3 лет
О	В	5-летнего возраста
О	Г	исправления элементов косолапости

Ф	118	Больной с косялапостью при ходьбе
О	А	наступает на наружный край стопы
О	Б	наступает на внутренний край стопы
О	В	не хрошает
О	Г	хрошает
Ф	119	Закрытую репозицию отломков аппаратом внешней фиксации целесообразно осуществлять со скоростью
О	А	1 мм в сутки
О	Б	2 мм в сутки
О	В	2.5 мм в сутки
О	Г	3 мм в сутки
Ф	120	Этиологическим фактором для врожденной кривошеи является
О	А	дисплазия
О	Б	порок первичной закладки
О	В	неправильное родовспоможение
О	Г	родовая травма
Ф	121	Наиболее часто встречающейся формой кривошеи является
О	А	мышечная
О	Б	рефлекторная
О	В	воспалительная
О	Г	костная
Ф	122	Оптимальный возраст для хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи
О	А	2 года
О	Б	1 год

О	В	3 года
О	Г	5 лет
Ф	123	Наиболее точно дисплазию тазобедренного сустава выявляет рентгенологическая схема, разработанная
О	А	Хильгенрейнером
О	Б	Радулеску
О	В	С.А.Рейнбергом
О	Г	Омбреданом
Ф	124	Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается
О	А	с рождения
О	Б	в возрасте 1 месяца
О	В	в возрасте 1-2 месяцев
О	Г	в возрасте 3 месяцев и старше
Ф	125	Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава в раннем периоде является
О	А	консервативный
О	Б	гипсовые повязки
О	В	функциональные шины
О	Г	оперативный
Ф	126	Из методов лечебного воздействия при консервативном лечении врожденного вывиха бедра применяется
О	А	лечебная гимнастика
О	Б	массаж
О	В	водные процедуры
О	Г	курортное лечение

Ф	127	Из рентгенологических симптомов наиболее характерен для первичной ретикуло-локлеточной саркомы
О	А	мелкоочаговый характер деструкции
О	Б	пластинчатая деструкция
О	В	игольчатый периостит
О	Г	крупноочаговая деструкция
Ф	128	Чаще встречаются следующие виды смещения надколенника
О	А	латеральные
О	Б	медиальные
О	В	горизонтальные
О	Г	ротационные
Ф	129	При врожденном вывихе надколенника встречаются следующие сопутствующие пороки развития
О	А	незаращение дужек позвонков
О	Б	гипертрихоз
О	В	вальгусная деформация шейки бедра
О	Г	плоско-вальгусные стопы
Ф	130	Гемангиомой кости чаще всего поражается
О	А	позвоночник, кости черепа
О	Б	бедренная кость
О	В	большеберцовая кость
О	Г	лопатка
Ф	131	Количество местного анестетика (новокаина), используемого для блокады переломов костей на фоне шока, по сравнению с обычной дозировкой должно быть
О	А	уменьшено

О	Б	увеличено
О	В	существенно не меняется
О	Г	новокаин при шоке как местный анестетик желательно не использовать
Ф	132	Внутрикостная анестезия нашла практическое применение при операции остеосинтеза
О	А	костей голени
О	Б	попе бедренной кости
О	В	плечевой кости
О	Г	ключицы
Ф	133	Для пролонгированной внутрикостной блокады используется
О	А	5% р-р новокаина
О	Б	2% р-р новокаина
О	В	1% р-р новокаина
О	Г	0.5% р-р новокаина
Ф	134	Наиболее целесообразным видом обезболивания у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, находящихся в состоянии травматического шока, является
О	А	эндотрахеальный наркоз
О	Б	масочный и ингаляционный наркоз фторотаном
О	В	внутривенный наркоз
О	Г	местная анестезия
Ф	135	Анестетиком выбора у больных с невосполненной кровопотерей и сохраняющейся гипотензией можно считать
О	А	калипсол
О	Б	барбитураты

<input type="radio"/>	В	фторотан
<input type="radio"/>	Г	эфир
Ф	136	При ожогах ног и нижней половины туловища для обезболивания и улучшения трофики применяется новокаиновая блокада
<input type="radio"/>	А	околопочечная
<input type="radio"/>	Б	вагосимпатическая
<input type="radio"/>	В	поясничного сплетения
<input type="radio"/>	Г	внутрикостная регионарная
Ф	137	Достоинством новокаиновой блокады при тяжелых травмах является то, что она
<input type="radio"/>	А	ликвидирует боль, не смазывая клиническую картину
<input type="radio"/>	Б	снижает температуру тела
<input type="radio"/>	В	повышает центральное венозное давление
<input type="radio"/>	Г	дает длительное обезболивание
Ф	138	Гипотензивный эффект ганглиотиков у пожилых пациентов
<input type="radio"/>	А	более выражен
<input type="radio"/>	Б	менее выражен
<input type="radio"/>	В	отсутствует
<input type="radio"/>	Г	закономерности не выявляется
Ф	139	Быстрое выключение спонтанного дыхания при вспомогательной вентиляции легких у пожилых больных происходит
<input type="radio"/>	А	из-за повышения порога чувствительности дыхательного центра к углекислоте
<input type="radio"/>	Б	из-за наличия эмфиземы легких
<input type="radio"/>	В	из-за понижения ригидности грудной клетки
<input type="radio"/>	Г	из-за повышения ригидности грудной клетки

Ф	140	При лечении ожогового шока приблизительное соотношение коллоидов и кристаллоидов должно составлять
О	А	2:1
О	Б	1:2
О	В	1:3
О	Г	3:1
Ф	141	Внутрикостный методы обезболивания разработал и внедрил
О	А	Школьников Л.Г
О	Б	Фрайман С.Б
О	В	Крупк И.Л.
О	Г	Дитерихс М.И.
Ф	142	При продолжительной оксигенотерапии вдыхаемая газовая смесь должна содержать кислород в объеме
О	А	50-60%
О	Б	30-40%
О	В	до 10%
О	Г	100%
Ф	143	Фиброма кости относится к
О	А	доброкачественной опухоли остеогенного происхождения
О	Б	хондродисплазии
О	В	остеодисплазии
О	Г	к доброкачественной опухоли неостеогенного происхождения
Ф	144	Во время проведения спинно-мозговой анестезии и после нее возможно следующие осложнение
О	А	снижение артериального давления на 30-50 мм и коллапс

О	Б	повышение кровотоочивости
О	В	мозговая гипертензия
О	Г	тошнота
Ф	145	Клиническая картина при опухоли Юинга проявляется тем ,что
О	А	боли непостоянного характера, гиперемия в области припухлости
О	Б	отмечаются резкие постоянные боли в покое
О	В	происходит саблевидная деформация голени
О	Г	опухоль растет медленно, болей нет
Ф	146	Перидуральную анестезию применить у больного страдающей этой патологией нельзя
О	А	выраженная гипертония
О	Б	цирроз печени
О	В	туберкулез легких
О	Г	ларингит
Ф	147	Какой стерильный раствор нельзя применять для борьбы с остановкой сердца
О	А	25% раствор сернокислой магнезии
О	Б	10% раствор новокаина
О	В	40% раствор глюкозы и инсулин
О	Г	10% раствор хлористого кальция
Ф	148	Гематогенный остеомиелит чаще встречается
О	А	у детей
О	Б	у подростков
О	В	у взрослых
О	Г	одинаково часто во всех возрастных группах

Ф	149	Кортикальный абсцесс характеризуется наличием
О	А	коркового секвестра
О	Б	центрального секвестра
О	В	проникающего секвестра
О	Г	трубчатого секвестра
Ф	150	Псевдоартрозу предшествует
О	А	несросшийся перелом
О	Б	замедленное костеобразование
О	В	свежий перелом
О	Г	чрезмерное костеобразование
Ф	151	Для лечения ложных суставов костей применяется
О	А	компрессионно-дистракционный остеосинтез
О	Б	внутрикостный остеосинтез
О	В	бальнеотерапия
О	Г	костная пластика
Ф	152	При оперативном лечении патологического вывиха бедра применяется следующий вид вмешательства
О	А	артродезирование сустава
О	Б	резекция сустава
О	В	остеосинтез
О	Г	эндопротезирование
Ф	153	При приобретенном "кокса вара" применяется
О	А	вальгизирующая остеотомия бедра

О	Б	консервативное лечение
О	В	артродез и артропластика тазобедренного сустава
О	Г	ношение ортопедической обуви и разгрузка сустава
Ф	154	При приобретенном "кокса вальга" применяется
О	А	варизирующая остеотомия
О	Б	артродез тазобедренного сустава
О	В	ношение ортопедической обуви
О	Г	консервативное лечение и разгрузка сустава
Ф	155	Диагноз щелкающего тазобедренного сустава ставится на основании наличия
О	А	щелкающего бедра при активном сгибании с внутренней ротацией
О	Б	уплотнения широкой фасции бедра
О	В	шума в области бедра при ходьбе
О	Г	двусторонности поражения
Ф	156	При лечении кисты мениска используется
О	А	менискоэктомия
О	Б	пункция мениска
О	В	иммобилизация сустава
О	Г	физиотерапия
Ф	157	Основным ранним клиническим симптомом деформирующего артроза тазобедренного сустава является
О	А	боль в области тазобедренного сустава
О	Б	боль в нижней трети бедра и в области коленного сустава
О	В	приводящая сгибательная контрактура
О	Г	укорочение конечности

Ф	158	Дифференцировать коксартроз следует
О	А	с остеохондрозом с корешковым синдромом
О	Б	с сакроилиитом
О	В	с болезнью Бехтерева
О	Г	с туберкулезным процессом
Ф	159	При радионуклидном исследовании в области сустава во II и III степени артроза отмечается
О	А	снижение накопления радиофармпрепарата
О	Б	не отличается по концентрации от здорового сустава, а также от соседнего участка кости
О	В	закономерности не выявляется
О	Г	увеличение накопления пирофосфата технеция
Ф	160	Основная задача консервативного лечения коксартроза состоит в
О	А	снятии болевого синдрома
О	Б	компенсации укорочения конечности
О	В	увеличении объема движений
О	Г	устранении контрактуры сустава
Ф	161	Ранняя операция в I и II стадии показана при
О	А	диспластическом коксартрозе
О	Б	посттравматическом коксартрозе
О	В	последствиях асептического некроза головки бедра
О	Г	идиопатическом коксартрозе
Ф	162	Операцией выбора при идиопатическом коксартрозе II степени является
О	А	операция Мак-Маррея

О	Б	операция эндопротезирования
О	В	артропластическая операция
О	Г	операция Фосса
Ф	163	У больных с коксартрозом III стадии в сочетании с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника показана
О	А	операция эндопротезирования сустава
О	Б	остеотомия по Мак-Маррею
О	В	деторсионно-варизирующая остеотомия бедра
О	Г	операция Фосса
Ф	164	У молодых женщин 18-25 лет с диспластическим коксартрозом II стадии показана
О	А	операция на тазобедренном суставе по Мак-Маррею
О	Б	деторсионно-варизирующая остеотомия бедра
О	В	остеотомия по Хиари
О	Г	эндопротезирование сустава
Ф	165	Наиболее часто встречающаяся причина деформирующего артроза коленного сустава
О	А	травмы коленного сустава: внутрисуставные переломы, неправильно сросшиеся переломы голени бедра, последствия повреждения менисков и связок коленного сустава, вывихи голени
О	Б	врожденный вывих надколенника
О	В	болезнь Кенига
О	Г	воспалительные процессы
Ф	166	Патогенез деформирующего артроза коленного сустава
О	А	теория макро-микротравматизации суставного хряща
О	Б	нейротрофическая теория

О	В	васкулярная теория
О	Г	механо-функциональная теория
Ф	167	Показаниями к применению консервативной терапии при деформирующем артрозе коленного сустава является
О	А	поражение I стадии
О	Б	поражение II стадии
О	В	поражение III стадии
О	Г	поражение I V стадии
Ф	168	Операцией выбора при пателло-фemorальном артрозе II-III стадии является
О	А	операция Банди
О	Б	артродез коленного сустава
О	В	эндопротезирование коленного сустава
О	Г	удаление надколенника
Ф	169	При деформирующем артрозе коленного сустава II-III стадии наиболее приемлемой операцией является
О	А	высокая корригирующая остеотомия большеберцовой кости
О	Б	вычерпывающая внутрикостная остеотомия проксимального конца большеберцовой кости
О	В	эндопротезирование коленного сустава
О	Г	артродез коленного сустава
Ф	170	У молодых лиц 24-40 лет с деформирующим артрозом коленного сустава I-II стадии и нестабильностью сустава показана операция
О	А	стабилизирующая операция на коленном суставе с восстановлением связочного аппарата
О	Б	высокой корригирующей остеотомии большеберцовой кости
О	В	артродеза коленного сустава

О	Г	эндопротезирования коленного сустава
Ф	171	Для пациента аутотрансплантацией тканей является
О	А	пересадка собственных тканей
О	Б	пересадка от брата, сестры (близнецов)
О	В	пересадка тканей от другого человека, имеющего ту же группу крови и резус-принадлежность
О	Г	пересадка тканей от ближайших родственников (отца, матери)
Ф	172	Для пациента изотрансплантацией является пересадка
О	А	от брата, сестры (близнецов)
О	Б	от ближайших родственников
О	В	собственных тканей
О	Г	искусственно полученных тканей
Ф	173	Для пациента аллотрансплантацией является пересадка
О	А	трупных тканей, подвергшихся глубокому замораживанию и лиофилизации
О	Б	от ближайших родственников, ткани которых подвергнуты действию ионизирующего излучения большой мощности
О	В	искусственно созданных тканей
О	Г	тканей от животных, подвергнутых действию холода и формализированных
Ф	174	Примером ксенотрансплантации служит пересадка
О	А	свиной лиофилизированной кожи обожженному
О	Б	почки от живого человека-донора
О	В	керамического протеза головки и шейки бедра
О	Г	I-го плюсне-фалангового сустава со стопы пациента на дефект локтевого сустава
Ф	175	Примером эксплантации служит

<input type="radio"/>	А	пересадка специально выращенной в теле пациента фиброзной трубки в качестве сухожильного влагалища сгибателя его пальца кисти при его восстановлении
<input type="radio"/>	Б	вживление фарфорового зуба в челюсть пациента
<input type="radio"/>	В	пересадка костного трансплантата с голени пациента на дефект его бедра
<input type="radio"/>	Г	замещение тазобедренного сустава керамическим эндопротезом
Ф	176	Эндопротезированием можно назвать
<input type="radio"/>	А	замещение резецированной грудины танталовой металлической пластиной
<input type="radio"/>	Б	пластика грыжевого канала больного прокипяченной кожей с его бедра
<input type="radio"/>	В	восстановление пищевода больного из его тонкого кишечника
<input type="radio"/>	Г	пластика ложного сустава бедра больного костным трансплантатом из гребешка его таза на сосудистой ножке
Ф	177	Реплантацией кожи называется
<input type="radio"/>	А	подшивание отслоенного травмой лоскута, имеющего питающую ножку, на место
<input type="radio"/>	Б	пластика дефекта кожи лоскутом на ножке с другого органа
<input type="radio"/>	В	свободная кожная аутопластика
<input type="radio"/>	Г	пластика кожи трубчатым стеблем
Ф	178	Реимплантацией кожного лоскута является
<input type="radio"/>	А	подшивание отторгнутого кожного лоскута после его расщепления на место
<input type="radio"/>	Б	пересадка кожного лоскута внутри грануляций
<input type="radio"/>	В	свободная кожная пластика с другого органа после его обработки
<input type="radio"/>	Г	пластика трубчатым стеблем
Ф	179	Имплантацией кожного лоскута называется
<input type="radio"/>	А	пересадка кожного лоскута внутри грануляций раны
<input type="radio"/>	Б	подшивание отторгнутого кожного лоскута на место

О	В	пластика трубчатым стеблем
О	Г	пластика кожной раны ксенотрансплантатом
Ф	180	Мобилизация края раны производится при
О	А	пластическом закрытии ран местными тканями с небольшим натяжением ткани
О	Б	закрытии ран местными тканями без натяжений тканей
О	В	закрытии ран местными тканями с избытком местных тканей
О	Г	пластике ран местными тканями с большим натяжением краев
Ф	181	Сократимость кожного трансплантата определяет
О	А	толщина лоскута
О	Б	локализация
О	В	площадь
О	Г	волосистость
Ф	182	При итальянской пластике лоскутом с других отделов тела соотношение ширины к длине составляет
О	А	1:2
О	Б	1:3
О	В	2:4
О	Г	5:2
Ф	183	"Острым стеблем" называют
О	А	стебельчатый лоскут, имеющий одну питающую ножку
О	Б	стебельчатый лоскут длиной не менее 20 см
О	В	лоскут, не сшитый в трубку
О	Г	тонкий стебельчатый лоскут диаметром не больше 1 см

Ф	184	Расщепленный кожный лоскут перед трансплантацией обрабатывается
О	А	раствором антисептика (риваноля, фурациллина)
О	Б	раствором новокаина с добавлением антибиотиков
О	В	вазелиновым маслом
О	Г	спиртом
Ф	185	Нежелательным видом обезболивания при пластических операциях на коже является
О	А	местная инфильтрационная анестезия
О	Б	внутрикостная анестезия
О	В	наркоз
О	Г	проводниковая анестезия
В	186	Суммарная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза до
О	А	пяточного бугра
О	Б	края наружной лодыжки
О	В	суставной щели коленного сустава
О	Г	большого вертела бедра
Ф	187	Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка до
О	А	конца пятого пальца
О	Б	конца третьего пальца
О	В	шиловидного плеча отростка лучевой кости
О	Г	середины проекции головки плеча
Ф	188	Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава проходит

О	А	ниже пупка
О	Б	через пупок или чуть выше его
О	В	через точку на передней верхней ости подвздошной кости
О	Г	через точку на вершине большого вертела
Ф	189	Ориентиром при счете позвонков на спондилограмме шейного отдела является
О	А	зуб 2-го шейного позвонка
О	Б	остистый отросток 1-го шейного позвонка
О	В	основание черепа
О	Г	поперечные отростки 2-го шейного позвонка
Ф	190	Чаще всего с применением пневмографии исследуется сустав
О	А	коленный
О	Б	тазобедренный
О	В	плечевой
О	Г	локтевой
Ф	191	При артропневмографии коленного сустава оптимальным давлением вводимого газа является
О	А	150-150 мм рт. ст.
О	Б	50-100 мм рт. ст.
О	В	110-130 мм рт. ст.
О	Г	200-250 мм рт. ст.
Ф	192	Пневмографическое исследование рационально применять при
О	А	повреждении крупных сухожилий
О	Б	свежих переломах плоских костей
О	В	свежих переломах длинных трубчатых костей

О	Г	свежих ранах и разрывах мышц
Ф	193	Тепловидение или термографический метод исследования позволяет производить диагностику
О	А	злокачественного опухолевого процесса или острого воспаления
О	Б	разрыва связочного аппарата
О	В	свежего ушиба или гематомы
О	Г	свежего внутриполостного кровотечения
Ф	194	Назовите абсолютное показание к оперативному лечению переломов (остеосинтез)
О	А	интерпозиция мягких тканей между отломками
О	Б	переломы со смещением
О	В	многооскольчатые и раздробленные переломы
О	Г	множественные переломы костей
Ф	195	Клинические симптомы, абсолютные для перелома кости
О	А	патологическая подвижность и крепитация костных отломков
О	Б	отечность и кровоизлияние в мягкие ткани
О	В	деформация конечности
О	Г	локальная болезненность и нарушение функции
Ф	196	Какие данные в отношении перелома позволяет получить рентгенологическое исследование в стандартных проекциях?
О	А	наличие перелома, его локализация, вид смещения отломков
О	Б	повреждение магистральных сосудов и нервов
О	В	вид и степень укорочения конечности
О	Г	патологическая подвижность костных отломков и нарушение функции конечности

Ф	197	Основное показание к иммобилизационному методу лечения переломов костей посредством наложения гипсовой повязки
О	А	перелом без смещения костных фрагментов
О	Б	открытый перелом
О	В	оскольчатый перелом
О	Г	закрытый перелом
Ф	198	При повреждении органов груди и живота, используя метод УЗИ, удается определить наличие жидкости (кровь, экссудат) в плевральной и брюшной полостях в объеме от
О	А	200 мл
О	Б	150 мл
О	В	100 мл
О	Г	50 мл
Ф	199	При выявлении разрыва внутреннего мениска коленного сустава следует отдать предпочтение методу исследования
О	А	МРТ
О	Б	рентгенографическому
О	В	артроскопическому
О	Г	артропневмографическому
Ф	200	Торакоцентез следует осуществлять при
О	А	осложненном переломе ребер
О	Б	простом переломе ребер
О	В	переломе тела грудины
О	Г	переломе рукоятки грудины
Ф	201	Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является
О	А	иссечение всех нежизнеспособных тканей и создание неблагоприятных условий

		для развития микробной инвазии
О	Б	возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными
О	В	удаление сгустков крови и перевязка тромбированных сосудистых стволов с целью профилактики вторичного кровотечения
О	Г	стерилизация ран скальпелем
Ф	202	Используя контрастную рентгенографию в отличие от классической, можно выявить
О	А	секвестры в трубчатой кости
О	Б	повреждения хрящевой прослойки сустава
О	В	подвывих фрагмента мелкого сустава
О	Г	количество костных отломков при оскольчатом переломе кости
Ф	203	Рентгенологическое обследование при переломах костей необходимо
О	А	для проверки и контроля эффективности лечения
О	Б	в случаях, где диагноз твердо установлен клинически
О	В	для получения информации об окружающих перелом мягких тканях
О	Г	при прогнозе возможных осложнений
Ф	204	Диспластический процесс имеет в основе
О	А	неправильное незавершенное формирование органа или системы
О	Б	нарушение нервной трофики
О	В	нарушение сосудистой трофики
О	Г	все правильно
Ф	205	Фиброзная остеодисплазия относится к
О	А	остеодисплазиям
О	Б	хондродисплазиям
О	В	гиперостозу

<input type="radio"/>	Г	костному эозинофилезу
Ф	206	При фиброзной остеодисплазии чаще поражаются
<input type="radio"/>	А	длинные трубчатые кости
<input type="radio"/>	Б	плоские кости
<input type="radio"/>	В	позвоночник
<input type="radio"/>	Г	мелкие кости кистей и стоп
Ф	207	Первые признаки фиброзной остеодисплазии появляются
<input type="radio"/>	А	до 5-летнего возраста
<input type="radio"/>	Б	сразу после рождения
<input type="radio"/>	В	у взрослого человека
<input type="radio"/>	Г	до 10-летнего возраста
Ф	208	Видом оперативного лечения фиброзной остеодисплазии является
<input type="radio"/>	А	краевая резекция кости
<input type="radio"/>	Б	околосуставная резекция
<input type="radio"/>	В	ампутация
<input type="radio"/>	Г	выскабливание
Ф	209	Болезнь Олье относится к
<input type="radio"/>	А	хондродисплазии
<input type="radio"/>	Б	osteодисплазии
<input type="radio"/>	В	гиперостозу
<input type="radio"/>	Г	костному эозинофилезу
Ф	210	Патологические очаги при болезни Олье локализуются
<input type="radio"/>	А	в метафизе

<input type="radio"/>	Б	в диафизе
<input type="radio"/>	В	в зоне роста
<input type="radio"/>	Г	в эпифизе
Ф	211	Среди методов оперативного лечения при дисхондроплазии применяется
<input type="radio"/>	А	краевая резекция с замещением дефекта
<input type="radio"/>	Б	сегментарная резекция с замещением дефекта
<input type="radio"/>	В	околосуставная резекция
<input type="radio"/>	Г	выскабливание
Ф	212	По классификации несовершенное костеобразование относится к
<input type="radio"/>	А	остеодисплазиям
<input type="radio"/>	Б	гиперостозам
<input type="radio"/>	В	хондродисплазиям
<input type="radio"/>	Г	костному эозинофилезу
Ф	213	При несовершенном костеобразовании наиболее часто поражаются
<input type="radio"/>	А	трубчатые кости
<input type="radio"/>	Б	плоские кости
<input type="radio"/>	В	позвоночник
<input type="radio"/>	Г	мелкие кости кистей и стоп
Ф	214	Рентгенологическая картина несовершенного костеобразования характеризуется
<input type="radio"/>	А	генерализованным остеопорозом с истончением кортикального слоя
<input type="radio"/>	Б	преждевременным закрытием зон роста
<input type="radio"/>	В	периостальной реакцией
<input type="radio"/>	Г	расширением зон роста

Ф	215	Характерным рентгенологическим признаком остеодной остеомы является
О	А	наличие гнезда
О	Б	реакция надкостницы в виде гиперостоза
О	В	реакция надкостницы в виде луковичного периостата
О	Г	разрежение костной ткани на участке остеодной остеомы
Ф	216	Наиболее информативным методом обследования при остеодной остеоме является
О	А	компьютерная томография
О	Б	ангиография
О	В	сцинтиграфия с пирофосфатом технеция
О	Г	биохимический метод исследования
Ф	217	Ведущим клиническим симптомом при хондробластоме является
О	А	ограничение объема движений в суставе с незначительной припухлостью и реактивным синовитом
О	Б	повышение местной температуры, изменение цвета кожных покровов (гиперемия)
О	В	выраженная припухлость и сосудистый рисунок над пораженной областью
О	Г	сильная боль в пораженном суставе
Ф	218	Больному с эпифизарной хондробластомой показана
О	А	краевая резекция с удалением опухоли и сохранением суставного хряща
О	Б	резекция суставного конца кости
О	В	химиотерапия
О	Г	лучевая терапия
Ф	219	Наиболее часто хондрома встречается в
О	А	коротких трубчатых костях стопы и кисти

