

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
Н.И. Свиридова
«14» июль 2024 г.
ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
Института НМФО
№ 16 от «14» июль 2024 г.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

Наименование дисциплины: **«Травматология и ортопедия»**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.66 «Травматология и ортопедия»**

Квалификация (степень) выпускника: **врач травматолог - ортопед**

Кафедра: **Кафедра хирургических болезней №2 института НМФО.**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023, 2024 годов поступления (актуализированная редакция)

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Тетерин О.Г.	Профессор кафедры	д.м.н./профессор	Кафедра хирургических болезней №2 Института НМФО
2.	Грунин С.В.	Доцент кафедры	к.м.н./доцент	Кафедра хирургических болезней №2 Института НМФО
3.	Жуликов А.Л.	Доцент кафедры	к.м.н./доцент	Кафедра хирургических болезней №2 Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.66 «Травматология и ортопедия» рассмотрен на заседании кафедры протокол № 4 от «30» 05 2024 г.
Заведующий кафедрой хирургических болезней №2 Института НМФО,
к.м.н., доцент

 П.И. Кушнирук

Рецензент: заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ
ВолГМУ, д.м.н., профессор: _____ Д.А. Маланин

Актуализация согласована с учебно-методической комиссией Института
НМФО ВолГМУ, протокол № 12 от «21» 06 2024 года

Председатель УМК _____  М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной
практики _____  М.И. Науменко

Актуализация утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО
протокол № 1 от «24» 06 2024 года

Секретарь Ученого совета

 М.В. Кабытова

**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 ортопедии»</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. Диагностика и лечение повреждений 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.

	<p>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>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Ортопедия»</p>	<p>17. Остеохондроз позвоночника. Спондилёз. Диагностика, лечение.</p> <p>18. Остеохондропатии. Диагностика и лечение. Пограничные с опухолями костей заболевания (фиброзная дисплазия, болезнь Педжета, эозинофильная гранулёма кости, гипертиреоидная остеодистрофия).</p> <p>19. Системные (врождённые) заболевания скелета. Врождённые деформации грудной клетки. Диагностика, лечение. Врождённые пороки развития таза. Диагностика, лечение. Врождённые пороки развития позвоночника. Диагностика, лечение. Врождённый вывих 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 пяточной кости. Переломы костей предплюсны. Переломы плюсневых костей. 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. 20. Классификация ожогов и клиническое течение. Ожоговый шок. Периодизация ожоговой болезни. Отморожения конечностей. Этиология, патогенез. Классификация. Лечение. 21. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Диагностика. Лечение. 22. Диагностика и лечение переломов костей таза без нарушения непрерывности тазового кольца. Диагностика и лечение переломов костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца.
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Ортопедия»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 23. Доброкачественные опухоли костной и хрящевой ткани. 24. Злокачественные опухоли костной и хрящевой ткани. 25. Дисплазии и другие пограничные заболевания. 26. Гетеротопические оссификации. Остеохондропатии. 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. 28. Церебральные спастические параличи и их лечение в детском возрасте. Родовой паралич верхней конечности. 29. Остеоартроз тазобедренного сустава. Остеоартроз коленного сустава. Остеоартроз суставов стоп. 30. Остеохондроз (клиническая, рентгенологическая симптоматика). Остеохондроз (лечение). Спондилоартроз и спондилез. 31. Аномалии развития позвоночника. Спондилолиз и спондилолистез Кривошея. 32. Врожденные деформации грудной клетки. Приобретенные деформации грудной клетки. 33. Пороки осанки. Диагностика. Лечение и профилактика деформаций статики. Сколиоз. 34. Врожденный вывих бедра. Патологические состояния проксимального отдела бедра (соха valga, соха vara). Аномалии развития коленного сустава. Врожденный вывих 35. Врожденная косолапость. 36. Плоскостопие. Отклонение I пальца стопы кнаружи. Полая, приведенная стопа, молоткообразные пальцы стопы. Пяточные шпоры.

--	--

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	Заболеваемость 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 (PaCO 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 смещением 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

<input type="radio"/>	Б	по середине ключицы на 4 см ниже ее
<input type="radio"/>	В	на границе медиальной и средней трети ключицы на 4 см выше ее
<input type="radio"/>	Г	на границе средней и наружной трети ключицы на 4 см выше ее
Ф	084	Капсулу плечевого сустава укрепляет
<input type="radio"/>	А	плечевая мышца
<input type="radio"/>	Б	надостная мышца
<input type="radio"/>	В	подлопаточная мышца
<input type="radio"/>	Г	дельтовидная мышца
Ф	085	Двуглавую мышцу плеча иннервирует
<input type="radio"/>	А	кожно-мышечный нерв
<input type="radio"/>	Б	подмышечный нерв
<input type="radio"/>	В	срединный нерв
<input type="radio"/>	Г	локтевой нерв
Ф	086	Трехглавая мышца плеча иннервируется
<input type="radio"/>	А	лучевым нервом
<input type="radio"/>	Б	локтевым нервом
<input type="radio"/>	В	срединным нервом
<input type="radio"/>	Г	подмышечный нерв
Ф	087	Локтевой сустав имеет
<input type="radio"/>	А	три сочленения
<input type="radio"/>	Б	четыре сочленения
<input type="radio"/>	В	два сочленения
<input type="radio"/>	Г	два сочленения
Ф	088	В нижней трети предплечья срединный нерв лежит между
<input type="radio"/>	А	глубоким и поверхностным сгибателями пальцев
<input type="radio"/>	Б	лучевым сгибателем кисти и ладонной длинной мышцей
<input type="radio"/>	В	глубоким сгибателем пальцев и сгибателем большого пальца
<input type="radio"/>	Г	локтевым сгибателем кисти и поверхностным сгибателями пальцев
Ф	089	На ладонной стороне предплечья находится
<input type="radio"/>	А	четыре сосудисто-нервных пучка
<input type="radio"/>	Б	три сосудисто-нервных пучка
<input type="radio"/>	В	один сосудисто-нервный пучок
<input type="radio"/>	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

<input type="radio"/>	А	над- и подгрушевидное отверстия
<input type="radio"/>	Б	по ходу седалищного нерва
<input type="radio"/>	В	малое седалищное отверстие
<input type="radio"/>	Г	щель под проксимальной частью сухожилия большой ягодичной мышцы
Ф	097	Верхняя ягодичная артерия отходит от
<input type="radio"/>	А	внутренней подвздошной
<input type="radio"/>	Б	общей подвздошной
<input type="radio"/>	В	запирательной
<input type="radio"/>	Г	наружной подвздошной
Ф	098	Через большое седалищное отверстие проходит, осуществляя вращение бедра кнаружи
<input type="radio"/>	А	грушевидная мышца
<input type="radio"/>	Б	подвздошно-поясничная мышца
<input type="radio"/>	В	большая ягодичная мышца
<input type="radio"/>	Г	малая поясничная мышца
Ф	099	В ягодичной области имеется
<input type="radio"/>	А	3 слоя мышц
<input type="radio"/>	Б	4 слоя мышц
<input type="radio"/>	В	5 слоев мышц
<input type="radio"/>	Г	2 слоя мышц
Ф	100	При плече-лопаточном периартрите и травмах плечевого сустава болевой синдром можно снять блокадой
<input type="radio"/>	А	надлопаточного нерва со стороны надостной ямки
<input type="radio"/>	Б	лучевого нерва на плече
<input type="radio"/>	В	надлопаточного нерва со стороны подостной ямки
<input type="radio"/>	Г	мышечно-кожного нерва
Ф	101	Капсулу тазобедренного сустава укрепляют
<input type="radio"/>	А	3 связки
<input type="radio"/>	Б	2 связки
<input type="radio"/>	В	4 связки
<input type="radio"/>	Г	5 связок
Ф	102	При лечении переломов может не учитываться принцип
<input type="radio"/>	А	сохранения микроподвижности для усиления катаболической фазы регенерации костной ткани в зоне перелома
<input type="radio"/>	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	экстремедулярный 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