О	Б	плоских костях таза и лопатки
О	В	телах позвонков
О	Г	длинных трубчатых костях-диафизах
Ф	220	Основными рентгенологическими признаками гигантоклеточной опухоли являются
О	А	литический процесс с переходом через эпифизарную пластинку и суставной хрящ
О	Б	литический процесс без периостальной реакции
О	В	гиперпластический процесс с периостальной реакцией на локализацию опухоли
О	Г	полость в метафизе без признаков лизиса или гиперпластических образований
Ф	221	Наиболее характерным клиническим признаком неостеогенной фибромы является
О	А	патологический перелом на уровне локализации неостеогенной фибромы
О	Б	клиника бедна, характерных признаков нет
О	В	постоянные боли в области неостеогенной фибромы кости
О	Г	нарушение функции близлежащего сустава и нарушение опорности конечности
Ф	222	Показанием к назначению механотерапии являются
О	А	стойкие контрактуры на почве рубцовых процессов
О	Б	нейрогенные контрактуры
О	В	атрофии мышц
О	Г	контрактуры на фоне длительной иммобилизации
Ф	223	Для большего расслабления мышц конечностям и корпусу больного должно быть придано положение, при котором
О	А	точки прикрепления напряженных мышц сближены
О	Б	точки прикрепления напряженных мышц удалены
О	В	"безвольное" расслабление мышц

О	Г	создается среднефизиологическое положение
Ф	224	При разрыве лонного сочленения и перелома переднего полукольца таза в третьем периоде методика лечебной гимнастики включает
О	А	специальные упражнения для укрепления мышц туловища таза
О	Б	тренировку опорной функции нижних конечностей и ходьбы с полной осевой нагрузкой
О	В	общеукрепляющие упражнения в положении на спине, на боку, на животе и стоя
О	Г	ходьба с полной осевой нагрузкой, бег, плавание
Ф	225	Разгрузочные исходные положения в лечебной гимнастике у больных шейным остеохондрозом проводятся
О	А	лежа горизонтально с низким изголовьем
О	Б	лежа с приподнятым изголовьем
О	В	стоя
О	Г	сидя на стуле
Ф	226	Исходными для разгрузки позвоночника могут быть положения
О	А	лежа на спине и животе
О	Б	сидя на стуле
О	В	стоя
О	Г	стоя на четвереньках
Ф	227	Физические упражнения при острой травме предупреждают
О	А	развитие мышечной атрофии и тугоподвижности суставов
О	Б	тромбоэмболические осложнения
О	В	старение организма
О	Г	значительное снижение физической работоспособности

Ф	228	К общим противопоказаниям к применению ЛФК при острой травме относятся
О	А	тяжелое состояние больного и высокая температура тела
О	Б	экстрасистолия
О	В	атония кишечника
О	Г	Боли в суставах
Ф	229	К приемам лечения положением при разгибательном переломе тел шейного позвонков относятся
О	А	вытяжение с помощью петли Глиссона с обеспечением сгибания головы кпереди
О	Б	горизонтальное положение больного на жесткой постели
О	В	подъем головного отдела кровати
О	Г	подъем ножного отдела кровати
Ф	230	Активная коррекция позвоночника при локализации сколиоза в грудном отделе включает упражнение
О	А	подъем рук вверх со стороны выпуклости дуги искривления
О	Б	подъем рук вверх со стороны вогнутости дуги искривления
О	В	отведение руки в сторону до горизонтали со стороны вогнутости дуги искривления
О	Г	отведение руки в сторону до горизонтали со стороны выпуклости дуги искривления
Ф	231	Клинико-физиологическое обоснование применения лечебной гимнастики при плоскостопии определяется
О	А	болями в мышцах ног, стоп, появляющимися после ходьбы или длительного стояния, появлением отеков стоп к вечеру
О	Б	избыточным весом
О	В	хроническим переутомлением мышечно-связочного аппарата, поддерживающего свод стопы
О	Г	общей слабостью мышечно-связочного аппарата

Ф	232	При травматической гематоме, локализующейся в мягких тканях на 2-е сутки после травмы, целесообразно назначение
О	А	минеральных ванн
О	Б	электросна
О	В	ультразвука
О	Г	постоянного или переменного магнитного поля
Ф	233	При травматическом бурсите в остром периоде на 2-й день после травмы преимущество имеет назначение
О	А	диадинамических токов
О	Б	ультразвука
О	В	переменного тока
О	Г	лазерного излучения
Ф	234	Главной задачей ЛФК при острой травме в постиммобилизационном периоде является
О	А	укрепление гипотрофических мышц, восстановление движений в полном объеме
О	Б	образование костной мозоли
О	В	тренировка вестибулярного аппарата
О	Г	улучшения кровоснабжения тканей
Ф	235	При кефалогематоме на 1-й неделе ребенка для оказания противоотечного действия целесообразно назначить
О	А	электрического поля УВЧ
О	Б	ультразвук
О	В	электромагнитное поле СВЧ (460 МГц)
О	Г	ток надтональной частоты
Ф	236	С целью ускорения регенерации при остеосинтезе в III стадии остеохондропатии большеберцовой кости применяют

О	А	кальций-фосфорэлектрофорез
О	Б	ток надтональной частоты
О	В	электромагнитное поле СВЧ (460 МГц)
О	Г	дарсонвализацию
Ф	237	При растяжении связок голеностопного сустава через 2-3 часа после травмы применяют
О	А	холод
О	Б	лазер
О	В	электрическое поле УВЧ
О	Г	теплые ванночки и диадинамические токи
Ф	238	При контрактуре Дюпюитрена целесообразно назначить
О	А	инфракрасное облучение
О	Б	ультразвук
О	В	электромагнитное поле СВЧ (2375 МГц)
О	Г	электрическое поле УВЧ
Ф	239	При переломе костей предплечья в области локтевого сустава на 4-5 сутки после травмы с противоотечной целью назначают
О	А	диадинамические токи
О	Б	переменное магнитное поле
О	В	интерференционные токи
О	Г	электрическое поле УВЧ на область локтевого сустава
Ф	240	При рецидивирующих формах хронического остеомиелита, повышенной порозности костной ткани нецелесообразно применять
О	А	кальций-фосфор-электрофорез
О	Б	лазерное излучение

О	В	общее ультрафиолетовое излучение
О	Г	электрическое поле УВЧ
Ф	241	Больным пожилого возраста с пролежнями противопоказано применение
О	А	УФО сегментарных зон
О	Б	электрического поля УВЧ
О	В	индуктотермии
О	Г	электрофореза
В	242	Наиболее отчетливо повреждения головного мозга, согласно теории кавитации, возникают при ударе в
О	А	область затылка
О	Б	висок
О	В	область лба
О	Г	область темени
Ф	243	Для оскольчатых переломов костей свода черепа характерно
О	А	разделение костных фрагментов пересекающимися трещинами
О	Б	радиарное расхождение трещин от центра перелома
О	В	вдавление в полость черепа с повреждением твердой мозговой оболочки
О	Г	наложение одного костного фрагмента на другой
Ф	244	Эпидуральная гематома возникает в основном в результате кровотечения из
О	А	ветвей средней оболочечной артерии
О	Б	поврежденных сосудов коры головного мозга
О	В	поврежденных костей свода черепа
О	Г	вены Галена

Ф	245	Лечение больных с черепно-мозговой травмой вне зависимости от вида и характера повреждения головного мозга и черепа в обязательном порядке должно включать
О	А	нейротропные препараты
О	Б	люмбальную пункцию
О	В	дегидратацию осмотическими диуретиками
О	Г	дегидратацию салуретиками
Ф	246	При декомпрессивной трепанации черепа твердая мозговая оболочка должна быть рассечена
О	А	подковообразно
О	Б	крестообразно
О	В	дугообразно
О	Г	Т-образным разрезом
Ф	247	У пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой (ушиб головного мозга) наиболее неблагоприятным сочетанием является
О	А	перелом II и III ребер с гемопневмотораксом
О	Б	закрытый поперечный перелом диафиза плечевой кости со смещением отломков
О	В	перелом костей таза с нарушением переднего полукольца
О	Г	закрытый перелом наружной и внутренней лодыжек голени с подвывихом стопы кнаружи
Ф	248	Пострадавшего с тяжелым повреждением спинного мозга в грудном и поясничном отделах позвоночника при наличии только мягких носилок следует транспортировать
О	А	на животе
О	Б	на левом боку
О	В	на правом боку

О	Г	на спине
Ф	249	Повреждения периферических нервов от всех видов травм составляет до
О	А	4 %
О	Б	6%
О	В	8%
О	Г	10%
Ф	250	При повреждениях периферического нерва двигательные расстройства проявляются
О	А	вялым параличом ниже уровня повреждения
О	Б	гипертонусом мышц выше уровня повреждения
О	В	судорожным сокращением мышц ниже уровня поражения
О	Г	перемежающимся гипер- и гипотонусом мышц ниже уровня поражения
Ф	251	При поражении локтевого нерва кисть принимает вид
О	А	«когтеобразной»
О	Б	«акушерской»
О	В	«свисающей»
О	Г	«обезьяньей»
Ф	252	При ранении режущим предметом наиболее часто сочетанное повреждение нерва и кровеносного сосуда имеет место в области
О	А	предплечья
О	Б	голеностопного сустава
О	В	плеча
О	Г	голени
Ф	253	Под термином «невролиз» понимают

О	А	выделение нерва из окружающих тканей и рубцов
О	Б	выделение нерва из эпинеуральной оболочки
О	В	иссечение поврежденной части нерва
О	Г	сшивание поврежденного нерва
Ф	254	При повреждении магистральных артерий в дистальном отделе конечности наблюдается
О	А	бледность кожных покровов
О	Б	отечность мягких тканей
О	В	цианоз кожных покровов
О	Г	холодный липкий пот
Ф	255	При исследовании магистрального кровотока инвазивным методом является
О	А	осциллография
О	Б	компьютерная томография
О	В	ангиография
О	Г	капиллярография
Ф	256	Трудоспособность при изолированном повреждении лучевой артерии восстанавливается
О	А	после заживления раны
О	Б	через 3 недели
О	В	через 6 недель
О	Г	через 4 недели
Ф	257	При повреждении грудной клетки противопоказано
О	А	выявление симптома Бирнера
О	Б	рентгенография грудной клетки
О	В	измерение центрального венозного давления

<input type="radio"/>	Г	зондирование раны грудной клетки
Ф	258	Чаще всего по данным статистики ломаются ребра
<input type="radio"/>	А	5-8
<input type="radio"/>	Б	1-4
<input type="radio"/>	В	9-10
<input type="radio"/>	Г	11-12
Ф	259	Наиболее часто при травме грудной клетки средостение сдавливается
<input type="radio"/>	А	сломанной грудиной
<input type="radio"/>	Б	сломанным ребром
<input type="radio"/>	В	гемотораксом
<input type="radio"/>	Г	пневмотораксом
Ф	260	Дренирование плевральной полости при гемотораксе следует осуществлять че- рез
<input type="radio"/>	А	6-е межреберье по средней подмышечной линии
<input type="radio"/>	Б	3-е межреберье по средне-ключичной линии
<input type="radio"/>	В	8-е межреберье по лопаточной линии
<input type="radio"/>	Г	5-е межреберье по передней подмышечной линии
Ф	261	Причиной летального исхода при тупой травме живота с повреждением полого органа чаще всего является
<input type="radio"/>	А	массивное кровотечение
<input type="radio"/>	Б	перитонит
<input type="radio"/>	В	кишечная непроходимость
<input type="radio"/>	Г	кишечный свищ
Ф	262	К симптомам, характерным для ушиба брюшной стенки, относятся

О	А	локальная болезненность, кровоподтек, ограниченная припухлость
О	Б	локальная болезненность, обширная гематома, дефект мышечной ткани
О	В	кровоподтек, болезненность без точной локализации, вздутие живота, дефект мышц передней брюшной стенки
О	Г	кровоподтек, локальная болезненность, явление пареза кишечника
Ф	263	Показанием к реинфузии крови из брюшной полости является внутреннее кровотечение вследствие
О	А	повреждения кровеносных сосудов
О	Б	повреждения диафрагмы
О	В	повреждения желудка
О	Г	повреждения мочевого пузыря
Ф	264	Среди травм различных отделов позвоночника повреждения шейного отдела занимают
О	А	второе место
О	Б	первое место
О	В	третье место
О	Г	четвертое место
Ф	265	Если вывих произошел между 6-м и 7-м шейными позвонками, то вывихнутым считается
О	А	6-й позвонок
О	Б	7-й позвонок
О	В	5-й позвонок
О	Г	4-й позвонок
Ф	266	При консервативном лечении неосложненных переломов грудного отдела позвоночника чаще всего применяется
О	А	лямочное вытяжение за подмышечные впадины

О	Б	скелетное вытяжение за кости черепа
О	В	скелетное вытяжение за кости таза
О	Г	скелетное вытяжение за нижние конечности
Ф	267	Лечение пострадавшего с переломом поясничного позвонка вытяжением осуществляется за счет
О	А	поднятия головного конца кровати и фиксации пострадавшего петлями за подмышечные впадины
О	Б	поднятия ножного конца кровати и фиксации стоп
О	В	наложения на грудную клетку специального жилета и тягой к голове
О	Г	фиксации таза специальным лифчиком и тягами по оси
Ф	268	Чаще всего при переломах таза повреждается
О	А	уретра, простатическая ее часть
О	Б	простата у мужчин, яичники у женщин
О	В	влагалище у женщин, половой член у мужчин
О	Г	мочевой пузырь
Ф	269	При огнестрельных ранениях костей таза реже всего встречается
О	А	образование несросшихся переломов костей таза
О	Б	анаэробная инфекция
О	В	продолжающееся артериальное и венозное кровотечение
О	Г	остеомиелитический процесс в костях таза
Ф	270	Комбинированным радиационным повреждением называется
О	А	термический ожог, полученный пожарным, который был подвергнут действию ионизирующей радиации мощностью в 4 Гр при тушении пожара на 4-м блоке Чернобыльской АЭС
О	Б	перелом, полученный пострадавшим, имеющим обширную лучевую язву с поражением кости

О	В	патологический перелом, возникший в результате лучевого остеомиелита, осложнившего рентгенотерапию опухоли кости
О	Г	тяжелое состояние пострадавшего, имевшего множественные переломы конечностей и подвергнутого многочисленным рентгенографическим исследованиям
Ф	271	При сочетании лучевой болезни и обширного ожога происходит
О	А	взаимное отягощение ожога и лучевой болезни
О	Б	обычное тяжелое течение ожоговой болезни
О	В	более легкое течение ожога и лучевой болезни
О	Г	образование новой болезни/нового качества
Ф	272	Скрытый (инкубационный) период комбинированного радиационного повреждения характеризуется
О	А	прогрессирующим падением числа лейкоцитов
О	Б	увеличением числа лейкоцитов
О	В	уменьшением гематокрита
О	Г	прогрессирующим падением числа эритроцитов в периферической крови
Ф	273	Средняя условно смертельная доза для человека (так называемая л/д – 50/30, т.е. летальная доза, когда 50% нелеченых людей погибают в течение 30 дней) составляет
О	А	6 Гр
О	Б	5 Гр
О	В	4 Гр
О	Г	3 Гр
Ф	274	Молниеносная форма лучевой болезни вызывается общим облучением дозой более
О	А	15 Гр
О	Б	10 Гр
О	В	5 Гр

О	Г	2 Гр
Ф	275	Диагностика хронической лучевой болезни строится в основном на
О	А	морфологическом исследовании крови
О	Б	ярких клинических симптомах
О	В	энцефалограмме
О	Г	УЗИ печени, селезенки, почек
Ф	276	Лечение лучевой болезни в период первичных реакций состоит в
О	А	купировании рвоты, коллапса, головной боли, абстиненции
О	Б	массивном введении антибиотиков
О	В	пересадке костного мозга
О	Г	переливании крови и ее препаратов
Ф	277	Для хирургов, производящих первичную хирургическую обработку ран у людей, подвергшихся действию больших доз внешней ионизирующей радиации, работа эта опасна
О	А	не представляет, даже при обычных условиях работы
О	Б	представляет, если они не имеют специальной одежды
О	В	не представляет, если они во время работы несколько раз меняют операционное белье и резиновые перчатки
О	Г	не представляет, если они после окончания работы будут подвергнуты дезактивации
Ф	278	Среди санитарных потерь при поражении ядерным оружием пострадавшие с термическими ожогами составляют
О	А	60% и более
О	Б	40-50%
О	В	30-40%
О	Г	10-20%

Ф	279	Дезактивация – обработка пострадавших, зараженных радиоактивным веществом, производится
О	А	на ОПМ, специальных пунктах дезактивации
О	Б	в загородной зоне
О	В	на месте поражения
О	Г	в специальных больницах загородной зоны
Ф	280	Трансфузия консервативной донорской крови при лечении комбинированного радиационного повреждения в период разгара лучевой болезни
О	А	применяется по индивидуальным показаниям
О	Б	абсолютно показана
О	В	не показана
О	Г	абсолютно противопоказана
Ф	281	Применение антибиотиков при лечении комбинированных радиационных поражений имеет в основном
О	А	антиоксидантное действие
О	Б	бактериостатическое действие
О	В	подавляющее действие гормона гипофиза
О	Г	действие, стимулирующее репаративные процессы
Ф	282	Гормональная терапия в лечении комбинированных радиационных повреждений в период их разгара
О	А	абсолютно показана
О	Б	безразлична
О	В	может быть применена, за исключением гормональных препаратов надпочечников
О	Г	абсолютно противопоказана

Ф	283	Минимальная суточная доза получения пострадавшим в разгаре комбинированного радиационного повреждения аскорбиновой кислоты составляет
О	А	3000 мг
О	Б	1000мг
О	В	200мг
О	Г	50 мг
Ф	284	Эректильная фаза травматического шока в случае комбинированного радиационного повреждения
О	А	выражена нечетко и характеризуется затяжным характером
О	Б	отсутствует
О	В	отчетливо выражена
О	Г	имеет яркую картину и кратковременна
Ф	285	Особенностью первичной хирургической обработки ран мягких тканей, текущих на фоне лучевой болезни, проводимой в скрытом ее периоде, в отличие от обычной обработки, является
О	А	тщательный, на уровне мелких вен и артерий, гемостаз с лигированием сосудов
О	Б	тщательная обработка кожи вокруг раны
О	В	иссечение края раны кожи скальпелем
О	Г	закрытие раны местными тканями или посредством различных пластических приемов
Ф	286	Аутопластическое закрытие ожоговых повреждений у пострадавшего с лучевой болезнью средней степени производится в период
О	А	восстановления (реконвалесценции)
О	Б	первичных реакций
О	В	разгара
О	Г	отдаленных последствий
Ф	287	Наиболее частым исходом световых ожогов, протекающих на фоне лучевой бо-

		лезни, является
О	А	образование келлоидных рубцов в области ожогов
О	Б	образованием язв на месте ожога
О	В	трофические нарушения кожи в области бывших ожогов
О	Г	заживление без видимых изменений
Ф	288	В отличие от обычного сдавления мягких тканей, сдавление их у пострадавших с лучевой болезнью средней степени отличается во II и III периодах его (освобождение и скрытый периоды)
О	А	заметным более легким течением
О	Б	утяжелением
О	В	не отличается
О	Г	значительным утяжелением
Ф	289	Перед дезактивацией тела пострадавшего, загрязненного радиоактивным веществом и имеющего рану мягких тканей, рану эту наиболее рационально
О	А	защитить для последующего иссечения в пределах здоровых тканей
О	Б	оставить открытой
О	В	дренировать
О	Г	закрыть водонепроницаемой повязкой
Ф	290	Частичная обработка и дезактивация ожоговых поверхностей, загрязненных радиоактивным веществом, начинается
О	А	в ОПМ
О	Б	в очаге поражения
О	В	в пути эвакуации
О	Г	в ожоговой больнице
Ф	291	В случае светового ожога II степени и заражения обожженной поверхности радиоактивными веществами, их всасываемость в организм по сравнению с ранами будет

О	А	значительно ниже
О	Б	значительно выше
О	В	такой же
О	Г	не будут всасываться
Ф	292	Восстановление пораженных органов и тканей при комбинированном радиационном повреждении начинается
О	А	сразу же после окончания воздействия ионизирующего излучения
О	Б	в период реконвалесценции
О	В	в скрытом периоде комбинированного радиационного повреждения
О	Г	начинается только при интенсивном и рациональном лечении
Ф	293	Наиболее распространенной ошибкой в диагностике и лечении комбинированных радиационных повреждений является
О	А	оценка состояния пострадавшего как улучшение при наступлении скрытого (инкубационного) периода комбинированного радиационного повреждения
О	Б	невыявление разгара комбинированного радиационного повреждения
О	В	расценивание облысения пострадавшего в период разгара комбинированного радиационного повреждения как грибковое поражение волос
О	Г	кровотечения из десен и образование ран в полости рта в период разгара комбинированного радиационного повреждения как результат авитаминоза
Ф	294	При комбинации открытого перелома бедра и лучевой болезни тяжелой степени в течение первой недели преобладает клиника
О	А	открытого перелома бедра
О	Б	лучевой болезни в периоде первичных реакций
О	В	сепсиса
О	Г	разгара лучевой болезни тяжелой степени
Ф	295	Прямую хирургическую обработку и остеосинтез открытого перелома бедра, протекающего на фоне лучевой болезни, предпочтительно проводить

О	А	в скрытом (инкубационном) периоде
О	Б	в период первичных реакций
О	В	в период восстановления
О	Г	в отдаленный период
Ф	296	Принятой теорией патогенеза лучевой болезни является
О	А	ионизация клеточной воды и разложение ее на перекиси, закиси и свободные радикалы
О	Б	поражение клеток головного мозга
О	В	торможение действия свертывающей и противосвертывающей систем крови
О	Г	разрушение стенок крупных кровеносных сосудов
Ф	297	После промывания, дезактивации и иссечения края и дна раны, загрязненной радиоактивным веществом, хирург имеет право зашить рану полностью при дозиметрическом ее контроле, показывающем менее
О	А	7000 импульсов в 1 секунду
О	Б	10000 импульсов в 1 секунду
О	В	12000 импульсов в 1 секунду
О	Г	15000 импульсов в 1 секунду
В	298	Разрыв сухожильно-мышечной части наиболее часто возникает в области
О	А	четырёхглавой мышцы бедра
О	Б	длинной головки двуглавой мышцы плеча
О	В	двуглавой мышцы бедра
О	Г	трехглавой мышцы бедра
Ф	299	Чаще всего при травмах происходит разрыв
О	А	сухожилий разгибателей пальцев кисти
О	Б	сухожилий разгибателей пальцев стопы

О	В	сухожилий четырехглавой мышцы бедра
О	Г	сухожилий длинной головки двуглавой мышцы плеча
Ф	300	Фиксация оторвавшегося дистального сухожилия двуглавой мышцы плеча наиболее просто и безопасно осуществляется к
О	А	сухожилию плечевой мышцы
О	Б	плечевой мышце
О	В	фасции Пирогова
О	Г	бугристости лучевой кости
Ф	301	Самым частым из перечисленных повреждений трехглавой мышцы плеча является
О	А	отрыв дистального сухожилия трехглавой мышцы плеча с фрагментом локтевого отростка
О	Б	разрыв трехглавой мышцы в поперечном направлении на уровне средней трети
О	В	отрыв сухожилия длинной головки трехглавой мышцы от лопатки
О	Г	отрыв сухожилия медиальной головки от плечевой кости
Ф	302	Авульсивный (отрывной) перелом таза возникает чаще всего при повреждении одной из перечисленных приводящих мышц бедра
О	А	большой приводящей мышцы бедра
О	Б	длинной приводящей мышцы бедра
О	В	малой приводящей мышцы бедра
О	Г	короткой приводящей мышцы бедра
Ф	303	Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллова сухожилия проявляется
О	А	отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени
О	Б	западением в области разрыва ахиллова сухожилия
О	В	невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги

О	Г	в резком ограничении супинации стопы
Ф	304	Отрыв прямой мышцы бедра происходит преимущественно в области
О	А	передней нижней ости подвздошной кости
О	Б	седалищного бугра
О	В	верхнего полюса надколенника
О	Г	передней верхней ости подвздошной кости
Ф	305	Встречающийся у спортсменов так называемый перелом Segond - это
О	А	отрыв подвздошно-берцового тракта от наружного мыщелка большеберцовой кости
О	Б	отрыв двуглавой мышцы бедра от головки малоберцовой кости
О	В	отрыв четырехглавой мышцы от верхнего полюса надколенника
О	Г	отрыв большого аддуктора бедра от седалищного бугра
Ф	306	Переломы ключицы среди всех переломов костей составляют
О	А	3-15%
О	Б	1-3%
О	В	30%
О	Г	50%
Ф	307	Наиболее часто ключица ломается при падении
О	А	при любом из перечисленных вариантов
О	Б	на вытянутую руку
О	В	на локоть
О	Г	на боковую поверхность лица
Ф	308	Рентгенологическая картина при опухоли Юинга характеризуется

О	А	пятнистым остеопорозом тела кости, остеоллизом кортикального слоя луковичным гиперостозом
О	Б	овальным очагом просветления со штампованными краями
О	В	бахромчатым периоститом, отслоением надкостницы, спикулами
О	Г	остеопорозом кости с зоной склероза
Ф	309	Переломы мыщелкового возвышения большеберцовой кости сопровождаются разрывом
О	А	передней крестообразной связки
О	Б	задней крестообразной связки
О	В	боковых и крестообразных связок
О	Г	наружной боковой связки коленного сустава
Ф	310	Восстановление трудоспособности с положительным исходом после перелома ключицы происходит через
О	А	1.5-2 месяца
О	Б	2-4 недели
О	В	2-3 месяца
О	Г	3-4 месяца
Ф	311	Повреждение подкрыльцового нерва при переломе шейки лопатки приводит
О	А	к парезу дельтовидной мышцы
О	Б	к нарушению кровообращения
О	В	к потере движений в пальцах кисти
О	Г	к потере чувствительности
Ф	312	Из перечисленных переломов лопатки внутрисуставным является перелом
О	А	суставной впадины шейки
О	Б	отростков

О	В	углов
О	Г	тела
Ф	313	Характерным симптомом перелома лопатки является
О	А	симптом Комолли
О	Б	симптом Чаклина
О	В	признак Маркса
О	Г	симптом Воскресенского
Ф	314	Возникновение "крыловидной" лопатки связано с
О	А	ушибом или перерастяжением длинного грудного нерва
О	Б	нарушением кровоснабжения в надплечье
О	В	повреждением подкрыльцового нерва
О	Г	повреждением плечевого сплетения
Ф	315	При внутрисуставном переломе лопатки для иммобилизации применяется
О	А	отводящая шина
О	Б	гипсовая повязка Дезо
О	В	мягкая повязка Дезо
О	Г	косыночная повязка
Ф	316	Угол отведения на отводящей шине при переломе шейки или суставной впадины лопатки должен составлять
О	А	90°
О	Б	60°
О	В	30°
О	Г	160°