<input type="radio"/>	Б	1/3 длины сегмента конечности на 8 винтах
<input type="radio"/>	В	1/5 длины сегмента конечности на 4 винтах
<input type="radio"/>	Г	1/4 длины сегмента конечности на 6 винтах
Ф	109	При переломе вертлужной впадины оперативный остеосинтез необходимо проводить в случаях
<input type="radio"/>	А	нерепонируемого перелома
<input type="radio"/>	Б	сложных многооскольчатых переломах вертлужной впадины
<input type="radio"/>	В	краевого перелома впадины на уровне лимбуса с вывихом головки бедренной кости
<input type="radio"/>	Г	перелома края вертлужной впадины
Ф	110	Лучшим способом оперативного восстановления перелома надколенника является
<input type="radio"/>	А	скрепление отломков спицами Киршнера с 8-образным стягивающим двойным проволочным швом
<input type="radio"/>	Б	компрессионный остеосинтез аппаратами различных конструкций
<input type="radio"/>	В	чрезкостный двухэтажный двойной лавсановый шов
<input type="radio"/>	Г	перипателлярный кисетный или полукисетный шов лавсаном
Ф	111	По конструктивным особенностям лучшей фиксацией обладают аппараты
<input type="radio"/>	А	состоящие из кольцевых опор, стержневые аппараты
<input type="radio"/>	Б	стержни, вгипсованные в циркулярные гипсовые повязки
<input type="radio"/>	В	состоящие из 2-3-4 дуг
<input type="radio"/>	Г	резьбовые муфты, пластины, винты, устанавливаемые на стержнях с наружной стороны сегмента конечности
Ф	112	Шарнирно-дистракционные аппараты используются для
<input type="radio"/>	А	устранения устойчивых контрактур суставов
<input type="radio"/>	Б	исправления оси конечности
<input type="radio"/>	В	сращения переломов
<input type="radio"/>	Г	формирования регенератора
Ф	113	Гипсовая иммобилизация после операции при врожденной косолапости продолжается
<input type="radio"/>	А	6 месяцев
<input type="radio"/>	Б	3 месяца
<input type="radio"/>	В	до 1 года
<input type="radio"/>	Г	2 месяца
Ф	114	Наиболее эффективно оперативное лечение при врожденной косолапости на

<input type="radio"/>	А	костях стопы и голени
<input type="radio"/>	Б	суставах
<input type="radio"/>	В	сухожилиях
<input type="radio"/>	Г	сухожильно-связочном аппарате
Ф	115	Дозированная компрессия при стандартном компрессионно-дистракционном остеосинтезе не должна превышать в сутки
<input type="radio"/>	А	0.3 см
<input type="radio"/>	Б	0.5 см
<input type="radio"/>	В	0.8 см
<input type="radio"/>	Г	1.0 см
Ф	116	Оперативное лечение при врожденной косолапости начинают с
<input type="radio"/>	А	9-летнего возраста
<input type="radio"/>	Б	5-летнего возраста
<input type="radio"/>	В	10-летнего возраста
<input type="radio"/>	Г	6-месячного возраста
Ф	117	Консервативное лечение косолапости продолжается до
<input type="radio"/>	А	1 года
<input type="radio"/>	Б	2.5-3 лет
<input type="radio"/>	В	5-летнего возраста
<input type="radio"/>	Г	исправления элементов косолапости
Ф	118	Больной с косолапостью при ходьбе
<input type="radio"/>	А	наступает на наружный край стопы
<input type="radio"/>	Б	наступает на внутренний край стопы
<input type="radio"/>	В	не хромает
<input type="radio"/>	Г	хромает
Ф	119	Закрытую репозицию отломков аппаратом внешней фиксации целесообразно осуществлять со скоростью
<input type="radio"/>	А	1 мм в сутки
<input type="radio"/>	Б	2 мм в сутки
<input type="radio"/>	В	2.5 мм в сутки
<input type="radio"/>	Г	3 мм в сутки
Ф	120	Этиологическим фактором для врожденной кривошеи является
<input type="radio"/>	А	дисплазия
<input type="radio"/>	Б	порок первичной закладки

<input type="radio"/>	В	неправильное родовспоможение
<input type="radio"/>	Г	родовая травма
Ф	121	Наиболее часто встречающейся формой кривошеи является
<input type="radio"/>	А	мышечная
<input type="radio"/>	Б	рефлекторная
<input type="radio"/>	В	воспалительная
<input type="radio"/>	Г	костная
Ф	122	Оптимальный возраст для хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи
<input type="radio"/>	А	2 года
<input type="radio"/>	Б	1 год
<input type="radio"/>	В	3 года
<input type="radio"/>	Г	5 лет
Ф	123	Наиболее точно дисплазию тазобедренного сустава выявляет рентгенологическая схема, разработанная
<input type="radio"/>	А	Хильгенрейнером
<input type="radio"/>	Б	Радулеску
<input type="radio"/>	В	С.А.Рейнбергом
<input type="radio"/>	Г	Омбреданом
Ф	124	Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается
<input type="radio"/>	А	с рождения
<input type="radio"/>	Б	в возрасте 1 месяца
<input type="radio"/>	В	в возрасте 1-2 месяцев
<input type="radio"/>	Г	в возрасте 3 месяцев и старше
Ф	125	Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава в раннем периоде является
<input type="radio"/>	А	консервативный
<input type="radio"/>	Б	гипсовые повязки
<input type="radio"/>	В	функциональные шины
<input type="radio"/>	Г	оперативный
Ф	126	Из методов лечебного воздействия при консервативном лечении врожденного вывиха бедра применяется
<input type="radio"/>	А	лечебная гимнастика
<input type="radio"/>	Б	массаж
<input type="radio"/>	В	водные процедуры