Ф	317	Срок иммобилизации при внутрисуставном переломе лопатки составляет
О	А	4-5 недель
О	Б	6-8 недель
О	В	10-12 недель
О	Г	3 месяца
Ф	318	Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом
О	А	хирургической шейки
О	Б	бугорков
О	В	анатомической шейки
О	Г	головки
Ф	319	Абдукционный перелом хирургической шейки плеча возникает при
О	А	отведении плеча
О	Б	приведении плеча
О	В	сгибании плеча
О	Г	нейтральном положении
Ф	320	При абдукционном переломе хирургической шейки плеча угол, образованный фрагментами, открыт
О	А	кнаружи и кзади
О	Б	кнутри и кпереди
О	В	кнутри и кзади
О	Г	кнаружи и кпереди
Ф	321	Абдукционные вколоченные переломы хирургической шейки плеча со смещением под углом требуют одномоментной репозиции, если угол смещения равен
О	А	35°
О	Б	20°

О	В	10°
О	Г	25°
Ф	322	Для скелетного вытяжения при лечении аддукционного перелома хирургической шейки плеча со смещением требуется
О	А	3-4 недели
О	Б	1-2 недели
О	В	5-6 недель
О	Г	8-10 недель
Ф	323	Оптимальным методом лечения винтообразных переломов костей голени является
О	А	операция остеосинтеза
О	Б	компрессионно-дистракционный остеосинтез
О	В	скелетное вытяжение
О	Г	гипсовая повязка
Ф	324	Оптимальным методом лечения застарелых повреждений ахиллова сухожилия являются
О	А	открытый способ - ахиллопластика по В.А.Чернавскому
О	Б	открытый способ - сшивание "конец в конец" или "конец в бок"
О	В	пластика дефекта с помощью лавсановой ленты, вшитой в концы разошедшегося ахиллова сухожилия
О	Г	пластика апоневрозом стопы дефекта ахиллова сухожилия
Ф	325	При благоприятных условиях диафизарные переломы плеча при консервативном лечении срастаются к
О	А	6-8 неделе
О	Б	4-5 неделе
О	В	20-22 неделе

О	Г	12-14 неделе
Ф	326	При оперативном лечении переломов диафиза плеча для остеосинтеза предпочтительны
О	А	деротационные накостные пластинки
О	Б	различные внутрикостные штифты
О	В	винты
О	Г	проволока
Ф	327	При консервативном лечении перелома дистального отдела плеча разгибательного типа угол сгибания предплечья должен составлять
О	А	60°
О	Б	90°
О	В	110-140°
О	Г	20°
Ф	328	Треугольник Гютера определяется в положении
О	А	при согнутом предплечье под углом 90°
О	Б	при пронированном предплечии
О	В	частичном разгибании в локтевом суставе
О	Г	полного разгибания предплечья
Ф	329	Линия Гютера – это
О	А	линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья
О	Б	линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча
О	В	линия оси плеча
О	Г	линия оси предплечья
Ф	330	Контрактура Фолькмана возникает вследствие

О	А	продолжительного значительного, но не полного нарушения артериального кровотока
О	Б	короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
О	В	повреждения плечевого сплетения
О	Г	двойного перелома плечевой кости
Ф	331	Наиболее опасной локализацией для развития контрактуры Фолькмана при переломе плеча является
О	А	перелом плеча в нижней трети
О	Б	перелом плеча в средней трети
О	В	перелом плеча в верхней трети
О	Г	внутрисуставной перелом проксимального отдела плеча
Ф	332	При переломе головки лучевой кости резко ограничены
О	А	вращение предплечья
О	Б	все перечисленные виды движения
О	В	разгибание предплечья
О	Г	сгибание предплечья
Ф	333	Для изолированного перелома лучевой или локтевой кости более характерна
О	А	поперечная линия излома
О	Б	косая линия излома
О	В	винтообразная линия излома
О	Г	продольная линия излома
Ф	334	Ротационные смещения при переломе костей предплечья зависят
О	А	от соотношения локализации линий излома (верхней, средней и нижней трети)
О	Б	от всего перечисленного
О	В	от положения сгибания или разгибания предплечья в момент травмы

О	Г	от действия той или иной степени силы
Ф	335	При сгибательном типе повреждения Монтеджа головка луча вывихивается
О	А	кпереди
О	Б	кзади
О	В	кнутри
О	Г	кнаружи
Ф	336	При разгибательном типе перелома Монтеджа угол между отломками локтевой кости открыт
О	А	кзади
О	Б	кнутри
О	В	кпереди
О	Г	кнаружи
Ф	337	Повреждение Галиацци - это
О	А	перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
О	Б	перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
О	В	изолированный перелом лучевой кости
О	Г	изолированный перелом локтевой кости
Ф	338	Радио-ульнарный угол в норме равен
О	А	30°
О	Б	20°
О	В	40°
О	Г	5°
Ф	339	Вывих акромиального конца ключицы характеризуется

<input type="radio"/>	А	симптомом "клавиши"
<input type="radio"/>	Б	симптомом "треугольной подушки"
<input type="radio"/>	В	признаком Маркса
<input type="radio"/>	Г	пружинящим движением в плечевом поясе
Ф	340	Привычный вывих возникает в связи
<input type="radio"/>	А	с разрывом и слабостью капсулы плечевого сустава
<input type="radio"/>	Б	с повреждением сухожилия длинной головки бицепса
<input type="radio"/>	В	с повреждением плечевого сплетения
<input type="radio"/>	Г	с направленным травматическим вывихом
Ф	341	Восстановление трудоспособности после оперативного лечения привычного вывиха происходит через
<input type="radio"/>	А	2 месяца
<input type="radio"/>	Б	3-5 месяцев
<input type="radio"/>	В	8-10 месяцев
<input type="radio"/>	Г	1 месяц
Ф	342	Методом выбора при лечении огнестрельных переломов верхней конечности будет
<input type="radio"/>	А	внеочаговый остеосинтез с помощью аппарата
<input type="radio"/>	Б	накостный остеосинтез
<input type="radio"/>	В	скелетное вытяжение
<input type="radio"/>	Г	интрамедуллярный остеосинтез
Ф	343	Первичным сухожильным швом называется шов, наложенный
<input type="radio"/>	А	в течение первых 7 дней после травмы
<input type="radio"/>	Б	в течение первых 24 часов после повреждения
<input type="radio"/>	В	на сухожилие в течение первого часа после травмы

О	Г	в течение первых 3 дней после травмы
Ф	344	Чаще всего из костей запястья ломается
О	А	ладьевидная кость
О	Б	трехгранная кость
О	В	полулунная кость
О	Г	крючковидная кость
Ф	345	Переломы большого и малого вертелов возможны в случае
О	А	падения на область тазобедренного сустава
О	Б	сдавления таза с боков
О	В	сдавления таза в передне-заднем направлении
О	Г	падения на область ягодиц
Ф	346	При переломе верхней трети диафиза бедра типичным смещением отломков следует считать
О	А	установка центрального отломка в положении отведения, сгибания и наружной ротации, периферического кверху и кзади от центрального
О	Б	установка центрального отломка в положении приведения кнутри и кпереди, периферического кзади вверх и под углом
О	В	смещение центрального отломка кзади, периферического кпереди и кзади
О	Г	смещение отломков по ширине, длине и под углом
Ф	347	Проксимальный фрагмент при переломах в верхней и средней трети бедра устанавливается в положении
О	А	отведения, сгибания и наружной ротации
О	Б	приведения, сгибания и внутренней ротации
О	В	отведения, сгибания и внутренней ротации
О	Г	отведения, разгибания и внутренней ротации

Ф	348	Повреждение или сдавление сосудов бедра наиболее часто встречается при закрытых переломах бедренной кости в области
О	А	надмыщелков
О	Б	нижней трети
О	В	средней трети
О	Г	верхней трети диафиза
Ф	349	Оптимальными сроками оперативного лечения переломов диафиза бедра являются
О	А	2-5-е сутки после травмы
О	Б	1-2-е сутки после травмы
О	В	1-е сутки после травмы
О	Г	10-12-е сутки после травмы
Ф	350	Абсолютным показанием к оперативному лечению при надмыщелковом переломе бедра является
О	А	повреждение и сдавление сосудисто-нервного пучка
О	Б	нарушение конгруэнтности суставных поверхностей
О	В	неустраняемое консервативными методами смещение фрагмента
О	Г	неправильно сросшийся перелом
Ф	351	Повреждение внутреннего мыщелка большеберцовой кости, возникшего при чрезмерной аддукции, сопровождается
О	А	повреждением наружной малоберцовой связки, передней крестообразной связки и внутреннего мениска
О	Б	повреждением боковых и крестообразных связок
О	В	повреждением крестообразных связок
О	Г	повреждением боковых связок коленного сустава
Ф	352	Повреждение наружного мыщелка большеберцовой кости, вызываемого чрезмерной абдукцией, сопровождается повреждением

О	А	внутренней большеберцовой связки, передней крестообразной связки и наружного мениска
О	Б	боковых и крестообразных связок
О	В	боковых связок
О	Г	менисков
Ф	353	Симптомом, позволяющим выявлять даже самое малое количество жидкости от 4 до 8 мл в коленном суставе, является
О	А	симптом выпячивания
О	Б	симптом переднего и заднего "выдвижного ящика"
О	В	симптом заднего "выдвижного ящика"
О	Г	симптом переднего "выдвижного ящика"
В	354	Ожоговый шок по виду относится к
О	А	гиповолемическому
О	Б	анафилактическому
О	В	травматическому
О	Г	бактериальному
Ф	355	Нормальные величины объема циркулирующей крови соответственно у мужчин и у женщин составляют
О	А	75 мл/кг и 65 мл/кг
О	Б	60 мл/кг и 50 мл/кг
О	В	50 мл/кг и 45 мл/кг
О	Г	90 мл/кг и 80 мл/кг
Ф	356	Уровень общего белка плазмы в стадии острой ожоговой токсемии
О	А	снижен значительно

О	Б	умеренно повышен
О	В	близок к норме
О	Г	умерено снижен
Ф	357	При лечении ожогового сепсиса следует соблюдать
О	А	первоначальное применение больших доз пенициллина
О	Б	применение комбинации антибиотиков
О	В	длительность лечения должна быть не менее 4-6 недель
О	Г	внутривенное введение антибиотиков
Ф	358	Оптимальные сроки применения химических некролитиков у больных с обширными ожогами составляют
О	А	5-6 суток после ожога
О	Б	3-4 суток после ожога
О	В	7-12 суток после ожога
О	Г	15 суток после ожога
Ф	359	Для получения эффекта при глубоких ожогах IIIб степени требуется применение 40% салициловой мази слоем толщиной в
О	А	1-2 мм
О	Б	3-4 мм
О	В	5-6 мм
О	Г	6-7 мм
Ф	360	При ранней эксцизии некротических тканей целесообразно применение следующего вида кожных трансплантатов
О	А	сетчатого трансплантата с перфорацией 1:2
О	Б	полнослойного кожного лоскута

О	В	сплошного расщепленного трансплантата
О	Г	трансплантата аллокожи
Ф	361	При декомпенсированной кровопотере вследствие профузного желудочного кровотечения у тяжелообожженных восполнение объема крови должно быть
О	А	не менее 1/2 переливаемого объема жидкости
О	Б	не менее 1/3 переливаемого объема жидкости
О	В	не менее 2/3 переливаемого объема жидкости
О	Г	не более 1/3 переливаемого объема жидкости
Ф	362	Современная классификация ожогов принята на
О	А	XXVII Всесоюзном съезде хирургов в 1962 году
О	Б	XIV съезде Российских хирургов в 1916 году
О	В	I Всероссийской конференции по ожогам
О	Г	V Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов в 1938 году
Ф	363	Авторами современной классификации ожогов являются
О	А	проф. А.А.Вишевский, М.И.Шрайбер и Г.Д.Вилявин
О	Б	проф. С.С.Юдин и Б.А.Петров
О	В	проф. М.В.Волков и В.Д.Чаклин
О	Г	проф. А.В.Каплан и В.М.Лирцман
Ф	364	Индекс Франка, позволяющий установить и определить степень ожогового шока, является произведением
О	А	глубины ожога и площади его
О	Б	глубины ожога и возраста больного
О	В	температуры, вызывающей ожог, и локализации поражения
О	Г	пола пострадавшего и его возраста

Ф	365	Один процент глубокого (3-4 ст.) ожога при определении индекса Франка равняется
О	А	трем единицам
О	Б	единице
О	В	двум единицам
О	Г	пяти единицам
Ф	366	Один процент площади поверхностного (1-2 ст.) ожога при определении индекса Франка равняется
О	А	единице
О	Б	двум единицам
О	В	трем единицам
О	Г	четырем единицам
Ф	367	Классификация В.П.Котельникова при отморожении оценивает
О	А	длительность однократного и частоту повторного действия холода
О	Б	состояние тканей в дореактивном периоде
О	В	состояние тканей в реактивном периоде
О	Г	все перечисленное
Ф	368	По классификации Т.Я.Арьева местные проявления отморожения делятся на
О	А	4 степени
О	Б	2 степени
О	В	3 степени
О	Г	5 степеней
Ф	369	Общепринятой классификацией при поражении холодом является
О	А	Котельникова В.П.
О	Б	Гирголова С.С.

О	В	Герасименко Н.И.
О	Г	Арьева Т.Я.
Ф	370	Оледенение тканей наступает при снижении внутритканевой температуры до
О	А	-8°C
О	Б	-2°C
О	В	-30°C
О	Г	-15°C
Ф	371	Основным фактором, понижающим местную сопротивляемость тканей и приводящим к развитию холодового нейроваскулита, является
О	А	длительное пребывание во влажной среде с температурой выше нуля до +10-12°C
О	Б	контакт с очень холодным предметом
О	В	тесная обувь или одежда
О	Г	работа без перчаток на морозе
Ф	372	Изменения системного и органного кровообращения наступают при отморожении
О	А	3 степени
О	Б	1 степени
О	В	4 степени
О	Г	2 степени
Ф	373	Теплоизолирующая повязка - это
О	А	стерильная ватно-марлевая повязка с полиэтиленовым или резиновым чехлом
О	Б	стерильная ватно-марлевая повязка
О	В	марлевая повязка, смоченная спиртом
О	Г	ватно-марлевая повязка с фурацилином

Ф	374	При тяжелых степенях отморожения омертвление тканей наступает на
О	А	3-е сутки
О	Б	1-е сутки
О	В	2-е сутки
О	Г	5-е сутки
Ф	375	Оказание первой помощи в дореактивном периоде включает
О	А	обработку спиртом с последующим наложением теплоизолирующей повязки
О	Б	быстрое согревание, растирание снегом
О	В	форсированное согревание отмороженной конечности, погрузив ее в ванну с температурой воды в 40°
О	Г	форсированное согревание, включив согревающие лампы или фен
Ф	376	Фасциотомию при отморожении следует выполнить на
О	А	2-е сутки реактивного периода
О	Б	1-е сутки реактивного периода
О	В	3-е сутки реактивного периода
О	Г	4-е сутки реактивного периода
Ф	377	В реактивном периоде отморожения некротомию следует выполнить на
О	А	5-6-е сутки
О	Б	1-е сутки
О	В	3-и сутки
О	Г	8-10-е сутки
Ф	378	Первичная ампутация при глубоком и обширном отморожении проводится
О	А	на 4-5 сутки реактивного периода

О	Б	сразу при поступлении в дореактивном периоде
О	В	в первые часы реактивного периода
О	Г	в первые сутки реактивного периода
Ф	379	Протезирование культи после отморожения предусматривает
О	А	применение временных тренировочных протезов
О	Б	изготовление постоянного протеза сразу после ампутации на операционном столе
О	В	изготовление временного гипсового культеприемника на операционном столе
О	Г	замену приемной части культи в протезе, сделанном в первые 2.5-3 недели
Ф	380	Операция симпатэктомии при отморожении рук сводится к удалению
О	А	2-го и 3-го узлов на стороне поражения
О	Б	1-го узла на противоположной стороне
О	В	2-го и 3-го узлов на противоположной стороне
О	Г	2-го и 3-го узлов с обеих сторон
Ф	381	"Усталостные" переломы, переломы от перенапряжения, ползучие переломы, стрессовые переломы, нагрузочные остеохондропатии, патологическая функциональная перестройка костной ткани - это
О	А	различные названия одного и того же патологического состояния
О	Б	различные нозологические формы
О	В	патологические состояния различных участков костной ткани в различных сегментах конечностей и туловища
О	Г	повреждения костной ткани травматической этиологии
Ф	382	Морфологические изменения костной ткани при функциональных перестроечных процессах в поздние сроки характеризуются
О	А	микрпереломами трабекул разного срока давности, рассасыванием отдельных из них, пролиферативным процессом в периосте, набуханием коллагеновых волокон, увеличением количества капилляров

О	Б	тотальным утолщением трабекул, уменьшением количества капилляров, увеличением коллагеновых волокон
О	В	морфологической картиной нормальной костной ткани
О	Г	набуханием коллагеновых волокон, увеличением количества капилляров
Ф	383	При наличии патологической перестройки длинных трубчатых костей в виде распространенного гиперостоза кортикального слоя показана
О	А	теномиофасциотомия окружающих мышц с отсечением от места прикрепления к костному гребню, что способствует снятию напряжения на периост и декомпрессии мышечного футляра
О	Б	тоннелизация кости по Беку
О	В	накостный остеосинтез пластиной
О	Г	декортикация области перестройки костной ткани
Ф	384	При электромиографическом исследовании паравертебральных мышц при диспластическом сколиозе биоэлектрическая активность
О	А	выше с выпуклой стороны искривления
О	Б	выше с вогнутой стороны искривления
О	В	снижена с обеих сторон искривления
О	Г	повышена с обеих сторон искривления
Ф	385	На вершине грудного искривления позвоночника спинной мозг смещен
О	А	к вогнутой стороне деформации
О	Б	к выпуклой стороне деформации
О	В	сохраняет свое центральное положение
О	Г	в дорсальную сторону
Ф	386	Степень сколиотической деформации позвоночника по второй классификации В.Д.Чаклина определяется следующими показателями
О	А	I - до 5°, II - до 30°, III - до 60°, IV - свыше 60°
О	Б	I - до 5°, II - до 25°, III - до 80°, IV - свыше 80°

О	В	I - до 10°, II - до 25°, III - до 40°, IV - свыше 40°
О	Г	I - до 15°, II - до 35°, III - до 75°, IV - свыше 75°
Ф	387	У больных грудным сколиозом жизненная емкость легких
О	А	значительно снижается
О	Б	остается неизменной даже при выраженной деформации позвоночника
О	В	повышается за счет изменения формы грудной клетки
О	Г	в 50% случаев повышается и в 50% случаев снижается
Ф	388	Основным рентгенологическим признаком прогрессирования сколиотической болезни является тест
О	А	Риссера
О	Б	Мовшовича
О	В	Нидерштрата
О	Г	Кона
Ф	389	Массаж мышц спины при сколиотической деформации позвоночника необходимо выполнять
О	А	более активно на выпуклой стороне искривления
О	Б	более активно на вогнутой стороне искривления
О	В	активно на обеих сторонах искривления
О	Г	с элементами мануальной терапии, направленными на мобилизацию искривления
Ф	390	При консервативном лечении сколиоза основная цель лечения с помощью корсета
О	А	остановить прогрессирование деформации
О	Б	исправить деформацию позвоночника
О	В	подготовить больного к операции
О	Г	снизить амплитуду движения позвоночника

Ф	391	Наиболее часто остеохондроз поражает
О	А	поясничный отдел позвоночника
О	Б	шейный отдел позвоночника
О	В	грудной отдел позвоночника
О	Г	копчик
Ф	392	Для остеохондроза позвоночника наиболее характерна следующая патогенетическая ситуация
О	А	дискорадикулярный конфликт
О	Б	дискомедулярный конфликт
О	В	дисковаскулярный конфликт
О	Г	спондилорадикулярный конфликт
Ф	393	При шейном остеохондрозе наиболее выраженные дегенеративные изменения чаще встречаются на уровне
О	А	С5-6
О	Б	С1-2
О	В	С3-4
О	Г	С2-3
Ф	394	Выявить нестабильность позвоночного сегмента в шейном отделе возможно с помощью
О	А	обычной бесконтрастной рентгенографии в положении сгибания и разгибания позвоночника в боковой проекции
О	Б	при сравнении рентгенограмм позвоночника, сделанных в положении стоя и лежа
О	В	радиоизотопного исследования
О	Г	миелографии

Ф	395	При выраженной нестабильности позвоночного сегмента шейного отдела позвоночника необходимо назначение
О	А	головодержателя типа воротника Шанца
О	Б	сосудорасширяющих препаратов
О	В	аналгетиков ненаркотического ряда
О	Г	мануальной терапии
Ф	396	Большая передняя корешковая артерия Адамкевича снабжает кровью
О	А	спинной мозг, лежащий ниже сегмента D8
О	Б	шейный отдел спинного мозга
О	В	шейный и грудной отделы спинного мозга
О	Г	грудной отдел спинного мозга (от D1 до D12)
Ф	397	Выпадение коленного рефлекса характерно для поражения
О	А	корешка L4
О	Б	корешка L2
О	В	корешка L3
О	Г	корешка S1
Ф	398	У больного внезапно возникла параплегия нижних конечностей, более выраженная в нижних отделах (дистальных), расстройство чувствительности в зоне L5-S5 сегмента, нарушение функции тазовых органов, данная клиническая картина характерна для синдрома
О	А	артериальной ишемии конуса и эпиконуса спинного мозга
О	Б	артериальной миелоишемии поясничного утолщения
О	В	артериальной ишемии конуса спинного мозга
О	Г	артериальной радикулоишемии
Ф	399	Появление органической неврологической (корешковой) симптоматики при поясничном остеохондрозе вызывает

О	А	протрузия или пролапс диска в спинномозговой канал
О	Б	грыжа Шморля
О	В	оссификация передней продольной связки
О	Г	склерозирование замыкательных пластин смежных позвонков
Ф	400	Основным методом лечения больных с поясничным остеохондрозом является
О	А	консервативный
О	Б	передний корпородез
О	В	ламинэктомия, удаление грыжи диска
О	Г	фиксация поясничного отдела металлофиксаторами, задний спондилодез
Ф	401	Закрытый хемонуклеолиз и дерцепция межпозвоночных дисков показаны в случаях
О	А	если на миелограммах больного выявляется грыжа диска, которая занимает не более 1/3 просвета позвоночного канала и нет признаков нестабильности позвоночного сегмента
О	Б	длительного течения болезни, выявленного на бесконтрастных рентгенограммах снижения высоты одного или нескольких межпозвоночных дисков
О	В	если на миелограммах больного выявляется грыжа диска, перекрывающая 2/3 просвета позвоночного канала
О	Г	если на миелограммах больного выявляется грыжа диска, которая полностью перекрывает просвет позвоночного канала
Ф	402	Показаниями к ламинэктомии и дискотомии, заднему спондилодезу являются:
О	А	грыжа диска со сдавлением спинномозговых корешков
О	Б	неэффективность консервативного лечения в течение 4 месяцев
О	В	неэффективность консервативного лечения в течение 2 месяцев
О	Г	неэффективность эпидуральной блокады
Ф	403	Болезнь Бехтерева чаще встречается
О	А	у мужчин в возрасте старше 40 лет

О	Б	у женщин в возрасте старше 50 лет
О	В	у женщин в возрасте старше 40 лет
О	Г	у мужчин в возрасте старше 50 лет
Ф	404	При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место
О	А	в системе органов кроветворения
О	Б	в центральной нервной системе
О	В	в сердечно-сосудистой системе
О	Г	в иммунной системе
Ф	405	Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов
О	А	лимфоцитов
О	Б	эритроцитов
О	В	лейкоцитов
О	Г	тромбоцитов
Ф	406	Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано
О	А	лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности
О	Б	лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ки/км^2
О	В	детям, проживающим на загрязненных территориях
О	Г	беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях
Ф	407	"Малыми" принято называть дозы
О	А	не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статически выявленные изменения в состоянии здоровья группы
О	Б	не вызывающие лучевой болезни

О	В	не вызывающие хромосомных повреждений
О	Г	не вызывающие генных поломок
Ф	408	Предпочтительным донором костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются
О	А	родные братья или сестры
О	Б	родители больного
О	В	дети больного
О	Г	другие члены семьи
Ф	409	Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови
О	А	менее 500 в мкл
О	Б	менее 3 000 в мкл
О	В	менее 100 в мкл
О	Г	менее нормы

Банк ситуационных клинических задач.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	01

Ф	Код функции	Переломы шейки бедренной кости
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больная 73 лет доставлена с улицы после падения на левый бок. Жалуется на боль в левой паховой области. Нога в положении небольшой наружной ротации, укорочена на 3 см. Попытка приведения ее в срединное положение сопровождается болью в области тазобедренного сустава.
В	1	Предположительный диагноз:
Э	-	аддукционный перелом шейки бедренной кости
P2	-	чрезвертельный перелом бедренной кости
P1	-	абдукционный перелом шейки бедренной кости
P0	-	диафизарный перелом бедра
В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в прямой проекции и аксиальной проекции
P2	-	в прямой проекции
P1	-	в аксиальной проекции
P0	-	в боковой проекции
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местное обезболивание тазобедренного сустава
P2	-	общее обезболивание анальгетиками
P1	-	местное обезболивание тазобедренного сустава
P0	-	внутривенный наркоз

В	4	Способ иммобилизации при оказании первой врачебной помощи
Э	-	лестничные шины, шина Дитерихса или деротационный сапожок
P2	-	лестничные шины, шина Дитерихса
P1	-	деротационный сапожок
P0	-	иммобилизация не нужна
В	5	Метод лечения данной больной при условии ее удовлетворительного состояния
Э	-	операция однополюсного эндопротезирования или операция остеосинтеза шейки бедренной кости канюлированными винтами
P2	-	операция остеосинтеза шейки бедренной кости
P1	-	наложение гипсового деротационного сапожка
P0	-	скелетное вытяжение
Н	-	02
Ф	Код функции	Перелом лучевой кости в типичном месте
И	-	ИНСТРУКЦИЯ

У	-	Больная 65 лет поскользнулась на тротуаре, при падении ударилась разогнутой кистью. Больная жалуется на боль при движении в лучезапястном суставе. Отмечается припухлость в дистальной трети предплечья, деформация, ограничение движения в лучезапястном суставе. Давление на дистальную часть лучевой кости резко болезненно.
В	1	Сформулировать диагноз.
Э	-	разгибательный перелом лучевой кости в типичном месте, перелом Коллиса
P2	-	перелом дистального метаэпифиза костей предплечья
P1	-	сгибательный перелом лучевой кости в типичном месте
P0	-	Диафизарный перелом костей предплечья
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	в прямой и боковой проекции
P2	-	в прямой проекции
P1	-	в боковой проекции
P0	-	в косой проекции
В	3	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	консервативный метод (закрытая репозиция и иммобилизация лонгетной повязкой)
P2	-	консервативный метод (иммобилизация лонгетной повязкой)
P1	-	оперативное лечение

P0	-	скелетное вытяжение
B	4	Способ выполнения закрытой репозиции перелома
Э	-	вытяжение за кисть по длине, сгибание кисти в ладонную сторону, отведение кисти в локтевую сторону
P2	-	вытяжение за кисть по длине, сгибание кисти в ладонную сторону
P1	-	отведение кисти в локтевую сторону
P0	-	пронация предплечья
B	5	Срок иммобилизации для данного больного
Э	-	4-5 недель
P2	-	4 недели
P1	-	6 недель
P0	-	2-3 недели
H	-	03
Ф	Код функции	

		Переломы ключицы
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Юноша во время спортивных соревнований упал с перекладины и ударился правым плечом об пол. Жалуется на боль в области правой ключицы, усиливающуюся при попытке отвести руку. Определяются деформация, боль при пальпации и крепитации костных отломков усиливается. Температура кожи правой кисти снижена
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	осложненный перелом правой ключицы со смещением
P2	-	перелом правой ключицы
P1	-	вывих акромиального конца ключицы
P0	-	вывих стернального конца ключицы
В	2	Возможные визуальные признаки осложнений повреждения
Э	-	изменение цвета кожи в дистальных отделах руки, уменьшение объема активных движений в пальцах кисти
P2	-	изменение цвета кожи в дистальных отделах руки
P1	-	Нарушение чувствительности в пальцах руки
P0	-	отек кисти
В	3	

		Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
P2	-	общее обезболивание анальгетиками
P1	-	местная анестезия зоны перелома
P0	-	обезболивание не нужно
В	4	Способ иммобилизации при оказании первой врачебной помощи
Э	-	наложение повязки Дезо или кольца Дельбе, или 8-образная повязка
P2	-	наложение повязки Дезо
P1	-	фиксация руки косыночной повязкой
P0	-	фиксация руки к туловищу в разогнутом положении
В	5	Возможные способы вправления отломков в данной ситуации
Э	-	одномоментная ручная репозиция, иммобилизация повязкой Вайнштейна, операция открытого вправления и остеосинтеза отломков
P2	-	одномоментная ручная репозиция, иммобилизация повязкой Вайнштейна
P1	-	одномоментная ручная репозиция, иммобилизация на косынке

P0	-	иммобилизация на косынке
H	-	04
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы, контроль ее эффективности и безопасности
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	В приемный покой больницы доставлен больной М. после падения с высоты полутора метров. При падении больной приземлился на ладонь разогнутой отведенной правой руки. Жалобы на сильные боли в правом плечевом суставе. Активные движения невозможны, пассивные – резко болезненны и ограничены, поддерживает правую руку левой рукой. При осмотре: область плечевого сустава утолщена, выделяется акромиальный отросток, пальпаторно определяется пустая суставная впадина, головка плеча прощупывается под ключицей. Попытка поднять руку или отвести ее вызывает пружинистое сопротивление в суставе.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый передний вывих правой плечевой кости.
P2	-	Предположительный диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый) или отношение головки плеча к суставной поверхности лопатки (передний/нижний/задний)
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	В прямой и аксиальной проекциях
Р2	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
Р1	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или аксиальная)
Р0	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
Р2	-	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
Р1	-	Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная анестезия зоны перелома)
Р0	-	Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид обезболивания)
В	4	Основной метод и способы(не менее 3х) лечения данной патологии
Э	-	Закрытое вправление вывиха плеча одним из способов (Кохера,Джанелидзе, Чаклина, Мота, Симона , Кудрявцева, Гофмейстера,Мешкова,Мухина,Гиппократа)
Р2	-	Метод лечения указан верно (названо не менее 3х способов вправления)
Р1	-	Метод указан верно , названо только два способа лечения
Р0	-	Ответ дан полностью неверно Метод указан верно , указан только один способ Метод указан верно, способы названы неправильно или не указаны вообще
В	5	Оптимальный способ и срок иммобилизации при данном повреждении
Э	-	Иммобилизация гипсовой лонгетой по Турнеру от здорового надплечья до головок пястных костей поврежденной конечности ,сроком 4 недели
Р2	-	Способ и срок иммобилизации указаны верно
Р1	-	Ответ указан верно , но не в полном объеме (правильно указан только срок или толь-

		ко способ иммобилизации)
P0	-	Способ и срок указанны неверно
H	-	05
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы, контроль ее эффективности и безопасности
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина доставлен в травматологический пункт после падения на спину. Движения в правом плечевом суставе резко болезненны и ограничены из-за боли. При осмотре: правая рука приведена, поддерживает ее левой рукой. В области тела лопатки отмечается припухлость, кровоподтек и болезненность мягких тканей.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый перелом тела правой лопатки
P2	-	Предположительный диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый) или локализация повреждения кости
P0	-	Диагноз поставлен неверно. Не указан характер(открыты/закрытый) и локализация повреждения кости
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	В прямой и боковой проекции
P2	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном

		объеме.
P1	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или боковая)
P0	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
B	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
P2	-	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
P1	-	Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная анестезия зоны перелома)
P0	-	Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид обезболивания)
B	4	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	Консервативный метод (иммобилизация повязкой Дезо с валиком подмышечной впадине)
P2	-	Основной метод лечения назван верно
P1	-	Основной метод лечения назван верно,но указан другой способ иммобилизации (иммобилизация гипсовой повязкой по Ванштейну/лонгетной гипсовой повязкой по Турнеру/косыночной повязкой/на отводящей шине)
P0	-	Основной метод лечения назван неверно
B	5	Срок иммобилизации для данного больного
Э	-	3-4 недели
P2	-	Срок иммобилизации назван верно
P1	-	Назван срок иммобилизации 3 или 4 недели
P0	-	Срок иммобилизации назван не верно

Н	-	06
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы, контроль ее эффективности и безопасности
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Женщина 75 лет, выходя из магазина, оступилась и упала на отведенную выпрямленную левую руку, почувствовала боли в области левого плечевого сустава. Сразу же обратилась к врачу. При осмотре: левый плечевой сустав увеличен в объеме, поколачивание по локтю вызывает боль в плечевом суставе. Активные и пассивные движения в плечевом суставе резко ограничены из-за болей. Головка плечевой кости пальпируется на обычном месте.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый абдукционный перелом хирургической шейки левой плечевой кости.
P2	-	Предположительный диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый,абдукционный/аддукционный) или локализация повреждения (анатомическая область кости)
P0	-	Диагноз поставлен неверно. Не указан характер(открыты/закрытый, абдукционный/аддукционный) и локализация повреждения кости
В	2	Догоспитальная помощь должна включать в себя
Э	-	Обезболивание (общие анальгетики) и иммобилизацию (лестничная шина Крамера, мягкие повязки Дезо, Вельпо, косыночная повязка)
P2	-	Объем догоспитальной помощи указан верно
P1	-	Назван только один из элементов догоспитальной помощи
P0	-	Объем догоспитальной помощи указан неверно

В	3	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	В прямой и аксиальной проекции
P2	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
P1	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или аксиальная)
P0	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
В	4	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
P2	-	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
P1	-	Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная анестезия зоны перелома)
P0	-	Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид обезболивания)
В	5	От каких показателей будет зависеть дальнейшая тактика лечения
Э	-	(1)Наличие осложнений связанных с травмой, (2)угол и характер смещения отломков по рентгенограмме, (3)возраст и общесоматический статус больного
P2	-	Все три элемента названы верно
P1	-	Названы только два элемента
P0	-	Назван только один элемент либо все элементы названы неверно
Н	-	07
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза

Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы, контроль ее эффективности и безопасности
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Женщина 35 лет во время прогулки , оступилась и упала левым плечом на стоящую рядом скамейку, почувствовала резкую боль в области левого плеча. Бригадой скорой медицинской помощи больная доставлена в приемный покой больницы. При осмотре: в области левого плеча в с/3 отмечается деформация , сегмент укорочен , поколачивание по локтю вызывает боль в области перелома. Так же выявляется крепитация костных отломком и патологическая подвижность в области повреждения . Активные и пассивные движения в плечевом суставе резко ограничены из-за выраженного болевого синдрома. Двигательных и чувствительных нарушений со стороны дистального сегмента левой верхней конечности не выявлено.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый диафизарный перелом левой плечевой кости со смещением.
P2	-	Предположительный диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый, абдукционный/аддукционный) или локализация повреждения (анатомическая область кости)
P0	-	Диагноз поставлен неверно. Не указан характер(открыты/закрытый, абдукционный/аддукционный) и локализация повреждения кости
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	В прямой и боковой проекции с захватом прилежащих к сегменту суставов
P2	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
P1	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или боковая)
P0	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)

В	3	Наиболее часто встречаемое осложнение при данном виде травмы , чем оно обусловлено
Э	-	Повреждения лучевого нерва (сдавление, ушиб, перерастяжение, разрыв) обусловленное тем, что в поврежденной области лучевой нерв находится в непосредственном контакте с плечевой костью
Р2	-	Ответ указан полностью верно
Р1	-	Ответ дан не в полном объеме (не указан характер осложнения или его причина)
Р0	-	Ответ дан неверно
В	4	Наиболее предпочтительный метод и способы лечения данной больной при условии ее удовлетворительного состояния
Э	-	Оперативный метод лечения (наkostный остеосинтез пластиной или блокируемый интромадулярный остеосинтез стержнем)
Р2	-	Метод лечения и его возможные способы указаны верно
Р1	-	Метод лечения указан верно, указан только один способ лечения (наkostный остеосинтез пластиной или блокируемый интромадулярный остеосинтез стержнем)
Р0	-	Метод лечения выбран неверно
В	5	Средний срок сращения перелома в данной области составляет
Э	-	8-12 недель
Р2	-	Средний срок указан верно
Р1	-	Названный средний срок входит в указанный диапазон, но не полностью его повторяет
Р0	-	Средний срок сращения указан неверно
Н	-	08
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и/или состояниями

		костно-мышечной системы, контроль ее эффективности и безопасности
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина 40 лет, оступился дома и упал на согнутую в локтевом суставе правую руку, почувствовал резкую боль в области правого локтевого сустава. Родственниками сразу доставлен в приемный покой больницы. При осмотре: правый локтевой сустав деформирован, значительно отечен, отмечается крепитация костных отломков. Треугольник и линия Гютера сохранены. Нарушен признак Маркса. Активные и пассивные движения в локтевом суставе резко ограничены из-за болей.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый надмыщелковый перелом правой плечевой кости
P2	-	Предположительный диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый) или локализация повреждения (анатомическая область кости)
P0	-	Диагноз поставлен неверно. Не указан характер(открыты/закрытый) и локализация повреждения кости
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	В прямой и боковой проекциях
P2	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
P1	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или боковая)
P0	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
P2	-	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
P1	-	Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная

		анестезия зоны перелома)
P0	-	Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид обезболивания)
B	4	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	Консервативный метод (одномоментная закрытая ручная репозиция иммобилизация задней гипсовой лонгетой по Турнеру на 6-8 недель)
P2	-	Основной метод лечения назван верно
P1	-	Основной метод лечения назван верно,но не указан срок и вид иммобилизации
P0	-	Основной метод лечения назван неверно
B	5	Назовите этапы выполнения закрытой ручной репозиции при данном виде повреждения
Э	-	Репозицию выполняют на разогнутой в локтевом суставе конечности Тракция по продольной оси конечности ,периферический отломок смещают кзади и кнутри ..После сопоставления отломков предплечье сгибают под углом 90-100 градусов и фиксируют лонгетой по Турнеру на 6-8 недель
P2	-	Основные этапы закрытой ручной репозиции названы верно
P1	-	Ответ дан частично верно , указаны только основные манипуляции (Тракция по продольной оси конечности ,периферический отломок смещают кзади и кнутри)
P0	-	Этапы выполнения закрытой ручной репозиции названы неверно
H	-	09
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы, контроль ее эффективности и безопасности
...		

И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина 25 лет, выполняя акробатический номер, при опоре на левую руку потерял равновесие, после чего ощутил резкую боль в области левого локтевого сустава. Мужчина самостоятельно обратился в травмпункт. При осмотре: по внутренней поверхности левого локтевого сустава отмечается припухлость, кровоподтек. Пальпация болезненна. Треугольник и линия Гютера незначительно нарушены. Активные и пассивные движения в суставе умеренно ограничены из-за боли. Так же отмечается болезненность при ротационных движениях предплечья и сгибании кисти.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый отрывной перелом внутреннего надмыщелка левой плечевой кости
P2	-	Предположительный диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указан характер (открытый/закрытый, отрывной) или локализация повреждения (анатомическая область кости)
P0	-	Диагноз поставлен неверно. Не указан характер (открытый/закрытый) и локализация повреждения кости
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	в прямой и боковой проекциях
P2	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
P1	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или боковая)
P0	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно. (названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
P2	-	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
P1	-	Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная анестезия зоны перелома)
P0	-	Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид)

		обезболивания)
В	4	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	Консервативный метод (иммобилизация гипсовой лонгетой от верхней трети плеча до головок пястных костей сроком 3 нед)
P2	-	Основной метод лечения назван верно
P1	-	Основной метод лечения назван верно, но указан другой способ или срок иммобилизации
P0	-	Основной метод лечения назван неверно
В	5	Оптимальное положение травмированной конечности при консервативном лечении иммобилизацией гипсовой лонгетой
Э	-	Положении предплечья среднее между супинацией и пронацией(1) . Сгибание в локтевом суставе 90 градусов(2), лучезапястный сустав разогнут под углом 30 градусов(3) .
P2	-	Положение конечности названо верно
P1	-	Ответ дан не полностью ,названы только два элемента (Положении предплечья среднее между супинацией и пронацией(1) . Сгибание в локтевом суставе 90 градусов(2) или положении предплечья среднее между супинацией и пронацией(1) . лучезапястный сустав разогнут под углом 30 градусов(3) . или сгибание в локтевом суставе 90 градусов(2), лучезапястный сустав разогнут под углом 30 градусов(3))
P0	-	Названо неверное положение конечности или указан только один верный элемент (Положении предплечья среднее между супинацией и пронацией(1) или сгибание в локтевом суставе 90 градусов(2) или лучезапястный сустав разогнут под углом 30 градусов(3))
Н	-	10
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и/или состояниями

		костно-мышечной системы, контроль ее эффективности и безопасности
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина 50 лет, переходя улицу, оступился и упал на отведенную и выпрямленную в локтевом суставе правую руку, почувствовал резкую боль в области правого локтевого сустава. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приемный покой больницы. При осмотре: правый локтевой сустав деформирован, значительно отечен, отмечается крепитация костных отломков. Треугольник и линия Гютера не определяются. Нарушен признак Маркса. Активные и пассивные движения в локтевом суставе отсутствуют из-за выраженного болевого синдрома. Двигательных и чувствительных нарушений в периферическом отделе конечности не выявлено, пульсация на лучевой и локтевой артерии сохранена.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый внутрисуставной перелом мыщелка правой плечевой кости.
P2	-	Предположительный диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указан характер(открыты/закрытый, внесуставной/внутрисуставной) или локализация повреждения (анатомическая область кости)
P0	-	Диагноз поставлен неверно. Не указан характер(открыты/закрытый, внесуставной/внутрисуставной) и локализация повреждения кости
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	В прямой и боковой проекциях
P2	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
P1	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или боковая)
P0	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи

Э	-	Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
P2	-	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
P1	-	Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная анестезия зоны перелома)
P0	-	Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид обезболивания)
В	4	Методом выбора при данном повреждении является
Э	-	Оперативный метод (стабильный погружной остеосинтез)
P2	-	Метод лечения назван верно
P1	-	Ответ дан частично верно , отсутствует уточнение (стабильный погружной остеосинтез)
P0	-	Метод лечения выбран неверно
В	5	Целью хирургического лечения является
Э	-	Анатомичная репозиция(1) и стабильная фиксация перелома (2) с обеспечением начала активных движений в течении нескольких дней после операции(3)
P2	-	Цели хирургического лечения названы верно
P1	-	Ответ дан частично верно (указаны только два пункта из 3х)
P0	-	Ответ дан неверно Назван только один пункт из 3х
Н	-	11
Ф	Код функции	Травма предплечья.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной Н., 30 лет. Доставлен приемное отделение больницы после падения на улице на вытянутые руки, с жалобами на боли в области левого локтевого сустава, резко усиливающиеся при попытках пассивных и активных движений в локтевом суста-

		ве. При осмотре левый локтевой сустав отечен, гиперемирован, болезненный при пальпации, попытка любых движений в локтевом суставе вызывает резкую боль. Предплечье укорочено, локтевой сустав деформирован (пальпируется выступ локтевого отростка).
В	1	Предположительный диагноз:
Э	-	задний вывих предплечья, с повреждением капсульно-связочного аппарата локтевого сустава, слева
P2	-	задний вывих предплечья слева
P1	-	вывих обеих костей предплечья кзади
P0	-	перелом локтевого отростка слева
В	2	Для уточнения диагноза необходимо произвести рентгенографию
Э	-	Левого предплечья в прямой и боковой проекции, с захватом локтевого сустава
P2	-	Левого предплечья в прямой и боковой проекции, с захватом локтевого сустава, и лучезапястного сустава
P1	-	Левого предплечья в прямой и боковой проекции, с захватом лучезапястного сустава
P0	-	Левого предплечья в прямой и боковой проекции
В	3	Длительность иммобилизации гипсовой лонгетой
Э	-	7-10 дней
P2	-	5-10 дней
P1	-	7-14 дней
P0	-	10-14 дней
В	4	Трудоспособность восстанавливается через
Э	-	6-8 недель
P2	-	5-7 недель

P1	-	7-9 недель
P0	-	9-10 недель
B	5	Как фиксировать конечность гипсовой лонгетой
Э	-	Задней гипсовой лонгетой от верхней трети плеча до головок пястных костей
P2	-	Задней гипсовой лонгетой от средней трети плеча до головок пястных костей
P1	-	Задней гипсовой лонгетой от средней трети плеча до лучезапястного сустава
P0	-	Задней гипсовой лонгетой от средней трети плеча до средней трети предплечья
H	-	12
Ф	Код функции	Повреждения кисти.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной К, 19 лет. Обратился в приемное отделение больницы с жалобами на сильную боль в область правой кисти которая возникла в следствии удара в драке. При осмотре правая кисть отечна, болезненна при пальпации, в области 2-3 пястных костей при пальпации слышится крепитация костных отломков. Активные и пассивные движения пальцами правой кисти вызывают боль
B	1	Сформулировать диагноз
Э	-	закрытый перелом 2-3 пястных костей правой кисти со смещением
P2	-	закрытый перелом 2-3 пястной кости с права, ушиб правой кисти
P1	-	перелом 2-3 пястной кости справа
P0	-	Ушиб правой кисти
B	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	обзорная рентгенограмма в прямой и косой проекции
P2	-	в прямой и боковой проекции

P1	-	в боковой проекции
P0	-	в косой проекции
B	3	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	Под местной анестезией производят репозицию посредством вытяжения по оси за пальцы и давления на отломки. Для удержания в правильном положении накладывают ладонную гипсовую шину от верхней трети предплечья до кончиков пальцев. С приданием пальцам среднего физиологического положения. На тыльную поверхность накладывают дополнительную лонгету хорошо смоделированную
P2	-	Под местной анестезией производят репозицию посредством вытяжения по оси за пальцы и давления на отломки. Для удержания в правильном положении накладывают ладонную гипсовую шину от верхней трети предплечья до кончиков пальцев
P1	-	Под местной анестезией производят репозицию посредством вытяжения по оси за пальцы. Накладывают ладонную гипсовую шину от верхней трети предплечья до кончиков пальцев
P0	-	Под местной анестезией накладывают гипсовую лонгету по ладонной поверхности кисти и предплечья в среднем физиологическом положении
B	4	Сроки иммобилизации гипсовой лонгетой
Э	-	4 недели
P2	-	3-4 недели
P1	-	4-5 недель
P0	-	3 недели
B	5	Продолжительность реабилитации данного больного
Э	-	1-2 недели
P2	-	2-3 недели
P1	-	2 недели
P0	-	1 неделя

Н	-	13
Ф	Код функции	Травмы кисти.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больная И., 24 обратилась в приемное отделение больницы с жалобами на боль в правом лучезапястном суставе возникшая после падения на вытянутую руку у себя дома. При осмотре правая кисть при пальпации болезненна, прощупывается ступенчатая деформация на уровне лучезапястного сустава со смещением кисти в тыльную сторону и вверх, активные и пассивные движения в лучезапястном суставе отсутствуют
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Перилунарный вывих в лучезапястном суставе
P2	-	Вывих кисти в лучезапястном суставе
P1	-	Вывих кисти
P0	-	Перелом лучевой кости в типичном месте
В	2	С какими повреждениями необходимо дифференцировать данную травму
Э	-	Перелом лучевой кости в типичном месте
P2	-	Вывих полулунной кости
P1	-	Чрезладевидно-перилунарный вывих кисти
P0	-	Перитрехгранно-лунарный вывих кисти
В	3	Лечение
Э	-	Под наркозом производят вытяжение кисти по оси предплечья (в ручную или на аппарате Соколовского) и врач , охватывая кисть с обеих сторон, большими пальцами давит на выступающую часть тыльной поверхности запястья в направлении ладонной стороны. Не прекращая вытяжения делают контрольные рентгенограммы. При вправленном вывихе накладывают тыльную гипсовую лонгету в положении

		легкого сгибания кисти
P2	-	Под наркозом производят вытяжение кисти по оси предплечья и врач , охватывая кисть с обеих сторон, большими пальцами давит на выступающую часть тыльной поверхности запястья в направлении ладонной стороны. При вправленном вывихе накладывают тыльную гипсовую лонгету в положении легкого сгибания кисти
P1	-	Под наркозом производят вытяжение кисти по оси предплечья и врач , охватывая кисть с обеих сторон, большими пальцами давит на выступающую часть тыльной поверхности запястья в направлении ладонной стороны
P0	-	Под местной анестезией производят вытяжение кисти по оси предплечья в ручную охватывая кисть с обеих сторон. При вправленном вывихе накладывают тыльную гипсовую лонгету
B	4	Длительность иммобилизации гипсовой лонгетой
Э	-	3 недели
P2	-	2 недели
P1	-	4 недели
P0	-	1 неделю
B	5	Срок восстановления трудоспособности больного
Э	-	1 ½ – 2 месяца
P2	-	2 месяца
P1	-	1 ½ месяца
P0	-	2 ½ месяца
H	-	14
Ф	Код функции	Травмы костей кисти
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной М., 17 лет доставлен учителем физкультуры в приемное отделение больницы с жалобами на боль в области пястно-запястного сустава первого пальца правой кисти. При осмотре деформация в области 1 пястно-запястного сустава , резкая локальная болезненность, ограничение функции, болезненность при осевой нагрузке

В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Не полный внутри суставной перелом головки 1 пястной кости в области пястно-запястного сустава, с вывихом 1 пальца
P2	-	Не полный внутри суставной перелом головки 1 пястной кости в области пястно-запястного сустава
P1	-	Внутри суставной перелом головки 1 пястной кости в области пястно-запястного сустава
P0	-	Вывих 1 пальца
В	2	Лечение
Э	-	Под местной анестезией производят репозицию путем вытяжения по продольной оси отведенного 1 пальца и давления на основание пястной кости. Для этого марлевую ленту помещают на основание 1 пястной кости и производят вытяжение за концы ее в локтевом направлении. Иммобилизацию осуществляют гипсовой лонгетой, дистальный конец которой разрезают на две части. Лонгету накладывают на тыльно-лучевую поверхность предплечья, частями разрезанного конца охватывают 1 палец с боков, и соединяют их на ладонной стороне основной фаланги
P2	-	Под местной анестезией производят репозицию путем вытяжения по продольной оси отведенного 1 пальца и давления на основание пястной кости. Иммобилизацию осуществляют гипсовой лонгетой. Лонгету накладывают на тыльно-лучевую поверхность предплечья
P1	-	Под местной анестезией производят репозицию путем вытяжения по продольной оси отведенного 1 пальца и давления на основание пястной кости. Лонгету накладывают на тыльно-лучевую поверхность предплечья
P0	-	Под местной анестезией производят репозицию путем вытяжения по продольной оси отведенного 1 пальца. Иммобилизацию осуществляют гипсовой
В	3	При оперативном лечении для фиксации отломков применяют
Э	-	Спицы или стержневым аппаратом внешней фиксации
P2	-	Спицы
P1	-	Фиксация стержневым аппаратом внеочаговой фиксации
P0	-	Винты
В	4	Сроки иммобилизации гипсовой лонгетой
Э	-	4 недели
P2	-	3 недели
P1	-	2 ½ недели
P0	-	5 недель

В	5	Реабилитация
Э	-	2-4 недели
P2	-	3-4 недели
P1	-	4 недели
P0	-	2 недели
Н	-	15
Ф	Код функции	Травмы предплечья.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной А, 38 лет сам обратился в приемное отделение больницы с жалобами на боли в левом локтевом суставе которые возникли в следствии падения на руки с согнутыми в локтевом суставе. При осмотре локтевой сустав болезненный при пальпации, отечен , гиперемирован, увеличен в объеме. По задней поверхности локтевого сустава пальпируется подвижный выступ локтевого отростка с усиливающимися болями при пальпации. Активные и пассивные движения в локтевом суставе вызывают резкую боль. Нарушены треугольник и линия Потера
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый перелом локтевого отростка левого предплечья со смещением. Гемартроз
P2	-	Перелом локтевого отростка левого предплечья. Гемартроз
P1	-	Перелом локтевого отростка левого предплечья со смещением
P0	-	Вывих левого предплечья кзади
В	2	Показание для госпитализации
Э	-	Оскольчатый перелом, и перелом с расхождением отломков
P2	-	Оскольчатый перелом
P1	-	Перелом со смещением
P0	-	Перелом без смещения отломков
В	3	Метод исследования для уточнения диагноза

Э	-	Необходимо произвести рентгенограмму в прямой и боковой проекции, причем последнюю необходимо произвести при согнутом локтевом суставе
P2	-	Необходимо произвести рентгенограмму в прямой и боковой проекции
P1	-	Необходимо произвести рентгенограмму в двух проекциях
P0	-	Необходимо произвести рентгенограмму в боковой проекции
B	4	Показания к оперативному лечению
Э	-	Оскольчатый перелом или перелом с диастазом между фрагментами более 0,5 мм
P2	-	Диастаз между фрагментами более 0,5 мм
P1	-	Оскольчатый перелом
P0	-	Неудачная попытка закрытой репозиции
B	5	Сроки иммобилизации гипсовой лонгетой при консервативном лечении
Э	-	4-5 недель
P2	-	4 недели
P1	-	5 недель
P0	-	3 недели
H	-	16
Ф	Код функции	Переломы костей предплечья.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной В, 18 Доставлен в приемное отделение специализированной больницы с жалобами на боли в левом предплечье после того как упал на стройке. При осмотре левое предплечье деформированно в средней трети локальная отечность и болезненность при попытке осевой нагрузки на предплечье. Чувствительность пальцев не нарушена, попытки сжать пальцы в кулак вызывают резкую боль
B	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый перелом диафиза локтевой и лучевой кости слева

P2	-	Перелом диафиза локтевой и лучевой кости слева
P1	-	Закрытый перелом левого предплечья
P0	-	Ушиб мягких тканей левого предплечья
B	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить исследования
Э	-	Обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции с захватом локтевого и лучезапястного суставов
P2	-	Обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции с захватом локтевого сустава
P1	-	Обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции
P0	-	Обзорная рентгенограмма в двух проекциях
B	3	Показания для оперативного лечения
Э	-	При неудачной репозиции, оскольчатый перелом, вторичное и угловое смещение отломков
P2	-	При неудачной репозиции, вторичном смещении отломков
P1	-	Оскольчатый перелом
P0	-	Перелом со смещением
B	4	Длительность иммобилизации гипсовой лонгетой
Э	-	10-12 недель
P2	-	10-11 недель
P1	-	11 недель
P0	-	12 недель
B	5	Восстановление трудоспособности
Э	-	3-4 месца
P2	-	3 месяца
P1	-	4 месяца
P0	-	4-5 месяцев

Н	-	17
Ф	Код функции	Перелом костей предплечья.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной Р, 22 лет обратился в приемное отделение больницы с жалобами на боли в области 1 пястно-фалангового сустава которые появились после падения на разогнутый палец. При осмотре локальная отечность, укорочение и деформация за счет смещения пальца в тыльную сторону отведением и сгибанием ногтевой фаланги, активные движения отсутствуют
В	1	Метод обезболивания при вправлении вывиха
Э	-	Внутрикостная или местная анестезия
Р2	-	Местная анестезия
Р1	-	Местное охлаждение
Р0	-	Обезболивания не требуется
В	2	Показание для оперативного вправления вывиха
Э	-	При интерпозиции разорванной капсулы сустава или захлестнувшегося сухожилия длинного сгибателя
Р2	-	При интерпозиции капсулы сустава или захлестнувшегося сухожилия длинного сгибателя
Р1	-	При интерпозиции разорванной капсулы сустава
Р0	-	При интерпозиции захлестнувшегося сухожилия длинного сгибателя
В	3	На какой срок накладывается гипсовая лонгета после оперативного вмешательства
Э	-	2-3 недели
Р2	-	3 недели
Р1	-	3-4 недели
Р0	-	1-2 недели
В	4	Восстановление трудоспособности через
Э	-	1 – 1 ½ месяца
Р2	-	1-2 месяца
Р1	-	2 -2 ½ месяца

P0	-	3 месяца
B	5	Реабилитация
Э	-	1-2 недели
P2	-	2 недели
P1	-	3 недель
P0	-	3 ½ недели
H	-	18
Ф	Код функции	Перелом верхней трети большеберцовой и малоберцовой костей
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больная 39 лет доставлена с места работы, где упала металлическая труба на область левой голени. Жалуется на боль в месте падения трубы. Голень умеренно отечная, видимая деформация, гематома. Попытка пальпации и пробы осевой нагрузки сопровождается резкой болезненность.
B	1	Предположительный диагноз:
Э	-	Закрытый перелом обеих костей левой голени со смещением
P2	-	Закрытый перелом большеберцовой и малоберцовой костей левой голени
P1	-	Закрытый перелом большеберцовой кости левой голени
P0	-	Ушиб мягких тканей левой голени

В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в двух проекциях (прямой и боковой)
Р2	-	в прямой проекции
Р1	-	в боковой проекции
Р0	-	в аксиальной проекции
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местное обезболивание области перелома
Р2	-	общее обезболивание анальгетиками
Р1	-	местное обезболивание области перелома
Р0	-	внутривенный наркоз
В	4	Способ иммобилизации при оказании первой врачебной помощи
Э	-	лестничные шины, шина Дитерихса
Р2	-	лестничные шины
Р1	-	шина Дитерихса
Р0	-	иммобилизация не нужна
В	5	Метод лечения данной больной при условии ее удовлетворительного состояния
Э	-	операция интрамедуллярного остеосинтеза штифтом или накостный остеосинтез пластиной или наложение аппарата внешней фиксации, наложение гипсовой повязки
Р2	-	операция интрамедуллярного остеосинтеза штифтом
Р1	-	наложение гипсовой повязки
Р0	-	скелетное вытяжение

Н	-	19
Ф	Код функции	Перелом медиального мыщелка большеберцовой кости
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больная 45 лет доставлена КСПМ с места ДТП, где была сбита мотоциклистом. Жалуется на резкую боль при движении правой нижней конечности в области ниже коленного сустава. Отмечается выраженный отек мягких тканей в области коленного сустава, активные движения в коленном суставе ограничены болезненны. Попытка наружной и внутренней ротации вызывает резкую боль. При пальпации в проекции медиального мыщелка большеберцовой кости резкая болезненность.
В	1	Предположительный диагноз:
Э	-	Закрытый перелом медиального мыщелка большеберцовой кости правой голени
P2	-	Закрытый перелом медиального мыщелка большеберцовой кости
P1	-	Закрытый внутрисуставной перелом правой голени
P0	-	Закрытый перелом надколенника
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	в прямой, боковой проекции и аксиальной
P2	-	в прямой проекции и в боковой проекции

P1	-	аксиальной проекции
P0	-	в косой проекции
B	3	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	оперативное лечение в объеме остеосинтеза пластиной или спонгиозными винтами, гипсовая повязка
P2	-	оперативное лечение в объеме остеосинтеза пластиной
P1	-	гипсовая иммобилизация
P0	-	скелетное вытяжение
B	4	К каким осложнениям может привести перелом медиального мыщелка большеберцовой кости
Э	-	Тромбоз глубоких вен, посттравматический артроз коленного сустава, контрактура коленного сустава
P2	-	тромбоз глубоких вен
P1	-	контрактура коленного сустава
P0	-	нет осложнений
B	5	Способ иммобилизации при оказании первой врачебной помощи
Э	-	лестничные шины,
P2	-	лестничные шины
P1	-	шина Дитерихса
P0	-	иммобилизация не нужна

Н	-	20
Ф	Код функции	Открытый перелом костей голени
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина 30 лет, доставлен СПМ с дачного поселка. Со слов пациента во время ремонта кровли упал с высоты 4,5 метров приземлившись на левую голень. Почувствовал резкую боль. При осмотре в области средней трети голени в проекции большеберцовой кости по передненааружной поверхности ушибленная рана 2,0см*1,5 см из раны виднеется костный фрагмент, предположительно дистальный фрагмент большеберцовой кости. Отмечается умеренное кровотечение из раны.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Открытый перелом большеберцовой кости левой голени со смещением
P2	-	Открытый перелом большеберцовой кости левой голени
P1	-	Открытый перелом левой голени
P0	-	Ушибленная рана левой голени
В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	В прямой и боковой проекциях
P2	-	в прямой проекции
P1	-	в боковой проекции

P0	-	в косой проекции
B	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
P2	-	общее обезболивание анальгетиками
P1	-	местная анестезия зоны перелома
P0	-	обезболивание не нужно
B	4	Методы лечения данной патологии
Э	-	Наложение аппарата внешней фиксации, пхо открытого перелома
P2	-	наложение аппарата внешней фиксации
P1	-	пхо открытого перелома
P0	-	наложение гипсовой повязки с последующем бинтованием раны
B	5	Возможные осложнения данной патологии
Э	-	местная гнойная инфекция, раневой сепсис, остеомиелит
P2	-	местная гнойная инфекция, остеомиелит
P1	-	лихорадка

P0	-	артроз голеностопного сустава
----	---	-------------------------------

Н	-	21
Ф	Код функции	Закрытый разрыв ахиллова сухожилия
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной 25 лет самостоятельно обратился в приемный покой с жалобами на боли в икроножной мышце правой голени, ограничение движений в голеностопном суставе. Со слов во время игры в футбол при резком движении правой нижней конечностью почувствовал боль в икроножной мышце. При осмотре на тыльной стороне голени умеренный отек мягких тканей, при пальпации разлитая болезненность. Больному трудно стоять на носках, При давлении пальцами рук икроножной мышце с боков, стопа частично сгибается в подошвенную сторону.
В	1	Предположительный диагноз:
Э	-	Закрытый частичный разрыв ахиллова сухожилия справа
P2	-	Закрытый разрыв ахиллова сухожилия справа
P1	-	Повреждение ахиллова сухожилия
P0	-	Ушиб и растяжение правой голени
В	2	До госпитальная помощь при данном виде патологии включает
Э	-	Иммобилизация с наложением лестничной шины, анальгетики
P2	-	Иммобилизация лестничной шиной
P1	-	Анальгетики
P0	-	Помощь не требуется

В	3	Инструментальные методы обследования при разрыве ахиллова сухожилия
Э	-	КТ, МРТ, Сонография
Р2	-	КТ, МРТ
Р1	-	Рентгенограмма в переднезадней и боковой проекциях
Р0	-	Аускультация
В	4	Методом лечения данной патологии у больного будет
Э	-	Гипсовая повязка от середины бедра до пальцев при легком сгибание голени и экви- нусном положение стопы, ЛФК, ФТЛ
Р2	-	Гипсовая повязка
Р1	-	ЛФК, ФТЛ
Р0	-	Эластическое бинтование
В	5	Возможные осложнение при не правильном лечение данной патологии
Э	-	Повторный разрыв, ограничение движений, хронические боли,
Р2	-	Повторный разрыв, хронические боли
Р1	-	Ограничение движений
Р0	-	Осложнения крайне редки
Н	-	22
Ф	Код функции	

		Перелом наружной лодыжки
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больная 46 лет самостоятельно обратилась в приемное отделение. Жалобы на боли в левом голеностопе, отек. Со слов во время спуска по ступенькам подвернула ногу. При осмотре выраженный отек в области голеностопного сустава, при пальпации резкая болезненность и деформация в проекции наружной лодыжки.
В	1	Предположительный диагноз:
Э	-	Закрытый перелом наружной лодыжки левой голени со смещением
P2	-	Закрытый перелом наружной лодыжки левой голени
P1	-	Закрытый перелом наружной лодыжки
P0	-	Растяжение связок левого голеностопного сустава
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	в переднезадней и боковой проекциях
P2	-	в переднезадней проекции
P1	-	боковой проекции
P0	-	в косой проекции
В	3	У больной на рентгенограммах отмечается выраженное смещение костного отломка. Какой метод лечения будет предпочтителен в данной ситуации
Э	-	оперативное лечение в объеме остеосинтеза пластиной или малеолярными винтами
P2	-	оперативное лечение в объеме остеосинтеза

P1	-	гипсовая иммобилизация
P0	-	скелетное вытяжение
B	4	К каким осложнениям может привести перелом наружной лодыжки
Э	-	Повреждение сосудов и мягких тканей, посттравматический артроз, подвывих стопы, ложный сустава
P2	-	Повреждение сосудов и мягких тканей, посттравматический артроз, подвывих стопы
P1	-	Ложный сустав
P0	-	нет осложнений
B	5	Способ иммобилизации при оказании первой медицинской помощи
Э	-	лестничные шины, шина Дитерихса
P2	-	лестничные шины
P1	-	шина Дитерихса
P0	-	иммобилизация не нужна
H	-	23
Ф	Код функции	Перелом нижней трети большеберцовой кости
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина 35 лет, доставлен СМП с места работы. Со слов пациента во время ремонта грузового автомобиля отказали тормоза, где в тот момент он находился под автомобилем и получил наезд колесом на левую голень. Почувствовал резкую боль. При осмотре отмечается деформация выраженный отек мягких тканей в области нижней трети голени. Осевая нагрузка болезненна.
B	1	Предположительный диагноз

Э	-	Закрытый перелом большеберцовой кости левой голени со смещением
P2	-	Закрытый перелом большеберцовой кости левой голени
P1	-	Закрытый перелом левой голени
P0	-	Ушиб левой голени
В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	В переднезадней и боковой проекциях
P2	-	в переднезадней проекции
P1	-	в боковой проекции
P0	-	в косой проекции
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
P2	-	общее обезболивание анальгетиками
P1	-	местная анестезия зоны перелома
P0	-	обезболивание не нужно

В	4	Одним из методов выбора лечения данной патологии может быть
Э	-	Операция остеосинтеза (интрамедуллярный, накостный), наложение аппарата внешней фиксации, скелетное вытяжение, гипсовая повязка
P2	-	Операция остеосинтеза (интрамедуллярный, накостный), наложение аппарата внешней фиксации
P1	-	Скелетное вытяжение
P0	-	Гипсовая повязка
В	5	У данного больного выбран оперативный метод лечения. Какие осложнения могут возникнуть в послеоперационном периоде
Э	-	Тромбозы, эмболии, нагноение послеоперационной раны, некроз кожи, замедленная консолидация
P2	-	Тромбозы, эмболии, нагноение послеоперационной раны
P1	-	Некроз кожи
P0	-	Отек мягких тканей
Н	-	24
Ф	Код функции	Перелом обеих лодыжек голени
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Женщина 40 лет доставлена СМП. Со слов пациентки, во время катаний на коньках, подвернула правую ногу. Отмечает боли в голеностопе, отек. При осмотре в области голеностопного сустава выраженный отек мягких тканей. При пальпации резкая болезненность, патологическая подвижность и крепитация.
В	1	Предположительный диагноз

Э	-	Закрытый перелом обеих лодыжек левой голени со смещением
P2	-	Закрытый перелом лодыжек левой голени
P1	-	Закрытый перелом левой голени
P0	-	Ушиб левой голени
В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	В переднезадней и боковой проекциях
P2	-	в переднезадней проекции
P1	-	в боковой проекции
P0	-	в косой проекции
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
P2	-	общее обезболивание анальгетиками
P1	-	местная анестезия зоны перелома
P0	-	обезболивание не нужно

В	4	Одним из методов выбора лечения данной патологии может быть
Э	-	Закрытая репозиция и гипсовая повязка. Операция остеосинтеза (накостный остеосинтез, 8-образной петлей по Веберу), наложение аппарата внешней фиксации.
P2	-	Закрытая репозиция и гипсовая повязка. Операция остеосинтеза.
P1	-	Гипсовая повязка
P0	-	Скелетное вытяжение
В	5	У данного больного после закрытой репозиции вторым этапом выбран оперативный метод лечения. Какие доступы применяются к наружной и внутренней лодыжке
Э	-	Доступ при остеосинтезе наружной лодыжки- дугообразный по переднему краю или заднему краю наружной лодыжки. Доступ при остеосинтезе внутренней лодыжки- прямой или слегка изогнутый кзади от лодыжек разрез (при необходимости спереди)
P2	-	При остеосинтезе наружной лодыжки- дугообразный доступ по переднему краю. Доступ к внутренней лодыжке дугообразный в ее проекции выпуклостью кзади.
P1	-	При остеосинтезе наружной лодыжки- дугообразный.
P0	-	Достаточно прямого доступа по ходу лодыжек.
Н	-	25
Ф	Код функции	Травмы и заболевания коленного сустава
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной С.,33 года, упал дома с лестницы. Почувствовал резкую боль в правом коленном суставе, сустав резко "опух". Родственниками доставлен на личном транспорте в травматологический пункт. При осмотре: правый коленный сустав резко

		увеличен в объеме , в полости сустава определяется выпот (симптом "баллотирования" надколенника положительный). При пальпации болезненность по внутренней поверхности коленного сустава. Больной полностью разгибает сустав, сгибание возможно до угла 160 градусов, но вызывает усиление боли. Правая голень при исследовании стабильности сустава отводится от анатомической оси конечности на 20 градусов, левая - на 5 градусов. При отведении правой голени возникает резкая боль.
В	1	Предположительный диагноз:
Э	-	Ушиб правого коленного сустава. Гемартроз. Повреждение большеберцовой коллатеральной (внутренней боковой) связки правого коленного сустава.
P2	-	Ушиб правого коленного сустава. Гемартроз.
P1	-	Ушиб правого коленного сустава
P0	-	Разрыв передней крестообразной связки правого коленного сустава
В	2	Способ транспортной иммобилизации при оказании первой доврачебной помощи
Э	-	Транспортная лестничная шина по задней поверхности от нижней трети голени до в/з бедра
P2	-	Транспортная лестничная шина по задней поверхности от верхней трети голени до с/з бедра
P1	-	Иммобилизация шиной Дитерихса
P0	-	Иммобилизация не нужна
В	3	Тактика при оказании первой врачебной помощи
Э	-	Пункция правого коленного сустава, удаление излившейся крови под местной анестезией 1-2% р-ром новокаина 20,0, давящая повязка на коленный сустав, задняя гипсовая лонгета, холод на область коленного сустава в 1е сутки
P2	-	Пункция правого коленного сустава, удаление излившейся крови под местной анестезией 1-2% р-ром новокаина, задняя гипсовая лонгета
P1	-	Пункция правого коленного сустава, анальгетики, НПВС
P0	-	Согревание коленного сустава, анальгетики, НПВС

В	4	Гипсовая иммобилизация при консервативном лечении на срок
Э	-	До 6 недель
Р2	-	До 4 недель
Р1	-	3 недели
Р0	-	1 неделя
В	5	Оперативное лечение полных разрывов боковых связок включает в себя
Э	-	Открытое сшивание поврежденной связки
Р2	-	Пластика связки ауто трансплантатом
Р1	-	Пластика связки синтетическими материалами
Р0	-	Корректирующую остеотомию большеберцовой кости
Н	-	26
Ф	Код функции	Травмы и заболевания коленного сустава
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больная 25 лет 3 месяца назад во время игры в футбол резко подвернула левую голень кнутри, почувствовала резкую боль, за помощью не обращалась, лечилась кон-

		сервативно, без эффекта. На данный момент беспокоят боли по внутренней поверхности левого коленного сустава, усиливающиеся при осевой нагрузке. При осмотре - мягкие ткани левого коленного сустава без признаков отёка, воспаления, положительный симптом Байкова, Перельмана, Чаклина по внутренней поверхности коленного сустава.
В	1	Сформулировать диагноз.
Э	-	Застарелый разрыв переднего рога внутреннего мениска левого коленного сустава
P2	-	Застарелый разрыв заднего рога внутреннего мениска левого коленного сустава
P1	-	Свежий разрыв внутреннего мениска левого коленного сустава
P0	-	Свежий разрыв передней крестообразной связки левого коленного сустава
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить исследование
Э	-	МРТ
P2	-	УЗИ
P1	-	КТ
P0	-	рентгенография
В	3	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	Оперативное - артроскопия коленного сустава, резекция мениска
P2	-	Оперативное - артротомия коленного сустава, удаление мениска
P1	-	Консервативное - внутрисуставные инъекции препаратов гиалуроновой кислоты
P0	-	Консервативное - внутрисуставное введение кортикостероидов
В	4	Противопоказания к артроскопии коленного сустава

Э	-	Анкилоз сустава, инфицированные раны или гнойно-воспалительные заболевания кожи и ПЖК в области коленного сустава, открытые повреждения коленного сустава, массивный гематроз, тяжелое состояние пациента
P2	-	Инфицированные раны или гнойно-воспалительные заболевания кожи и ПЖК в области коленного сустава
P1	-	Тяжелое состояние пациента, открытые повреждения коленного сустава, обширный разрыв капсульно-связочного аппарата коленного сустава
P0	-	Неясный клинический диагноз, риск кровотечения, переломы мыщелков бедра
B	5	Тактика в послеоперационном периоде
Э	-	Иммобилизация гипсовой повязкой или жестким шарнирным ортезом на 4-6 недель, ходьба с дополнительной опорой без нагрузки на оперированную конечность, ЛФК на 3-4 день после операции. Дозированная нагрузка после снятия иммобилизации, полная нагрузка - через 2 недели
P2	-	Иммобилизация гипсовой повязкой на 4-6 недель, ходьба с дополнительной опорой без нагрузки на оперированную конечность, дозированная нагрузка после снятия иммобилизации
P1	-	Дозированная нагрузка через 5-7 дней, ЛФК, ФТЛ
P0	-	Иммобилизация гипсовой повязкой, полная нагрузка через 2 недели
H	-	27
Ф	Код функции	Травмы и заболевания коленного сустава
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Юноша во время спортивных соревнований по боевым искусствам получил удар в

		область коленного сустава, с его слов " колено вывихнулось назад, но потом вернулось обратно". Лечился амбулаторно - гипсовая иммобилизация, пункция коленного сустава. Около года после травмы беспокоят неустойчивость в коленном суставе при ходьбе, без болевого синдрома в покое и при нагрузке. Объём движений полный, положительные тесты Лахмана, переднего выдвигающего ящика.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Застарелый разрыв передней крестообразной связки коленного сустава. Хроническая нестабильность коленного сустава.
P2	-	Разрыв передней крестообразной связки коленного сустава
P1	-	Разрыв крестообразных связок коленного сустава
P0	-	Разрыв боковых связок коленного сустава
В	2	Подтверждение диагноза необходимо провести с помощью
Э	-	МРТ
P2	-	Рентгенографии с нагрузочными пробами
P1	-	КТ
P0	-	Рентгенографии коленного сустава
В	3	Для постановки диагноза нестабильности коленного сустава при выполнении рентгенографии с нагрузочными пробами разница в положении большеберцовой кости от бедренной кости составляет
Э	-	Более 5 мм

P2	-	3-5 мм
P1	-	Более 3 мм
P0	-	2 мм
B	4	Оперативное лечение разрыва передней крестообразной связки
Э	-	Артроскопия коленного сустава, пластика ПКС аутотрансплантатом
P2	-	Артроскопия коленного сустава, пластика ПКС синтетическими материалами
P1	-	Артротомия, сшивание поврежденной связки
P0	-	Корректирующая остеотомия большеберцовой кости
B	5	Реабилитация после оперативного лечения разрыва ПКС
Э	-	Иммобилизация жёстким шарнирным ортезом в положении 0-10 градусов первые 4 недели, дозированная нагрузка на оперированную конечность, далее разработка до 30-90 градусов в течение 8 недель, после - разработка до 120-150 градусов в течение 12 недель. Занятия спортом - через год после операции.
P2	-	Иммобилизация жёстким шарнирным ортезом 6 месяцев, далее - ЛФК, разработка движений. Занятия спортом - через год после операции
P1	-	Иммобилизация гипсовой лонгетой или ортезом 4-6 недель, далее - ЛФК, разработка движений

P0	-	Иммобилизация гипсовой лонгетой до 6 месяцев, далее - ЛФК, разработка движений
H	-	28
Ф	Код функции	Травмы и заболевания коленного сустава
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Пациентка 63 года обратилась в поликлинику с жалобами на боли в коленных суставах, беспокоящие около 3 лет, с периодами обострений/ремиссий, усиливающиеся при физической нагрузке. Всё это время лечилась самостоятельно - местные компрессы на коленные суставы, с временным облегчением. При осмотре коленные суставы отёчные, пальпаторно болезненные, с локальной гиперемией, повышением местной температуры мягких тканей. При сгибании отмечается "хруст" в коленных суставах, ограничение сгибания до 80 градусов. На рентгенографии - визуализируется сужение суставной щели с краевыми остеофитами костей и углов надколенника до 2 мм длиной, субхондральным остеосклерозом поверхностей.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Двусторонний гонартроз 2-3 стадии. Синовит. Болевой синдром.
P2	-	Двусторонний гонартроз 1-2 стадии.
P1	-	Двусторонний синовит коленных суставов.
P0	-	Двусторонний артрит коленных суставов.
В	2	Подтверждение диагноза необходимо провести с помощью

Э	-	Пункции коленного сустава
P2	-	МРТ
P1	-	КТ
P0	-	Рентгенографии с нагрузочными пробами
В	3	Характер и количество синовиальной жидкости, полученной пункцией коленного сустава при синовите
Э	-	Серозная жидкость, слегка опалесцирующая, более 30 мл чистая, без примесей
P2	-	Серозная жидкость, 15-20 мл, без примесей
P1	-	Серозно-фиброзная жидкость, около 15-20 мл
P0	-	Серозно-геморрагическая жидкость около 20-30 мл
В	4	Консервативное лечение артроза коленного сустава
Э	-	НПВС, анальгетики, ограничение нагрузки на конечности, ЛФК, ФТЛ, ношение наколенника, коррекция массы тела, хондропротекторы курсами в период ремиссии, при неэффективности вышеперечисленного - параартикулярные новокаиновые блокады с ГКС курсами
P2	-	НПВС, анальгетики, ограничение нагрузки на конечности, ЛФК, ФТЛ, ношение наколенника, коррекция массы тела, параартикулярные новокаиновые блокады с ГКС курсами

		сами
P1	-	НПВС, анальгетики, ЛФК, ФТЛ, хондропротекторы курсами
P0	-	Внутрисуставные инъекции ГКС курсами, НПВС, анальгетики, мази с НПВС местно
B	5	Показания к эндопротезированию коленного сустава при гонартрозе
Э	-	Гонартроз 3 стадии с наличием значительных патологических изменений во всех отделах коленного сустава, с выраженным болевым синдромом, угловыми деформациями, сгибательными и разгибательными контрактурами, вызывающими стойкое нарушение статодинамической функции, не поддающиеся консервативному лечению, преимущественно у пациентов старше 50 лет
P2	-	Гонартроз 3 стадии с наличием значительных патологических изменений во всех отделах коленного сустава, с выраженным болевым синдромом, не поддающемся консервативному лечению у пациентов старше 50 лет
P1	-	Гонартроз 2-3 стадии с выраженным болевым синдромом, не поддающемся консервативному лечению у пациентов старше 50 лет
P0	-	Гонартроз любой стадии у пациентов старше 50 лет
H	-	29
Ф	Код функции	Травмы и заболевания коленного сустава
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной К, 26 лет, после падения на согнутое колено почувствовал резкую боль. Коленный сустав быстро опух, напряжён. При попытке опереться, нога «подсекается». При пальпации надколенника и прилежащих отделов капсулы сустава локальная болезненность. Удержать на весу разогнутую в коленном суставе ногу больной не мо-

		жет.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Ушиб коленного сустава. Перелом надколенника с расхождением отломков
P2	-	Перелом надколенника со смещением отломков
P1	-	Перелом надколенника с повреждением собственной связки надколенника
P0	-	Разрыв боковых связок коленного сустава
В	2	Подтверждение диагноза необходимо провести с помощью
Э	-	Рентгенографии коленного сустава
P2	-	КТ
P1	-	МРТ
P0	-	Пункции коленного сустава
В	3	Первая врачебная помощь при переломе надколенника
Э	-	Пункция коленного сустава под м/а 0,5% раствором новокаина 20 мл, транспортная иммобилизация гипсовой лонгетой, госпитализация в стационар
P2	-	Анальгетики внутримышечно, транспортная иммобилизация гипсовой лонгетой, госпитализация в стационар
P1	-	Иммобилизация гипсовой лонгетой, госпитализация в стационар
P0	-	Закрытая репозиция, гипсовая иммобилизация

В	4	Алгоритм действий при поступлении в стационар
Э	-	Предоперационная подготовка, открытая репозиция в операционной, остеосинтез надколенника, рентгенконтроль, гипсовая иммобилизация лонгетой от с/3 бедра до н/3 голени
P2	-	Открытая репозиция в операционной, остеосинтез надколенника, рентгенконтроль, гипсовая иммобилизация лонгетой
P1	-	Гипсовая иммобилизация лонгетой, предоперационная подготовка
P0	-	Циркулярная гипсовая повязка, анальгетики, покой конечности, рентгенконтроль
В	5	Сроки сращения перелома надколенника при благоприятном исходе в послеоперационном периоде
Э	-	4-6 недель
P2	-	6-8 недель
P1	-	3-4 недели
P0	-	2-3 недели
Н	-	30
Ф	Код функции	Травмы и заболевания коленного сустава
И	-	ИНСТРУКЦИЯ

У	-	Пациентка У., 48 лет во время отдыха на даче по неосторожности упала, ударилась коленом об косяк, почувствовала резкую боль в области коленного сустава, усиливающуюся при осевой нагрузке, КСМП была доставлена в травмпункт, на рентгенограмме - закрытый перелом наружного мыщелка бедра без смещения, выполнена гипсовая иммобилизация от в/3 бедра до пальцев стопы. Через 2 месяца, после снятия гипсовой иммобилизации жалуется на невозможность согнуть ногу в колене, ограничение подвижности нижней конечности. При осмотре ограничение сгибания до 50 градусов, разгибание в полном объеме, движения безболезненные, гипотрофия мышц бедра по сравнению со здоровой конечностью. На рентгенограмме - консолидированный перелом наружного мыщелка бедра.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый консолидированный перелом наружного мыщелка бедра. Разгибательная контрактура коленного сустава. Нарушение функции опоры и ходьбы.
P2	-	Разгибательная контрактура коленного сустава.
P1	-	Сгибательная контрактура коленного сустава.
P0	-	Разрыв боковых связок коленного сустава
В	2	Чем обусловлено возникновение контрактуры
Э	-	Длительной иммобилизацией, рубцовыми изменениями в мышцах и структурных элементах коленного сустава при переломе мыщелка бедренной кости
P2	-	Длительной иммобилизацией коленного сустава, отсутствием активных движений
P1	-	Гипотрофией мышц вследствие отсутствия активных движений в суставе
P0	-	Длительным сдавливанием гипсовой повязкой
В	3	Консервативные методы лечения

Э	-	ЛФК, ФТЛ, электрофорез с лидазой на область сустава, механотерапия
P2	-	ЛФК, ФТЛ
P1	-	ЛФК, механотерапия
P0	-	ФТЛ
В	4	Показания к оперативному лечению контрактуры коленного сустава
Э	-	Контрактуры давностью от 6-12 мес, при неэффективности консервативного лечения
P2	-	Контрактуры давностью от 2-6 мес
P1	-	Контрактуры любой давности
P0	-	Оперативного лечения контрактуры не существует на данный момент
В	5	Этапы оперативного лечения контрактуры коленного сустава
Э	-	Мобилизация собственной связки надколенника, тенолиз сухожилия четырехглавой мышцы бедра, при её ригидности - Z-образная пластика
P2	-	Тенолиз связки надколенника, тенолиз сухожилия четырехглавой мышцы бедра
P1	-	Пластика 4хглавой мышцы бедра
P0	-	Пересечение сухожилия 4хглавой мышцы бедра

Н	-	31
Ф	Код функции	Травмы и заболевания коленного сустава
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Пациент Ч, 54 года обратился с жалобами на безболезненное округлое образование в подколенной ямке по внутренней поверхности коленного сустава, постепенно увеличивающееся в размерах при физической нагрузке. Образование эластично, при тугом бинтовании сустава имеет тенденцию к "вправлению", но при снятии снова возвращается к исходному объёму. Отмечается незначительное ограничение сгибания на 5-10 градусов по сравнению со здоровым коленным суставом.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Киста Бейкера коленного сустава
P2	-	Бурсит коленного сустава
P1	-	Грыжа коленного сустава
P0	-	Липома коленного сустава
В	2	Подтверждение диагноза необходимо провести с помощью
Э	-	МРТ
P2	-	УЗИ мягких тканей коленного сустава
P1	-	Рентгенографии коленного сустава с контрастом

P0	-	Рентгенографии коленного сустава
B	3	Консервативное лечение
Э	-	Пункция кисты, эвакуация синовиальной жидкости, введение в полость кисты ГКС, давящая повязка на коленный сустав сроком до 3 недель
P2	-	Пункция кисты, эвакуация синовиальной жидкости, давящая повязка на коленный сустав сроком до 3 недель
P1	-	Пункция кисты, эвакуация синовиальной жидкости, гипсовая иммобилизация
P0	-	Давящая повязка на коленный сустав, гипсовая иммобилизация 3 недели
B	4	Показание к оперативному лечению кисты Бейкера
Э	-	Большие размеры кисты с ограничением функции коленного сустава, сдавлением сосудов, нервов подколенной области, либо рецидив кисты
P2	-	Рецидивы кисты
P1	-	Ограничение сгибания коленного сустава, вызванное кистой
P0	-	Оперативному лечению подвергаются все без исключения кисты
B	5	Тактика в послеоперационном периоде
Э	-	Сустав обычно не иммобилизуют, ходьба с опорой на костыли со 2х суток, дозированная нагрузка - с 4го дня, снятие швов через 10-12 дней после операции. В течение последующих 2 недель - эластическое бинтование коленного сустава, амбулаторно - ФТЛ
P2	-	Эластическое бинтование коленного сустава, дозированная нагрузка - со 2го-3го дня, ФТЛ
P1	-	Иммобилизация гипсовой лонгетой на 3 недели, дозированная нагрузка со 2го-3го дня, эластичное бинтование нижней конечности

P0	-	Ранняя нагрузка, эластичное бинтование не требуется
H	-	32
Ф	Код функции	Перелом поясничного позвонка
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Мужчина 58 лет упал с высоты более 3 м на выпрямленные ноги. Жалуется на сильные боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при движениях туловища (переднезадние и боковые наклоны, повороты вокруг оси). У больного отмечается сглаживание поясничного лордоза, остистый отросток I поясничного позвонка несколько выпячен наружу, болезнен при постукивании по нему пальцами, мышцы спины напряжены. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены из-за болей. При нагрузке по оси позвоночника (надавливание ладонями на плечи или легкое постукивание по</p> <p>пяткам выпрямленных ног) боли в поясничной области резко усиливаются. При пальпации остистых отростков во время поднимания прямых ног лежа на спине, резко усиливается боль в области I поясничного позвонка. Неврологических симптомов нет.</p>
В	1	Предположительный диагноз:
Э	-	закрытый неосложненный компрессионный перелом тела I поясничного позвонка
P2	-	закрытый компрессионный перелом I поясничного позвонка
P1	-	взрывной перелом I поясничного позвонка
P0	-	ушиб мягких тканей поясничной области
В	2	Для обследования необходимо произвести

Э	-	рентгенографию в прямой и боковой проекциях, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию
P2	-	компьютерную томографию
P1	-	рентгенографию в прямой и боковой проекциях
P0	-	ультразвуковое исследование поясничного отдела позвоночника
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, анестезия места перелома (вертебральная блокада по Шнеку)
P2	-	общее обезболивание анальгетиками
P1	-	анестезия места перелома (вертебральная блокада по Шнеку)
P0	-	внутривенный наркоз
В	4	Способ транспортировки данного больного
Э	-	на специальных носилках со щитом или ортопедическим матрасом
P2	-	на подручных конструкциях, исключающих сгибание позвоночника
P1	-	в положении на животе
P0	-	помощь в транспортировке не нужна, больной передвигается самостоятельно
В	5	Способы консервативного лечения данной патологии
Э	-	одномоментная репозиция с наложением корсета или метод постепенной репозиции, постельный режим в дальнейшем
P2	-	постельный режим с продольным вытяжением позвоночника за подмышечные ямки
P1	-	постельный режим
P0	-	ношение корсета-реклинатора

Н	-	33
Ф	Код функции	Перелом копчика
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Девушка 26 лет ударилась ягодицами, сев мимо стула. Предъявляет жалобы на боли в области копчика, усиливающиеся, когда садится или поднимается со стула. Чтобы уменьшить боли, садится и встает со стула, опираясь на руки. При внешнем осмотре в области копчика имеется небольшая гематома, пальпация этой области болезненна. Других изменений не обнаружено.
В	1	Сформулировать диагноз.
Э	-	закрытый перелом копчика без смещения отломков
P2	-	закрытый перелом копчика со смещением отломков
P1	-	ушиб мягких тканей копчиковой области
P0	-	открытый перелом копчика
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	в прямой и боковой проекции с подготовкой (очищение кишечника от каловых масс)
P2	-	в прямой проекции с подготовкой (очищение кишечника от каловых масс)

P1	-	в боковой проекции
P0	-	в аксиальной проекции
B	3	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	консервативный метод (общее и местное обезболивание)
P2	-	консервативный метод (общее обезболивание)
P1	-	оперативное лечение
P0	-	постельный режим 3-4 мес.
B	4	Реабилитационные мероприятия при данной патологии целесообразно проводить
Э	-	через 4 недели при адекватном консервативном лечении
P2	-	через 5 недель при адекватном консервативном лечении
P1	-	через 2 недели после травмы
P0	-	реабилитационные мероприятия проводить не целесообразно
B	5	Методы реабилитации больных с данной патологией
Э	-	Лечебная физкультура, массаж, гирудотерапия, физиотерапевтическое лечение
P2	-	лечебная физкультура, массаж

P1	-	массаж, физиотерапевтическое лечение
P0	-	активные занятия спортом
H	-	34
Ф	Код функции	Перелом поперечного отростка позвонка
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина 28 лет резко наклонился вправо при попытке поднять тяжелый груз и в момент сильного мышечного напряжения почувствовал хруст в поясничной области и сильную боль. При внешнем осмотре туловище наклонено вправо. Движения в поясничном отделе ограничены. При попытке выпрямиться или согнуться влево появляются резкие боли в месте травмы. Поясничная область справа отечна и болезненна при пальпации в области второго поясничного позвонка. Лежа на спине, из-за сильной боли пациент не может поднять выпрямленную правую ногу. Он лишь сгибает ее в коленном суставе, стопа при этом скользит по кушетке и не отрывается (симптом «прилипшей пятки»).
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	закрытый перелом правого поперечного отростка II поясничного позвонка
P2	-	закрытый перелом поперечного отростка II поясничного позвонка
P1	-	закрытый перелом левого поперечного отростка II поясничного позвонка
P0	-	компрессионный перелом II поясничного позвонка

В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в переднезадней проекции
Р2	-	в прямой проекции
Р1	-	в прямой и боковой проекциях
Р0	-	в боковой проекции
В	3	Вид обезболивания при оказании первой медицинской помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
Р2	-	общее обезболивание анальгетиками
Р1	-	местная анестезия зоны перелома
Р0	-	обезболивание не нужно
В	4	Способ иммобилизации при данной травме
Э	-	постельный режим на 2-3 недели на жесткой постели со щитом в позе «лягушки» с валиком под коленными суставами
Р2	-	постельный режим на 2-3 недели на жесткой постели со щитом
Р1	-	постельный режим

P0	-	иммобилизация не требуется
B	5	Методы реабилитации и сроки восстановления трудоспособности
Э	-	ЛФК, массаж, физиотерапия, трудоспособность восстанавливается через 4-6 недель
P2	-	массаж, физиотерапия, трудоспособность восстанавливается через 4 недели
P1	-	ЛФК, трудоспособность не восстанавливается
P0	-	реабилитация не проводится, трудоспособность не восстанавливается
H	-	35
Ф	Код функции	Перелом таранной кости
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина 36 лет прыгнул с высоты около 2-х метров, приземлился на передние отделы стоп, от чего произошло резкое тыльное сгибание стоп, после чего почувствовал резкую боль в правой стопе. При внешнем осмотре область правого голеностопного сустава увеличена в объеме. Движения в правом голеностопном суставе резко ограничены из-за сильной боли, стопа находится в положении подошвенного сгибания. Пальпация правого голеностопного сустава болезненна. Боль резко усиливается при попытке тыльного сгибания правой стопы.
B	1	Предположительный диагноз
Э	-	закрытый перелом шейки таранной кости правой стопы

P2	-	закрытый перелом таранной кости правой стопы
P1	-	повреждение капсульно-связочного аппарата правого голеностопного сустава
P0	-	закрытый перелом пяточной кости правой стопы
B	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в боковой и прямой проекциях
P2	-	в боковой проекции
P1	-	в прямой проекции
P0	-	в аксиальной проекции
B	3	Вид обезболивания при оказании первой медицинской помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
P2	-	общее обезболивание анальгетиками
P1	-	местная анестезия зоны перелома
P0	-	обезболивание не нужно
B	4	Способ выполнения закрытой репозиции данного перелома

Э	-	вытяжение за стопу в положении крайнего эквинуса по оси голени с последующим выведением стопы в положение сгибания под углом 90°
P2	-	вытяжение за стопу в положении крайнего эквинуса по оси голени с последующим выведением стопы в положение сгибания под углом 80°
P1	-	вытяжение за стопу в положении крайнего эквинуса по оси голени
P0	-	вытяжение за стопу в положении сгибания под углом 90°
В	5	Способ иммобилизации конечности при данной патологии
Э	-	гипсовая повязка от кончиков пальцев до верхней трети голени
P2	-	гипсовая повязка от кончиков пальцев до средней трети голени
P1	-	ортез для голеностопного сустава сильной степени фиксации
P0	-	иммобилизация не требуется
Н	-	36
Ф	Код функции	Перелом пяточной кости

И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина, 29 лет, упал с высоты 2 м. Основной удар пришелся на левую пятку. Под внутренней медиальной лодыжкой кровоподтек. Продольный свод стопы уплощен. Нагрузка на пятку невозможна из-за сильных болей. Пальпация пятки болезненна, имеется крепитация. Сокращение мышц голени вызывает усиление болей в пятке. При осмотре сзади обеих стоп видно, что на поврежденной стороне лодыжки стоят ниже, а ось пяточной кости наклонена внутрь. Активные приведение и отведение, пронация и супинация стопы отсутствуют.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	закрытый перелом пяточной кости левой стопы со смещением
P2	-	закрытый перелом пяточной кости левой стопы
P1	-	ушиб пяточной области левой стопы
P0	-	повреждение капсульно-связочного аппарата левого голеностопного сустава
В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в боковой и аксиальной проекциях
P2	-	в боковой проекции
P1	-	в аксиальной проекции
P0	-	в прямой проекции
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома

P2	-	общее обезболивание анальгетиками
P1	-	местная анестезия зоны перелома
P0	-	обезболивание не нужно
B	4	Способ выполнения репозиции данного перелома
Э	-	закрытая репозиция при помощи спицы, проведенной через костный отломок; скелетное вытяжение за спицу, проведенную через пяточный бугор
P2	-	закрытая репозиция при помощи спицы, проведенной через костный отломок
P1	-	скелетное вытяжение за спицу, проведенную через мягкие ткани (кпереди от прикрепления ахиллова сухожилия к пяточному бугру)
P0	-	вытяжение за стопу в положении сгибания под углом 90°
B	5	Методы лечения данного перелома
Э	-	консервативное (закрытая репозиция, скелетное вытяжение), оперативное (остеосинтез винтами, моделируемыми пластинами, аппаратами внешней фиксации)
P2	-	консервативное (закрытая репозиция) с последующей иммобилизацией гипсовой лонгетой на 6-8 недель
P1	-	консервативное (иммобилизация циркулярной гипсовой повязкой на 8 недель)

P0	-	постельный режим на 2 месяца с приданием возвышенного положения травмированной конечности
H	-	37
Ф	Код функции	Перелом V плюсневой кости
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Металлическая деталь, упавшая с верстака, ударила рабочего М. по наружному краю правой стопы. Отмечаются припухлость и кровоподтек в области тыла стопы. Пальпация основания V плюсневой кости резко болезненна. При потягивании за V палец и при нагрузке по оси боли в месте травмы значительно усиливаются.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	закрытый перелом основания V плюсневой кости правой стопы
P2	-	закрытый перелом диафиза V плюсневой кости правой стопы
P1	-	ушиб мягких тканей среднего отдела правой стопы
P0	-	закрытый перелом проксимальной фаланги V пальца правой стопы
В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в прямой и косой проекциях
P2	-	в прямой и боковой проекциях

P1	-	в косо́й проекции
P0	-	в аксиальной проекции
B	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
P2	-	общее обезболивание анальгетиками
P1	-	местная анестезия зоны перелома
P0	-	обезболивание не нужно
B	4	Способ иммобилизации при оказании первой врачебной помощи
Э	-	гипсовая лонгета от кончиков пальцев до нижней трети голени, с хорошо отмоделированными сводами стопы и области лодыжек
P2	-	гипсовая лонгета от кончиков пальцев до нижней трети голени, с моделированием продольного и поперечного сводов стопы
P1	-	гипсовая лонгета от кончиков пальцев до верхней трети голени
P0	-	мягкотканая иммобилизация эластичным бинтом от оснований пальцев до средней трети голени

В	5	Срок иммобилизации для данного больного
Э	-	4-6 недель
P2	-	4 недели
P1	-	6-8 недель
P0	-	2 недели
Н	-	38
Ф	Код функции	Вальгусная деформация I пальца стопы
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больная Ж. 57 лет, обратилась с жалобами на деформацию и боль в переднем отделе левой стопы при ходьбе. Со слов больной деформация появилась около пяти лет назад, постепенно увеличивалась. Боль в переднем отделе левой стопы беспокоят около двух месяцев. У больной отмечается отклонение I пальца стопы кнаружи, движения в I плюснефаланговом суставе не ограничены. На подошвенной поверхности стопы в проекции головок II и III плюсневых костей имеются натоптыши, болезненные при пальпации.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	левостороннее поперечное плоскостопие с вальгусным отклонением I пальца
P2	-	вальгусное отклонение I пальца левой стопы

P1	-	левостороннее поперечное плоскостопие
P0	-	вывих I пальца левой стопы
B	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в прямой и косой проекциях
P2	-	в прямой и боковой проекциях
P1	-	в косой проекции
P0	-	в аксиальной проекции
B	3	Возможные методы консервативного лечения данной больной
Э	-	ношение ортопедической обуви, корректора I пальца стопы, силиконовой прокладки между I и II пальцами стопы
P2	-	ношение корректора I пальца стопы, массаж стопы и голени
P1	-	теплые ванны, постизометрическая релаксация мышц, физиотерапия
P0	-	иммобилизация гипсовой лонгетой от кончиков пальцев до нижней трети голени
B	4	Возможные методы оперативного лечения данной больной
Э	-	остеотомии I плюсневой кости, сухожильно-мышечная пластика переднего отдела стопы, формирование подошвенной поперечной связки аллотканью или лавсановой лентой,

P2	-	остеотомии I плюсневой кости
P1	-	удаление костно-хрящевых разрастаний по медиальному краю головки I плюсневой кости
P0	-	ампутация I пальца стопы
B	5	Срок реабилитации после оперативного вмешательства для данной больной
Э	-	8-12 недель
P2	-	8-10 недели
P1	-	6 недель
P0	-	4 недели
H	-	39
Ф	Код функции	Разрыв лонного сочленения.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Больной Н., 29 лет. Доставлен на носилках в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на боли в области лобкового сочленения, резко усиливающиеся при попытках движений ногами. Anamnesis morbi: в аэропорту пострадавшего переехал бензовоз.</p> <p><i>При осмотре:</i> в зоне лобкового сочленения умеренная припухлость и локальная болезненность, возникающая и при попытке сведения крыльев подвздошных костей;</p>

		положительный симптом "прилипшей пятки" с обеих сторон.
В	1	Предположительный диагноз:
Э	-	разрыв лонного сочленения.
P2	-	разрыв лонного сочленения
P1	-	разрыв сочленения
P0	-	диафизарный перелом бедра
В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	таза в прямой проекции , боковой проекции, аксиальной проекции.
P2	-	таза в прямой проекции и аксиальной проекции.
P1	-	таза в прямой проекции
P0	-	таза в боковой проекции
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	Sol. Promedoli 2% 1,0 в/м на ночь. В следующие дни ненаркотические анальгетики.
P2	-	местное обезболивание
P1	-	общее обезболивание анальгетиками
P0	-	внутривенный наркоз
В	4	Методы лечения данного больного в условиях стационара.
Э	-	Стол 15. Режим постельный. Уложить в гамак с перекрещивающимися тягами на системе балканских рам. Лечение в гамаке 6-7 недель. Подъём с постели в поясе штангиста и обучение дозированной ходьбе на костылях с нагрузкой на обе ноги одновременно.
P2	-	Стол 15. Режим постельный. Уложить в гамак с перекрещивающимися тягами на си-

		стеме балканских рам. Лечение в гамаке 6-7 недель.
P1	-	Стол 15. Режим постельный. Наложение аппарата внешней фиксации.
P0	-	Стол 15. Режим постельный. Скелетное вытяжение.
B	5	Восстановление трудоспособности при данной патологии
Э	-	12-14 недель
P2	-	11-13 недель
P1	-	14 недель
P0	-	2 недели
H	-	40
Ф	Код функции	Перелом ребер.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной К, 29 лет обратился с жалобами на боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при глубоком вдохе, при кашле и резких движениях. Больной сидит в вынужденном положении, наклоняясь на левую половину грудной клетки. Симптом «оборванного вдоха» положительный. При сдавлении грудной клетки боли усиливаются. При пальпации в области 3-4 ребер по среднеключичной линии левой половины грудной клетки выявляется крепитация костных отломков.
B	1	Сформулировать диагноз.
Э	-	закрытый перелом 3-4 ребер слева со смещением.
P2	-	закрытый перелом 3-4 ребер слева ушиб грудной клетки.
P1	-	перелом 3-4 ребер.

P0	-	ушиб грудной клетки.
B	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	обзорная рентгенограмма в прямой проекции, в боковой проекции.
P2	-	в прямой проекции
P1	-	в боковой проекции
P0	-	в косой проекции
B	3	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	обезболивающие блокады (10 мл 1% раствора новокаина или лидокаина в область перелома или по ходу межреберных нервов -межреберные или паравертебральные блокады). Адекватная легочная вентиляция с целью профилактики гипостатической осложнений.
P2	-	обезболивающие блокады (10 мл 1% раствора новокаина или лидокаина в область перелома или по ходу межреберных нервов -межреберные или паравертебральные блокады).
P1	-	Адекватная легочная вентиляция с целью профилактики гипостатической осложнений.
P0	-	скелетное вытяжение
B	4	Ранние возможные осложнения данной патологии
Э	-	пневмоторакс, гемоторакс, гемопневмоторакс, ушиб легкого.
P2	-	ушиб легкого , пневмоторакс, гемопневмоторакс
P1	-	гемопневмоторакс
P0	-	тромбоэмболия легочной артерии

В	5	Продолжительность реабилитации данного больного
Э	-	4-6 недель
Р2	-	4-5недель
Р1	-	4недели
Р0	-	2-3 недели
Н	-	41
Ф	Код функции	Переломы грудины
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Шофер при аварии автомобиля ударился грудью о рулевое колесо, почувствовал резкую боль, не мог глубоко дышать. Состояние при поступлении средней тяжести, бледен, жалуется на затруднение дыхания. В месте удара имеются припухлость и деформация. При пальпации отмечается боль, крепитация отломков.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	закрытый перелом тела грудины со смещением отломков
Р2	-	закрытый перелом тела грудины.

P1	-	перелом грудины.
P0	-	вывих стернального конца ключицы
B	2	Возможные сопутствующие повреждения, определяющие тяжесть состояния больного
Э	-	кровоизлияние в средостение, ушиб сердца
P2	-	кровоизлияние в средостение, ушиб сердца
P1	-	ушиб сердца
P0	-	разрыв лимфатического протока
B	3	Объем первой врачебной помощи данному больному
Э	-	введение анальгетиков общего действия, введение кардиотоников, введение дыхательных аналептиков, вагосимпатическая блокада, обезболивание области перелома (10-15 мл 1 % раствора новокаина), репозиция, переразгибая грудной отдел позвоночника (больного укладывают на спину с валиком в межлопаочной области).
P2	-	введение анальгетиков общего действия, введение кардиотоников, введение дыхательных аналептиков, вагосимпатическая блокада, обезболивание области перелома (10-15 мл 1 % раствора новокаина)
P1	-	местная анестезия зоны перелома
P0	-	введение наркотиков
B	4	Способ транспортировки данного больного
Э	-	уложить на носилки со щитом
P2	-	уложить на носилки со щитом
P1	-	уложить на носилки
P0	-	на сидячей каталке
B	5	

		Продолжительность реабилитации данного больного
Э	-	4-6 недель
P2	-	5 недели
P1	-	4 недели
P0	-	8-9 недель
Н	-	42
Ф	Код функции	Перелом костей таза.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной К, 40 лет упал с балкона третьего этажа. Больной лежит в вынужденном положении (с полусогнутыми в коленных суставах и тазобедренных суставах ногами с отведением и ротацией бедер наружу). Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Пульс 110 в 1 минуту, АД 100/60 мм. рт.ст., Живот умеренно напряжен, при пальпации болезнен в нижних отделах. Симптомы Вернея и Ларрея положительные. Больной жалуется на боль в тазовой области и промежности. Движения ног вызывает усиление болей. Пальпация в области лобка и седалищного бугра болезненна. Симптом прилипшей пятки резко положительн. Мочеиспускание свободное. Осмотр rectum без патологии.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый перелом костей таза. Закрытый перелом лонных и седалищных костей таза по типу бабочки. Травматический шок 1 ст.
P2	-	Закрытый перелом костей таза. Закрытый перелом лонных и седалищных костей таза по типу бабочки.
P1	-	Закрытый перелом лонных и седалищных костей таза
P0	-	Закрытый медиальный перелом шейки бедренной кости.
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить исследования.
Э	-	обзорная рентгенограмма в прямой проекции, в боковой проекции, КТ, МРТ, сцинтиграфия.
P2	-	обзорная рентгенограмма в прямой проекции, в боковой проекции, КТ.

P1	-	МРТ
P0	-	ирригоскопия
B	3	Основным методом лечения данного больного является
Э	-	Внутритазовая блокада с обеих сторон, вынужденное положение по Н.П. Волковичу. Фиксация стержневым аппаратом внеочаговой фиксации.
P2	-	Внутритазовая блокада с обеих сторон, вынужденное положение по Н.П. Волковичу.
P1	-	Фиксация стержневым аппаратом внеочаговой фиксации, скелетное вытяжение.
P0	-	гипсовая иммобилизация
B	4	Хирургические методы лечения переломов костей таза
Э	-	Оперативное лечение с использованием пластин и шурупов или применение аппаратов внеочаговой фиксации(спицевые, стержневые).
P2	-	Оперативное лечение с использованием пластин и шурупов или применение аппаратов внеочаговой фиксации
P1	-	Оперативное лечение с использованием пластин и шурупов
P0	-	скелетное вытяжение
B	5	Сопутствующие повреждения при переломах костей таза.
Э	-	проникающие и непроникающие разрывы мочевого пузыря, пристеночные неполные и полные разрывы мочеиспускательного канала, внутрибрюшинные и внебрюшинные ранения прямой кишки.
P2	-	разрывы мочевого пузыря, разрывы мочеиспускательного канала, ранения прямой кишки.
P1	-	разрывы мочевого пузыря
P0	-	кровотечение

Н	-	43
Ф	Код функции	Перелом костей таза.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной Ж, 30 лет упал с высоты одного метра на левый бок. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Пульс 110 в 1 минуту, АД 110/60 мм. рт.ст. Жалуется на боль в области левого тазобедренного сустава и нарушение функции конечности. Визуально конечность слегка согнута в тазобедренном суставе, приведена и умеренно ротирована наружу. Левая нижняя конечность незначительно укорочена. Верхушка большого вертела стоит выше линии Розера-Нелатона. При поколачивании по большому вертелу боль усиливается. Пальпаторно определяется западение большого вертела левой бедренной кости. Симптомы Вернея и Ларрея слабо положительные. Активные и пассивные движения в области левого тазобедренного сустава болезненны, ограничены. При ректальном исследовании выявляется болезненность и куполообразная деформация боковой стенки таза.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый перелом дна вертлужной впадины со смещением. Центральный вывих головки левой бедренной кости. Травматический шок 1 ст.
P2	-	закрытый перелом дна вертлужной впадины с внедрением головки в полость малого таза.
P1	-	Закрытый перелом дна вертлужной впадины со смещением
P0	-	Закрытый медиальный перелом шейки бедренной кости.
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить исследования.
Э	-	обзорная рентгенограмма в прямой проекции, в боковой проекции, КТ, МРТ.
P2	-	обзорная рентгенограмма в прямой проекции, в боковой проекции, КТ.
P1	-	КТ
P0	-	ирригоскопия
В	3	Методы лечения данной патологии

Э	-	Скелетное вытяжение системой двух тяг: по оси бедра и за большой вертел или под-вертельную область. При безуспешности закрытой репозиции осуществляют откры-тое вправление центрального вывиха бедра и остеосинтез отломков вертлужной впа-дины металлическими пластинами. При тяжелых разрушениях вертлужной впадины с повреждениями головки бедренной кости выполняется тотальное эндопротезирова-ние.
P2	-	Скелетное вытяжение системой двух тяг: по оси бедра и за большой вертел или под-вертельную область. При безуспешности закрытой репозиции осуществляют откры-тое вправление центрального вывиха бедра и остеосинтез отломков вертлужной впа-дины металлическими пластинами.
P1	-	тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.
P0	-	гипсовая иммобилизация
В	4	Общий срок скелетного вытяжения
Э	-	8-10 недель
P2	-	9-10 недель
P1	-	8 недель
P0	-	3недели
В	5	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи.
Э	-	введение в тазобедренный сустав 20 мл-2% раствора новокаина или внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову, общее обезболивание анальгетиками.
P2	-	введение в тазобедренный сустав 20 мл-2% раствора новокаина или внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову.
P1	-	внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову.
P0	-	Обезболивание не нужно.
Н	-	44
Ф	Код функции	Перелом костей таза.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ

У	-	Больной Д, 37 лет попал под машину. Доставлен в приемное отделение специализированной больницы с жалобами на резкие боли в левой половине таза. Состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы бледные. Дыхание учащенное, поверхностное. Пульс 120 в 1 минуту, АД 90/60 мм. рт.ст. При осмотре отмечаются кровоподтеки в области крыла левой подвздошной кости, мошонки и промежности. Левая нога несколько ротирована наружу. Отмечается асимметрия таза со смещением левой половины таза на 2 см. При сводящей или разводящей нагрузке на крылья подвздошных костей, кроме резкого усиления болей отмечается подвижность левой половины таза. Симптомы Вернея и Ларрея положительные.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	разрыв лонного сочленения. Разрыв крестцово-подвздошного сочленения. (перелом таза Мальгенья). Травматический шок 2 ст.
P2	-	перелом таза Мальгенья.
P1	-	разрыв лонного сочленения. Разрыв крестцово-подвздошного сочленения
P0	-	Закрытый медиальный перелом шейки бедренной кости.
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить исследования.
Э	-	обзорная рентгенограмма в прямой проекции, в боковой проекции, КТ, МРТ.
P2	-	обзорная рентгенограмма в прямой проекции, в боковой проекции, КТ.
P1	-	МРТ
P0	-	ирригоскопия
В	3	Методы лечения данной патологии
Э	-	Больного укладывают в гамак. Скелетное вытяжение за мышечки обоих бедер на стандартных шинах Белера . Груз на левое бедро 12-16 кг, на правое 5-6 кг. Скелетное вытяжение 8-9 недель с последующей активацией больного на костылях. Накостный остеосинтез. Фиксация аппаратом внеочаговой фиксации (стержневой , спицевой).
P2	-	Больного укладывают в гамак. Скелетное вытяжение за мышечки обоих бедер на стандартных шинах Белера . Груз на левое бедро 12-16 кг, на правое 5-6 кг. Фиксация аппаратом внеочаговой фиксации.
P1	-	Больного укладывают в гамак. Скелетное вытяжение за мышечки обоих бедер на стандартных шинах Белера . Груз на левое бедро 12-16 кг, на правое 5-6 кг.
P0	-	гипсовая иммобилизация
В	4	Профилактика и реабилитация.

Э	-	соблюдение правил дорожного движения; физиотерапия, массаж, рентген-контроль через 2 и 4 месяца, ходьба на костылях до 3-4 месяцев, ношение бандажа до 6-7 месяцев.
P2	-	соблюдение правил дорожного движения; физиотерапия, массаж, ходьба на костылях до 3-4 месяцев, ношение бандажа до 6-7 месяцев.
P1	-	соблюдение правил дорожного движения; физиотерапия, массаж
P0	-	Ходьба на костылях до 2 месяцев.
В	5	Комплекс противошоковых мероприятий.
Э	-	внутричашечная блокада по Школьникову-Селиванову. Инфузионно-трансфузионная терапия. Иммобилизация (на жесткой постели, скелетное вытяжение, наложение стержневого аппарата).
P2	-	внутричашечная блокада по Школьникову-Селиванову. Инфузионно-трансфузионная терапия. Иммобилизация.
P1	-	внутричашечная блокада по Школьникову-Селиванову. Инфузионно-трансфузионная терапия.
P0	-	Переливание компонентов крови.
Н	-	45
Ф	Код функции	Перелом костей таза.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной С, 25 лет во время бега, игры в футбол резко почувствовал боль в области подвздошной кости. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Пульс 80 в 1 минуту, АД 120/60 мм. рт.ст. При осмотре в области левой передневерхней ости определяется припухлость. Симптом «заднего хода» Лозинского положительный. Симптомы Вернея и Ларрея отрицательные. Движения левой нижней конечности вызывает усиление болей. Пальпация в области передневерхней ости болезненна.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	закрытый отрывной перелом передневерхней ости со смещением.
P2	-	закрытый отрывной перелом передневерхней ости.

P1	-	отрывной перелом.
P0	-	закрытый перелом подвздошной кости со смещением.
B	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить исследования.
Э	-	обзорная рентгенограмма в прямой проекции, в боковой проекции, КТ.
P2	-	обзорная рентгенограмма в прямой проекции, в боковой проекции.
P1	-	КТ
P0	-	УЗИ
B	3	Основным методом лечения данного больного является
Э	-	после обезболивания левую нижнюю конечность укладывают на шину Белера в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставах до 140-150°. Постельный режим 3-4 недели.
P2	-	после обезболивания левую нижнюю конечность укладывают на шину Белера в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставах до 140-150°.
P1	-	нижнюю конечность укладывают на шину Белера в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставах.
P0	-	гипсовая иммобилизация.
B	4	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи.
Э	-	введение в область гематомы 20 мл 1% раствора новокаина, общее обезболивание анальгетиками.
P2	-	введение в область гематомы 20 мл 1% раствора новокаина.
P1	-	общее обезболивание анальгетиками.
P0	-	внутривенный наркоз
B	5	Восстановление трудоспособности при данной патологии
Э	-	4-5 недель
P2	-	4 недели
P1	-	5 недель
P0	-	7 недель

Н	-	46
Ф	Код функции	Травмы и заболевания тазобедренного сустава
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной В., 62 года, жалуется на усиление болевого синдрома в области левого тазобедренного сустава, ограничение движений в левом тазобедренном суставе беспокоящие его уже около 5 лет, когда впервые появились боли в области левого тазобедренного сустава. За помощью не обращался лечился самостоятельно народными средствами. При осмотре левый тазобедренный сустав незначительно отечен, при надавливании на большие вертела имеется болезненность в области левого тазобедренного сустава. Пассивные активные движения в левом тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Имеется укорочение левой нижней конечности на 1 см. Симптом «Прилипшей пятки» отрицательный. На рентгенографии – визуализируются выраженные суставные изменения. Суставная щель практически не прослеживается. Определяются грубые остеофиты и субхондральный остеосклероз.
В	1	Предположительный диагноз:
Э	-	Деформирующий остеоартроз(Коксартроз) левого тазобедренного сустава IV стадии. Комбинированная контрактура левого тазобедренного сустава.
P2	-	Закрытый вколоченный медиальный перелом с лева.
P1	-	Ушиб левого тазобедренного сустава
P0	-	Закрытый чрезвертельный перелом левой бедренной кости
В	2	Задачи лечения больных ДОА
Э	-	Предотвратить прогрессирование дегенеративного процесса в суставном хряще. Уменьшить боли и явления реактивного синовита. Улучшить функции пораженных суставов.
P2	-	Предотвратить прогрессирование дегенеративного процесса в суставном хряще.

		Улучшить функции пораженных суставов.
P1	-	Улучшить функции пораженных суставов.
P0	-	Улучшить качество жизни
B	3	Консервативное лечение деформирующем остеоартрозе тазобедренного сустава
Э	-	Хондропротекторы, биогенные стимуляторы, вазоактивные вещества, юлокаторы цитокинового воспаления, НПВС, препараты гиалуроновой кислоты, PRP.
P2	-	НПВС, анальгетики, ограничение нагрузки на конечности, ЛФК, ФТЛ, ношение наколенника, коррекция массы тела, параартикулярные новокаиновые блокады с ГКС курсами
P1	-	НПВС, анальгетики, ЛФК, ФТЛ, хондропротекторы курсами
P0	-	Внутисуставные инъекции ГКС курсами, НПВС, анальгетики, мази с НПВС местно
B	4	Основа немедикаментозного лечения ДООА – двигательный режим для пораженных суставов.
Э	-	Разгрузка пораженного сустава до минимума движений (ортопедические приспособления – шины, отрезы и др.). Ограничение однотипных статических нагрузок на суставы. Снижение массы тела. Эргономичные принципы организации профессиональных и бытовых движений. Лечебная физкультура. Массаж.
P2	-	Разгрузка пораженного сустава до минимума движений. Ограничение однотипных статических нагрузок на суставы. Эргономичные принципы организации профессиональных и бытовых движений. Лечебная физкультура. Массаж.
P1	-	Разгрузка пораженного сустава не требуется. Ограничение однотипных статических нагрузок на суставы. Эргономичные принципы организации профессиональных и бытовых движений. Лечебная физкультура. Массаж.
P0	-	Разгрузка пораженного сустава не требуется. Увеличение однотипных статических нагрузок на суставы. Эргономичные принципы организации профессиональных и бытовых движений. Лечебная физкультура. Массаж.
B	5	Оперативное лечение ДООА
Э	-	Тотальное эндопротезирование

P2	-	Монополярное эндопротезирование
P1	-	Артродезирование тазобедренного сустава
P0	-	Околосуставная остеотомия бедра
H	-	47
Ф	Код функции	Травмы и заболевания тазобедренного сустава
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной А., 35 лет около полугода назад стал замечать появление болей в области правого тазобедренного сустава. Из анамнеза больной травмы правого тазобедренного сустава отрицает, но говорит что полгода назад в течении трех месяцев 7 раз прыгал с парашютом. При осмотре, больной имеет избыточную массу тела, имеется болезненность в области правого тазобедренного сустава при надавливании на большие вертела. Осевая нагрузка болезненна, активные пассивные движения в правом тазобедренном суставе болезненны, сгибание 80, разгибание 175, отведение 40.
В	1	Сформулировать диагноз.
Э	-	Асептический некроз головки правой бедренной кости.
P2	-	Асептический некроз головки правой бедренной кости. Комбинированная контрактура правого тазобедренного сустава.
P1	-	Деформирующий остеоартроз правого тазобедренного сустава.
P0	-	Дисплазия правого тазобедренного сустава.
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить исследование

Э	-	МРТ
P2	-	УЗИ
P1	-	КТ
P0	-	Рентгенография
В	3	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	Не существует единой лечебной тактики, и методика мало зависит от этио-патогенетических механизмов.
P2	-	Оперативное – открытая декомпрессия и обработка очага
P1	-	Оперативное – закрытая декомпрессия очага
P0	-	Оперативное – ротационная остеотомия
В	4	Теория (этиология)возникновения данной патологии.
Э	-	В настоящее время существует две основные теории возникновения данной патологии. -Травматическая теория -Сосудистая теория
P2	-	Этиология возникновения АНГБК не существует.
P1	-	Алиментарная теория
P0	-	Теория расовой и генетической предрасположенности
В	5	Тактика лечения при неэффективности органосохраняющих операции при данной патологии.
Э	-	Полное замещение тазобедренного сустава
P2	-	Монополярное эндопротезирование
P1	-	Иммобилизация тазобедренного сустава ортезом
P0	-	Артродез тазобедренного сустава

Н	-	48
Ф	Код функции	Травмы и заболевания бедренной кости
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Доставлен больной Л. В приемное отделение больницы через 3 часа после автотравмы. Жалобы на слабость, головокружение, боли в области правого бедра при осмотре: сознание сохранено, но больной заторможен, кожные покровы бледные, имеется угловая деформация в обл. верхней трети правого бедра. АД 100/65 мм. рт. ст., пульс слабый, 100 в минуту.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый перелом верхней трети правого бедра со смещением. Травматический шок I степени.
Р2	-	Закрытый перелом верхней трети правого бедра без смещения. Повреждение магистрального сосуда.
Р1	-	Закрытый чрезвертельный перелом правого бедра со смещением. Травматический шок I степени.
Р0	-	Закрытый медиальный перелом справа со смещением.
В	2	Подтверждение диагноза необходимо провести с помощью
Э	-	Рентгенологического исследования
Р2	-	Рентгенографии с нагрузочными пробами
Р1	-	УЗИ
Р0	-	МРТ
В	3	Способ транспортной иммобилизации при оказании первой доврачебной помощи

Э	-	Поврежденную конечность нужно зафиксировать, наложить шину Дитрикса или шину Крамера. Применение анальгетиков, при возможности вплоть до наркотических анальгетиков.
P2	-	Фиксация поврежденной конечности не требуется. Нужно применить анальгетики вплоть до наркотических. Но нужно учесть некоторые из анальгетиков угнетают дыхательный центр.
P1	-	Поврежденную конечность нужно зафиксировать, наложить шину Крамера. Применение анальгетиков
P0	-	Фиксация поврежденной конечности не требуется. Местно в обл перелома мази НПВС.
В	4	Гипсовая иммобилизация при консервативном лечении на срок
Э	-	До 24 недель
P2	-	До 15 недель
P1	-	До 12 недель
P0	-	10 недель
В	5	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	Скелетное вытяжение, Предоперационная подготовка, закрытая репозиция в операционной на ортопедическом столе под контролем ЭОП, антеградный интрамедулярный остеосинтез бедра, интраоперационный ЭОП контроль. Ходьба без опоры на поврежденную конечность но с имитацией ходьбы поврежденной конечностью для предотвращения контрактур в суставах нижней конечности. Через 8-12 недель можно удалить статический винт и разрешить дозированную нагрузку на оперированную конечность.
P2	-	Открытая репозиция в операционной на ортопедическом столе под контролем ЭОП, антеградный интрамедулярный остеосинтез бедра, интраоперационный ЭОП контроль. Ходьба без опоры на поврежденную конечность но с имитацией ходьбы поврежденной конечностью для предотвращения контрактур в суставах нижней конечности.
P1	-	Открытая репозиция в операционной на ортопедическом столе под Рентген контролем, интрамедулярный остеосинтез бедра, интраоперационный Рентген контроль. Дозированная ходьба.
P0	-	Открытая репозиция в операционной. Накостный остеосинтез бедра, интраоперационный Рентген контроль.

Н	-	49
Ф	Код функции	Травмы и заболевания тазобедренного сустава
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Пациентка Е, 72 года доставлена коретой СМП в больницу с жалобами на боли в области левого тазобедренного сустава. Со слов больной 1 часа назад при купании в душе оступилась и резко присела на корточки, почувствовала резкую боль в области левого тазобедренного сустава. Родственниками вызвана КСМП и доставлена в больницу. Из анамнеза 3 года назад у больной была травма, закрытый перелом хирургической шейки левой бедренной кости. По поводу чего ей была проведена операция «Тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава эндопротезом цементной фиксации». При осмотре левого тазобедренного сустава имеется образование в паховой области, стопа ротирована кнаружи при пальпации незначительная болезненность. Активные – пассивные движения в левом тазобедренном суставе резко ограничены, болезненны.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый вывих эндопротеза с лева.
P2	-	Закрытый вывих левой бедренной кости.
P1	-	Закрытый перелом шейки левой бедренной кости.
P0	-	Открытый чрезвертельный перелом левой бедренной кости.
В	2	Подтверждение диагноза необходимо провести с помощью
Э	-	Рентгенологическое исследование
P2	-	УЗИ
P1	-	МРТ
P0	-	Проведение дополнительных исследований не требуется
В	3	Основным методом лечения данной патологии является

Э	-	Закрытое или открытое вправление эндопротеза под наркозом. Рентген контроль.
P2	-	Закрытое вправление эндопротеза под местной анестезией Sol. Novocaini 1-2%-40-50ml
P1	-	Открытое вправление под наркозом
P0	-	Закрытое вправление вывиха без анестезии.
В	4	Тактика дальнейшего лечения.
Э	-	Постельный режим в течении 1 дней. Обездвиживание поврежденной конечности производится с помощью гипсовой повязки или же назначается ношение специального антиплуксационного ортеза. При отсутствии осложнения пациенту назначают ЛФК, массаж.
P2	-	Обездвиживание поврежденной конечности производится с помощью гипсовой повязки.
P1	-	Постельный режим в течении 14 дней. Обездвиживание поврежденной конечности производится с помощью гипсовой повязки. При отсутствии осложнения пациенту назначают ЛФК, массаж.
P0	-	Пациент в дальнейшем лечении не нуждается.
В	5	К факторам риска вывиха эндопротеза относят
Э	-	Множественность хирургического вмешательства ослабляющий мышечный каркас тазобедренного сустава, определенный угол установки вертлужного компонента, слабость мышечного каркаса(половая принадлежность), возраст пациента, ожирение, высокий рост - удлиняет плечо рычага, отсутствие комплаентности, нейромышечные расстройства, синдром Элерса-Данлоса, нарушение синтеза коллагена III типа(гипермобильность),
P2	-	Множественность хирургического вмешательства ослабляющий мышечный каркас тазобедренного сустава, определенный угол установки вертлужного компонента, слабость мышечного каркаса(половая принадлежность), возраст пациента, ожирение.
P1	-	Множественность хирургического вмешательства, определенный угол установки вертлужного компонента, слабость мышечного каркаса, возраст пациента, ожирение, высокий рост, отсутствие комплаентности, нейромышечные расстройства,
P0	-	Высокая активность пациента, занятие легкой атлетикой.

Н	-	50
Ф	Код функции	Травмы и заболевания бедренной кости
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной Р, 56 лет, после падения на согнутое колено почувствовал резкую боль. КСМП доставлена в больницу. При осмотре имеется деформация в области правого коленного сустава. Имеется незначительная отечность в области правого коленного сустава, симптом "баллотирования" надколенника положительный. Активные движения резко болезненны. Из анамнеза больной 45 лет болеет бронхиальной астмой по поводу чего уже 20 лет принимает гормоны. На выполненных рентгенограммах в 2х проекциях определяется закрытый внутрисуставной перелом нижней трети правой бедренной кости.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый внутрисуставной перелом правой бедренной кости.
P2	-	Закрытый перелом средней трети правой бедренной кости.
P1	-	Перелом надколенника с повреждением собственной связки надколенника
P0	-	Разрыв боковых связок коленного сустава
В	2	Подтверждение диагноза необходимо провести с помощью
Э	-	КТ
P2	-	Диагностическая пункция коленного сустава
P1	-	МРТ
P0	-	УЗИ
В	3	Тактика при оказании первой врачебной помощи при переломе средней трети бедренной кости.
Э	-	Адекватное обезболивание, госпитализация в стационар, наложение скелетного вытяжения за бугристость большеберцовой кости или за мыщелки бедренной кости. Уло-

		жить конечность на шину Беллера. Назначение с первого дня ЛФК, ФТЛ, массаж, противопролежневые мероприятия, дыхательная гимнастика. Борьба с возможным шоковым состоянием. Освоение магистральной вены, инфузионная терапия.
P2	-	Наложение скелетного вытяжения за бугристость большеберцовой кости. Уложить конечность на шину Беллера. Назначение с первого дня ЛФК, ФТЛ, массаж, противопролежневые мероприятия, дыхательная гимнастика. Борьба с возможным шоковым состоянием. Освоение магистральной вены, инфузионная терапия.
P1	-	Адекватное обезболивание, наложение скелетного вытяжения за бугристость большеберцовой кости или за мыщелки бедренной кости. Уложить конечность на шину Беллера.
P0	-	Гипсовая иммобилизация.
B	4	Алгоритм действий при поступлении в стационар с данной патологией.
Э	-	Скелетное вытяжение, предоперационная подготовка, открытая репозиция в операционной под наркозом, остеосинтез пластиной и винтами Герберта, интраоперационный ЭОП контроль, гипсовая иммобилизация лонгетой.
P2	-	Открытая репозиция в операционной, остеосинтез пластиной, гипсовая иммобилизация лонгетой.
P1	-	Гипсовая иммобилизация лонгетой, предоперационная подготовка
P0	-	Циркулярная гипсовая повязка, анальгетики, покой конечности, рентгенконтроль
B	5	Когда производится удаление металлоконструкции при благоприятном исходе в послеоперационном периоде.
Э	-	Удаление металлоостео конструкции производится через год если есть все признаки консолидации и только при отсутствии противопоказаний к оперативному вмешательству.
P2	-	Удаление металлоостео конструкции производится через год, при отсутствии противопоказаний к оперативному вмешательству.
P1	-	Удаление металлоостео конструкции производится через 4 месяца, если есть все признаки консолидации.
P0	-	Удаление металлоостео конструкции производится через 2 месяца.

Н	-	51
Ф	Код функции	Травмы и заболевания бедренной кости
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Пациент И., 22 года попал в ДТП. Коретой СМП доставлен в больницу где ему были выполнены исследования и поставлен диагноз «Закрытый перелом средней верхней трети левого бедра» лечился консервативно гипсовой иммобилизацией 15 недель. После снятия гипсовой иммобилизации начал самостоятельно заниматься разработкой движения в левом коленном суставе. Во время одной из занятия почувствовал хруст, а затем резкую боль в области срединной верхней трети левого бедра. Родственниками вызвана КСМП и доставлен в больницу для обследования и лечения. При осмотре имеется деформация, патологическая подвижность в области верхней срединной трети левой бедренной кости
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Рефрактура средней верхней трети левого бедра.
P2	-	Закрытый перелом средней верхней трети левого бедра.
P1	-	Сгибательная контрактура коленного сустава.
P0	-	Разрыв боковых связок коленного сустава
В	2	Чем обусловлено возникновение контрактуры
Э	-	Длительной иммобилизацией коленного сустава, отсутствием активных движений
P2	-	Гипотрофией мышц вследствие отсутствия активных движений в суставе
P1	-	Длительной иммобилизацией коленного сустава
P0	-	Длительным сдавливанием гипсовой повязкой
В	3	Возможные причины возникновения данной патологии
Э	-	Неправильное сращение костных отломков, а именно, эндостальная и интермедиарная костные мозоли образуются значительно позже, что, в свою очередь, влечет за собой нежелательные последствия, в частности, хрупкость и как следствие повторный

		перелом. Раннее снятие иммобилизации с поврежденной конечности при наличии «незрелой» костной мозоли приводит к возникновению повторных переломов.
P2	-	Неправильное сращение костных отломков, а именно, эндостальная и интермедиарная костные мозоли образуются значительно позже, что, в свою очередь, влечет за собой нежелательные последствия, в частности, хрупкость и как следствие повторный перелом.
P1	-	Неправильное сращение костных отломков. Раннее снятие иммобилизации приводит к возникновению повторных переломов.
P0	-	Неправильность выбора металлофиксаторов во время операций влечёт за собой нестабильность фиксации и, как известно, замедление формирования костной мозоли
B	4	Показания к оперативному лечению контрактуры коленного сустава
Э	-	Контрактуры давностью от 6-12 мес, при неэффективности консервативного лечения
P2	-	Контрактуры давностью от 2-6 мес
P1	-	Контрактуры любой давности
P0	-	Оперативного лечения контрактуры не существует на данный момент
B	5	Этапы оперативного лечения контрактуры коленного сустава
Э	-	Мобилизация собственной связки надколенника, тенолиз сухожилия четырехглавой мышцы бедра, при её ригидности - Z-образная пластика
P2	-	Тенолиз связки надколенника, тенолиз сухожилия четырехглавой мышцы бедра
P1	-	Пластика 4хглавой мышцы бедра
P0	-	Пересечение сухожилия 4хглавой мышцы бедра
H	-	52
Ф	Код функции	Травмы и заболевания бедренной кости
И	-	ИНСТРУКЦИЯ

У	-	Пациентка А, 74 года по собственной неосторожности упала дома на правый бок, почувствовала резкую боль в области правого вертела. Родственниками вызвана КСМП и доставлена в больницу. При осмотре правая нижняя конечность укорочена на 1,5 см. Имеется припухлость в области правого вертела, стопа ротирована к наружи. Симптом прилепшей пятки положительный. На рентгенографии имеется чрезвертельный перелом правого бедра со смещением.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением.
P2	-	Закрытый подвертельный перелом правого бедра без смещения.
P1	-	Закрытый медиальный перелом правой бедренной кости.
P0	-	Закрытый перелом средней трети бедра.
В	2	Тактика при оказании первой врачебной помощи при переломе средней трети бедренной кости.
Э	-	Адекватное обезболивание, госпитализация в стационар, наложение деротационного сапожка на поврежденную конечность. Назначение с первого дня ЛФК, ФТЛ, массаж, противопролежневые мероприятия, дыхательная гимнастика. Борьба с возможным шоковым состоянием. Освоение магистральной вены, инфузионная терапия.
P2	-	Адекватное обезболивание, госпитализация в стационар, наложение скелетного вытяжения за бугристость большеберцовой кости или за мыщелки бедренной кости. Уложить конечность на шину Беллера. Борьба с возможным шоковым состоянием. Освоение магистральной вены, инфузионная терапия.
P1	-	Адекватное обезболивание, госпитализация в стационар, наложение деротационного сапожка на поврежденную конечность.
P0	-	Наложение скелетного вытяжения. Адекватное обезболивание.
В	3	Алгоритм действий при поступлении в стационар с данной патологией.
Э	-	Наложение деротационного сапожка, предоперационная подготовка, закрытая репозиция в операционной на ортопедическом столе под контролем ЭОП, антеградный интрамедулярный остеосинтез бедра блокируемым штифтом PFNA, интраоперационный ЭОП контроль. ЛФК, ФТЛ, массаж, противопролежневые мероприятия для профилактики пролежни и дыхательная гимнастика для профилактики гипостатической

		пневмонии.
P2	-	Предоперационная подготовка, закрытая репозиция в операционной на ортопедическом столе под Рентген контролем, интрамедулярный остеосинтез бедра, интраоперационный Рентген контроль. ЛФК, ФТЛ, массаж, противопролежневые мероприятия для профилактики пролежни и дыхательная гимнастика для профилактики гипостатической пневмонии.
P1	-	Наложение деротационного сапожка, закрытая репозиция в операционной на ортопедическом столе под контролем ЭОП, антеградный интрамедулярный остеосинтез бедра, интраоперационный ЭОП контроль. ЛФК, ФТЛ, массаж, противопролежневые мероприятия и дыхательная гимнастика.
P0	-	Предоперационная подготовка, открытая репозиция на операционном столе, антеградный интрамедулярный остеосинтез бедра. ЛФК, массаж.
B	4	Алгоритм действий при поступлении в стационар с данной патологией пациента с тяжелой сопутствующей патологией которая оценивается как противопоказание к оперативному лечению.
Э	-	Наложение деротационного сапожка на поврежденную конечность. Наложение эластических бинтов(или чулков) на нижние конечности от кончиков пальцев до паховой складки. Прием антикоагулянта варфарина до полной активизации пациента под контролем МНО еженедельно. Назначение с первого дня ЛФК, ФТЛ, массаж, противопролежневые мероприятия для профилактики пролежни и дыхательная гимнастика для профилактики гипостатической пневмонии. Борьба с возможным шоковым состоянием. Освоение магистральной вены, инфузионная терапия. Адекватное обезболивание на весь период болевого синдрома. Постельный режим.
P2	-	Наложение деротационного сапожка на поврежденную конечность. Наложение эластических бинтов(или чулков) на нижние конечности от кончиков пальцев до паховой складки. Прием антикоагулянта варфарина под контролем МНО. Борьба с возможным шоковым состоянием. Адекватное обезболивание на весь период болевого синдрома.
P1	-	Наложение деротационного сапожка на поврежденную конечность. Наложение эластических бинтов. Прием антикоагулянта варфарина под контролем МНО.
P0	-	Наложение деротационного сапожка на поврежденную конечность. Постельный режим.
B	5	Средний срок сращения вертельных переломов, средние сроки восстановления трудоспособности при консервативном лечении.
Э	-	Средний срок сращения 2,5-3,5 месяцев. Ходить разрешают через 3-4 месяца с помощью костылей, полная нагрузка на конечности разрешается через 4-5 месяцев, трудоспособность в среднем восстанавливается через 4,5-6 месяцев.
P2	-	Средний срок сращения 3,5-4,5 месяцев. Ходить разрешают через 3-5 месяца с помо-

		шью костылей, полная нагрузка на конечности разрешается через 5-6 месяцев, трудоспособность в среднем восстанавливается через 5-7 месяцев.
P1	-	Средний срок сращения 1,5-2,5 месяцев. трудоспособность в среднем восстанавливается через 2-3 месяцев.
P0	-	Средний срок сращения 6-9 месяцев.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100% Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75% 76– 90% 91 – 100%

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала

<p>Хорошо (4)</p> <p>-пяти или шести критериям</p> <p>Отлично (5)</p>	<p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
---	---

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии</p> <p>- трем критериям</p> <p>Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям</p> <p>Хорошо (4)</p> <p>-пяти или шести критериям</p> <p>Отлично (5)</p>	<p>1. Краткость</p> <p>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Травматология и ортопедия».

Фор-	Т – тестирование	ЗС –	КР –	С – со-	Пр –
-------------	-------------------------	-------------	-------------	----------------	-------------

мируемые компетенции по ФГОС			решение ситуационных задач,	контрольная работа,	беседавание по контрольным вопросам.	оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-409	1-52	1-36	1-24	
ПК	1	35-327,330-409	1-52	1-11, 12-22, 17-36	1-3, 11-24, 26-28	
	2	1-16	1-52	1-11,12-22, 17-36	1,3, 11-24	
	4	1-16, 18-21	-	1-11	1-3, 11-24, 26	
	5	17, 22-24, 328,329	1-52	12-36	8-24, 26	
	6	35-327, 330-409	1-52	12-36	11-24, 26	
	8	234-241	1-52	1-11, 12-36	1-3, 11-24, 26	
	9	18-21	1-52	1-11,12-22, 23-	1-3, 11-24, 26	

				36		
	10	-	-	-	-	

12.3 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача-травматолога-ортопеда и предусматривает использование современных образовательных технологий формирования эффективной коммуникативной компетентности ординаторов.

Обучение базируется на андрагогической модели. Семинарские и лекционные занятия имеют целью отработку предметно-методических умений и формирование мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-детского хирурга в вопросах, касающихся травматологии и ортопедии.

Самостоятельная работа проводится под руководством преподавателей, включает аудиторную и внеаудиторную работу ординаторов. Самостоятельная работа предназначена как для закрепления предметно-методических умений и формирования мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-детского хирурга в вопросах, касающихся травматологии и ортопедии, так и для реализации возможности личностно-профессионального совершенствования и развития карьерного потенциала.

Предусмотрено постоянное совершенствование организации и методики проведения занятий для формирования соответствующих ФГОС компетенций выпускника, с учетом новых достижений науки и потребностей здравоохранения, возрастающих требований и интенсификации учебно-воспитательного процесса.

В процессе изучения дисциплины принципиальное значение имеет систематический контроль качества обучения, для чего используются различные методы текущего и рубежного контроля теоретических знаний и практических умений ординатора.

Преподавание дисциплины «Травматология и ортопедия» строится в соответствии со следующими принципами:

- принцип модульного и тематического представления профессионально-ориентированного материала;

- принцип технологичности;
- принцип организации самостоятельной работы и формирование рефлексивной культуры через систему творческих методик.

Важной составной частью учебной аудиторной и самостоятельной работы является широкое применение современных мультимедийных средств, компьютерных технологий.

Активными и интерактивными формами обучения в данном курсе могут являться как отдельные упражнения на занятии, так и занятия в целом, аудиторные или самостоятельные, с использованием информационных технологий.

12.4. Справка о кадровом обеспечении основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры

31.08.66 Травматология и ортопедия, 2023 год набора, очная форма обучения

№	Ф.И.О. преподавателя реализующего программу	Условия привлечения (основное место работы: штатный, внутренний совместитель, внешний совместитель; по договору ГПХ)	Должность, ученая степень, ученое звание	Перечень читаемых дисциплин	Уровень образования, наименование специальности, направления подготовки, наименование присвоенной квалификации	Сведения о дополнительном профессиональном образовании	Объем учебной нагрузки* по дисциплинам, практикам, ГИА	
							Контактная работа	количество часов
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Тетерин Олег Иванович	Штатный	Должность-зав. кафедрой, д.м.н., профессор. Диплом доктора медицинских наук серия ДК № 017396 От 7 03 2003г № 110/20	Травматология и ортопедия: лекции, семинар базовая и вариативная часть, практика (клинические обходы), ГИА	Высшее образование, Специальность - Лечебное дело диплом ЛВ №314229 от 28.06.1990 Интернатура удостоверение №14от 11.06.1991г. Клиническая ординатура удостоверение №31/91 от 08.04.93г Квалификация –травматолог-	Сертификат специалиста, р/ н60788 № 0134180802371 от10.05.2018г Удостоверение о повышении квалификации р/ н31658 №343100219669от 21.04.2018г. «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии» 144 ч.	174ч.	0.25

ортопед.

2	Черезов Леонид Леонидович	Штатный	<p>Должность-доцент, к.м.н</p> <p>Диплом кандидата медицинских наук серия КТ №113937</p> <p>Удостоверение о присвоении звания доцента № от 06.02.2004г.</p>	Травматология и ортопедия: лекции, семинар базовая и вариативная часть, практика (клинические обходы), ГИА	<p>Высшее образование, диплом Г-И №855785 от.25.06.1973г.</p> <p>Специальность - Лечебное дело</p> <p>Квалификация -травматолог-ортопед</p>	<p>Сертификат специалиста, р/нб1933 № 0134180803516</p> <p>От 10.10.2018г.</p> <p>Удостоверение о повышении квалификации р/н 31722 №343100221747 от 02.10.2018г</p>	172,5ч.	0,25
3	Жуликов Александр Львович	Штатный	<p>Должность-доцент к.м.н</p> <p>Диплом кандидата медицинских наук серия ДКН № 153604</p>	Травматология и ортопедия: лекции, семинар базовая и вариативная часть, практика (клинические обходы), ГИА	<p>Высшее образование, Специальность - Лечебное дело РВ № 392291, от 28.06.1990г.</p> <p>Интернатура</p> <p>Удостоверение №23 от 11.06.1991г.</p> <p>Квалификация -травматолог-ортопед</p>	<p>Сертификат специалиста 0134310093225</p> <p>Регистрационный номер 55825 г. Волгоград 10.02.2017г</p> <p>ФГБОУ ВО ВолГМУ Сертификат действителен в течение 5 лет "№ 343100216516 от 2017"</p> <p>Удостоверение о повышении квалификации №343100158703 от 16.12.2017г.</p> <p>«Создание инклюзии в образовательной организации высшего образования», 16 часов ФГБОУ ВО ВолГМУ Удостоверение о повышении квалификации № 040000049450 от. 10.02.2017 г, «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии», 144 часа, ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России</p>	166,5ч.	0,25
4	Сучилин Илья Алексеевич	Штатный	<p>Должность-доцент к.м.н</p> <p>Диплом кандидата медицинских наук серия КНД</p>	Травматология и ортопедия: лекции, семинар базовая и вариативная часть, практика.	<p>Высшее образование, диплом ИВС №0735887 от 24.06.2005г.</p> <p>Специальность - Лечебное</p>	<p>Удостоверение о повышении квалификации р/н 31482 №040000049451</p> <p>от 10.02.2017</p> <p>«Актуальные вопросы травма-</p>	166,5ч.	0,25

		№019389		<p>дело</p> <p>Клиническая ординатура</p> <p>Удостоверение р/н 1111-ор ИВС № 0735887 от 31.08.2007г.</p> <p>Сертификат р/н 55824 №01343100932 24 от 10.02.207г</p> <p>Квалификация -травматолог- ортопед</p>	тологии и ортопедии» 144ч.			
6	Грошев Юрий Владимирович	Внештатный	Должность-внешний совместитель	Травматология и ортопедия, семинар базовая и вариативная часть, практика.	<p>Высшее образование, диплом КЕ № 00588 от 26.06.1982 г. Специальность - Лечебное дело</p>	<p>Сертификат специалиста р/н 54563 № 0134180575966 от 12.10.2016г.</p> <p>Клиническая ординатура удостоверение №759 от 31.08.1984г.</p> <p>Удостоверение о повышении квалификации р/н 31418 №040000048400 «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии».</p> <p>144 часа</p>	50ч.	0,25

2.5 СПРАВКА О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ п/п	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
Дисциплины базовой части Б1.Б				
1.	Б1.Б.5 Травматология и ортопедия	аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально	Мультимедиа-проектор Sharp XG-F210X, экран настенный, стойка для компьютера DL-007 Beech, монитор Acer 17" AL 1716S, персональный компьютер Intel pent dual E2180, монитор Acer AL 1917 NSM 19", нетбук Samsung N210, ноутбук Dell Inspiron 1525, МФУ Canon Laser Base MF4120, компьютер: системный блок, монитор Samsung, принтер HP Laser Jet 1100 кондиционеры настенные LS/LU-N18KIA2 (2 шт.), доска магнитная меловая, специализированная мебель (столы, стулья)	1.Windows 10 Professional (лицензия № 66871558) 2.MS Office 2010 Professional Plus (лицензия № 47139370)
		аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально	Мультимедиа-проектор Sharp XG-F210X, экран настенный, стойка для компьютера DL-007 Beech, монитор Acer 17" AL 1716S, персональный компьютер Intel pent dual E2180, монитор Acer AL 1917 NSM 19", нетбук Samsung N210, ноутбук Dell Inspiron 1525, МФУ Canon Laser Base MF4120, компьютер: системный блок, монитор Samsung, принтер HP Laser Jet 1100 кондиционеры настенные LS/LU-N18KIA2 (2 шт.), экран настенный, доска меловая, специализированная мебель (столы, стулья)	3.MS Office 2010 Standard (лицензия № 60497966)
		анатомический зал и (или) помещения, предусмотренные для работы с биологическими моделями	Мультимедиа-проектор Sharp XG-F210X, экран настенный, стойка для компьютера DL-007 Beech, монитор Acer 17" AL 1716S, персональный компьютер Intel pent dual E2180, монитор Acer AL 1917 NSM 19", нетбук Sam-	4.MS Office 2016 Standard (лицензия №66240877) 5.Abby Fine Reader 8.0

			<p>sung N210, ноутбук <i>Dell Inspiron 1525</i>, МФУ <i>Canon Laser Base MF4120</i>, компьютер: системный блок, монитор Samsung, принтер <i>HP Laser Jet 1100</i></p> <p>кондиционеры настенные LS/LU-N18KIA2 (2 шт.), доска магнитная меловая, специализированная мебель (столы, стулья, шкафы)</p>	Corporate Edition
		<p>помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями</p>	<p>тонометр, угломер, фонендоскоп, лента сантиметровая, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый</p> <p>набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель</p> <p>послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол</p> <p>операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации.</p>	<p>5. Abby Fine Reader 8.0 Corporate Edition</p> <p>(FCRS-8000-0041-7199-5287, FCRS-8000-0041-7294-2918, FCRS-8000-0041-7382-7237, FCRS-8000-0041-7443-6931, FCRS-8000-0041-7539-1401)</p> <p>6. Kaspersky Endpoint Security 10</p> <p>(205E180514-101825427-2124 с 14.05.2018 по 25.05.2019)</p> <p>7. 7-ZIP (Свободная лицензия)</p> <p>8. Adobe Acrobat DC/ Adobe Reader (Свободная лицензия)</p> <p>9. Браузер «Яндекс» (Свободная лицензия)</p> <p>10. Mozilla Firefox (Свободная ли-</p>

				цензия) 11. Google Chrome (Свободная лицензия)
		<p>Помещения для самостоятельной работы обучающихся должны быть оснащены</p> <p>компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и</p> <p>обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду</p> <p>организации</p>	доска меловая, экран на штативе, специализированная мебель (столы, стулья)	
2.	Б1 Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	<p>аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры</p>	Оборудование согласно дог. №6 от 01.09.2017	
		<p>Помещения для самостоятельной работы обучающихся должны быть оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации</p>	Оборудование согласно дог. №12 от 01.09.2017	
3.	Б1Б.2	Компьютерный класс, учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных	Компьютеры (жидкокристаллические мониторы Samsung, системные блоки Эверест Р 4-3,0) (16 шт.), специализиро-	

	Педагогика	ных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, помещение для самостоятельной работы, помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования	ванная мебель (столы, стулья)	
4.	Б1.Б.3 Медицина чрезвычайных ситуаций	аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью индивидуально	Доска меловая, специализированная мебель (столы, стулья)	
		помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями	тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий	
Б1.Б.4 ПАТОЛОГИЯ				
5.	Б1.Б.4.1 Патологическая физиология	аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально		
		лаборатории, оснащенные специализированным оборудованием и расходным материалом		
6.	Б1.Б.4.2 Патологическая	аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими ис-		

	анатомия	пользовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально		
		лаборатории, оснащенные специализированным оборудованием и расходным материалом	фотомикроскоп, иммуногистостейнер, панель антител для иммуногистохимических исследований, детекционная система для иммуногистохимических исследований, гибридайзер, роботизированная система гистологической и иммуногистохимической диагностики с архивированием, секвенатор с оборудованием для проведения генетических исследований, набор для срочной цитологической окраски	
		Помещения для самостоятельной работы обучающихся		

Вариативная часть Б1.В

Б1.В.ОД				
Обязательные дисциплины				
7.	Б1.В.ОД.1 Хирургия	<p>аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.</p> <p>помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы орди-</p>	<p>набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузomat, отсасыватель</p> <p>послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол</p> <p>операционный хирургический многофункциональный универсальный,</p> <p>хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации,</p>	

		натуры	ультразвуковой сканер	
8.	Б1.В.ОД.2 Лечебная физ-культура и спортивная медицина.	аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально		
		Помещения для самостоятельной работы обучающихся	доска меловая, экран на штативе, специализированная мебель (столы, стулья)	
9.	Б1.В.ОД.3 Оперативная хирургия и топографическая анатомия	аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально		
		Помещения для самостоятельной работы обучающихся	доска меловая, экран на штативе, специализированная мебель (столы, стулья)	

2.3 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача-уролога и предусматривает использование современных образовательных технологий формирования эффективной коммуникативной компетентности ординаторов.

Обучение базируется на андрагогической модели. Семинарские и лекционные занятия имеют целью отработку предметно-методических умений и формирование мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-уролога.

Самостоятельная работа проводится под руководством преподавателей, включает аудиторную и внеаудиторную работу ординаторов. Самостоятельная работа предназначена как для закрепления предметно-методических умений и формирования мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-уролога, так и для реализации возможности личностно-профессионального совершенствования и развития карьерного потенциала.

Предусмотрено постоянное совершенствование организации и методики проведения занятий для формирования соответствующих ФГОС компетенций выпускника, с учетом новых достижений науки и потребностей здравоохранения, возрастающих требований и интенсификации учебно-воспитательного процесса.

В процессе изучения дисциплины принципиальное значение имеет систематический контроль качества обучения, для чего используются различные методы текущего и рубежного контроля теоретических знаний и практических умений ординатора.

Преподавание дисциплины «Травматология и ортопедия» строится в соответствии со следующими принципами:

- принцип модульного и тематического представления профессионально-ориентированного материала;
- принцип технологичности;
- принцип организации самостоятельной работы и формирование рефлексивной культуры через систему творческих методик.

Важной составной частью учебной аудиторной и самостоятельной работы является широкое применение современных мультимедийных средств, компьютерных технологий.

Активными и интерактивными формами обучения в данном курсе могут являться как отдельные упражнения на занятии, так и занятия в целом, аудиторные или самостоятельные, с использованием информационных технологий.

2.5 СПРАВКА О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ п/п	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
Дисциплины базовой части Б1.Б				
1.	Б1.Б.5 Травматология и ортопедия	<p>аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально</p>	<p>Мультимедиа-проектор Sharp XG-F210X, экран настенный, стойка для компьютера DL-007 Beech, монитор Acer 17" AL 1716S, персональный компьютер Intel pent dual E2180, монитор Acer AL 1917 NSM 19", нетбук Samsung N210, ноутбук Dell Inspiron 1525, МФУ Canon Laser Base MF4120, компьютер: системный блок, монитор Samsung, принтер HP Laser Jet 1100 кондиционеры настенные LS/LU-H18KIA2 (2 шт.), доска магнитная меловая, специализированная мебель (столы, стулья)</p>	<p>1.Windows 10 Professional (лицензия № 66871558) 2.MS Office 2010 Professional Plus (лицензия № 47139370)</p>
		<p>аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально</p>	<p>Мультимедиа-проектор Sharp XG-F210X, экран настенный, стойка для компьютера DL-007 Beech, монитор Acer 17" AL 1716S, персональный компьютер Intel pent dual E2180, монитор Acer AL 1917 NSM 19", нетбук Samsung N210, ноутбук Dell Inspiron 1525, МФУ Canon Laser Base MF4120, компьютер: си-</p>	<p>3.MS Office 2010 Standard (лицензия № 60497966)</p>

		но	стемный блок, монитор Samsung, принтер <i>HP Laser Jet 1100</i> кондиционеры настенные LS/LU-H18KIA2 (2 шт.), экран настенный, доска меловая, специализированная мебель (столы, стулья)	
		анатомический зал и (или) помещения, предусмотренные для работы с биологическими моделями	Мультимедиа-проектор Sharp XG-F210X, экран настенный, стойка для компьютера <i>DL-007 Beech</i> , монитор Acer 17" AL 1716S, персональный компьютер <i>Intel pent dual E2180</i> , монитор <i>Acer AL 1917 NSM 19"</i> , нетбук Samsung N210, ноутбук <i>Dell Inspiron 1525</i> , МФУ <i>Canon Laser Base MF4120</i> , компьютер: системный блок, монитор Samsung, принтер <i>HP Laser Jet 1100</i> кондиционеры настенные LS/LU-H18KIA2 (2 шт.), доска магнитная меловая, специализированная мебель (столы, стулья, шкафы)	4.MS Office 2016 Standard (лицензия №66240877) 5.Abby Fine Reader 8.0 Corporate Edition
		помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями	тонометр, угломер, фонендоскоп, лента сантиметровая, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефи-	5.Abby Fine Reader 8.0 Corporate Edition (FCRS-8000-0041-7199-5287, FCRS-8000-0041-7294-2918, FCRS-8000-0041-7382-7237, FCRS-8000-0041-7443-6931, FCRS-8000-0041-7539-1401) 6. Kaspersky Endpoint Security 10 (205E-180514-101825427-2124 с 14.05.2018

			брилятор с функцией синхронизации.	по 25.05.2019) 7. 7-ZIP (Свободная лицензия) 8. Adobe Acrobat DC/ Adobe Reader (Свободная лицензия) 9. Браузер «Яндекс» (Свободная лицензия) 10. Mozilla Firefox (Свободная лицензия) 11. Google Chrome (Свободная лицензия)
--	--	--	------------------------------------	--