<input type="radio"/>	Г	курортное лечение
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	127	Из рентгенологических симптомов наиболее характерен для первичной ретикулоцеллюлярной саркомы
<input type="radio"/>	А	мелкоочаговый характер деструкции
<input type="radio"/>	Б	пластинчатая деструкция
<input type="radio"/>	В	игльчатый периостит
<input type="radio"/>	Г	крупноочаговая деструкция
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	128	Чаще встречаются следующие виды смещения надколенника
<input type="radio"/>	А	латеральные
<input type="radio"/>	Б	медиальные
<input type="radio"/>	В	горизонтальные
<input type="radio"/>	Г	ротационные
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	129	При врожденном вывихе надколенника встречаются следующие сопутствующие пороки развития
<input type="radio"/>	А	незаращение дужек позвонков
<input type="radio"/>	Б	гипертрихоз
<input type="radio"/>	В	вальгусная деформация шейки бедра
<input type="radio"/>	Г	плоско-вальгусные стопы
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	130	Гемангиомой кости чаще всего поражается
<input type="radio"/>	А	позвоночник, кости черепа
<input type="radio"/>	Б	бедренная кость
<input type="radio"/>	В	большеберцовая кость
<input type="radio"/>	Г	лопатка
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	131	Количество местного анестетика (новокаина), используемого для блокады переломов костей на фоне шока, по сравнению с обычной дозировкой должно быть
<input type="radio"/>	А	уменьшено
<input type="radio"/>	Б	увеличено
<input type="radio"/>	В	существенно не меняется
<input type="radio"/>	Г	новокаин при шоке как местный анестетик желателно не использовать
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	132	Внутрикостная анестезия нашла практическое применение при операции остеосинтеза
<input type="radio"/>	А	костей голени
<input type="radio"/>	Б	попе бедренной кости
<input type="radio"/>	В	плечевой кости
<input type="radio"/>	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
О	В	фторотан
О	Г	эфир
Ф	136	При ожогах ног и нижней половины туловища для обезболивания и улучшения трофики применяется новокаиновая блокада
О	А	околопочечная
О	Б	вагосимпатическая
О	В	поясничного сплетения
О	Г	внутрикостная регионарная
Ф	137	Достоинством новокаиновой блокады при тяжелых травмах является то, что она
О	А	ликвидирует боль, не смазывая клиническую картину
О	Б	снижает температуру тела
О	В	повышает центральное венозное давление
О	Г	дает длительное обезболивание
Ф	138	Гипотензивный эффект ганглиотиков у пожилых пациентов
О	А	более выражен
О	Б	менее выражен
О	В	отсутствует
О	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
<input type="radio"/>	А	2:1
<input type="radio"/>	Б	1:2
<input type="radio"/>	В	1:3
<input type="radio"/>	Г	3:1
Ф	141	Внутрикостный методы обезболивания разработал и внедрил
<input type="radio"/>	А	Школьников Л.Г
<input type="radio"/>	Б	Фрайман С.Б
<input type="radio"/>	В	Крупк И.Л.
<input type="radio"/>	Г	Дитерихс М.И.
Ф	142	При продолжительной оксигенотерапии вдыхаемая газовая смесь должна содержать кислород в объеме
<input type="radio"/>	А	50-60%
<input type="radio"/>	Б	30-40%
<input type="radio"/>	В	до 10%
<input type="radio"/>	Г	100%
Ф	143	Фиброма кости относится к
<input type="radio"/>	А	доброкачественной опухоли остеогенного происхождения
<input type="radio"/>	Б	хондродисплазии
<input type="radio"/>	В	остеодисплазии
<input type="radio"/>	Г	к доброкачественной опухоли неостеогенного происхождения
Ф	144	Во время проведения спинно-мозговой анестезии и после нее возможно следующие осложнение
<input type="radio"/>	А	снижение артериального давления на 30-50 мм и коллапс
<input type="radio"/>	Б	повышение кровоточивости
<input type="radio"/>	В	мозговая гипертензия
<input type="radio"/>	Г	тошнота
Ф	145	Клиническая картина при опухоли Юинга проявляется тем , что
<input type="radio"/>	А	боли непостоянного характера, гиперемия в области припухлости

<input type="radio"/>	Б	отмечаются резкие постоянные боли в покое
<input type="radio"/>	В	происходит саблевидная деформация голени
<input type="radio"/>	Г	опухоль растет медленно, болей нет
Ф	146	Перидуральную анестезию применить у больного страдающей этой патологией нельзя
<input type="radio"/>	А	выраженная гипертония
<input type="radio"/>	Б	цирроз печени
<input type="radio"/>	В	туберкулез легких
<input type="radio"/>	Г	ларингит
Ф	147	Какой стерильный раствор нельзя применять для борьбы с остановкой сердца
<input type="radio"/>	А	25% раствор сернокислой магнезии
<input type="radio"/>	Б	10% раствор новокаина
<input type="radio"/>	В	40% раствор глюкозы и инсулин
<input type="radio"/>	Г	10% раствор хлористого кальция
Ф	148	Гематогенный остеомиелит чаще встречается
<input type="radio"/>	А	у детей
<input type="radio"/>	Б	у подростков
<input type="radio"/>	В	у взрослых
<input type="radio"/>	Г	одинаково часто во всех возрастных группах
Ф	149	Кортикальный абсцесс характеризуется наличием
<input type="radio"/>	А	коркового секвестра
<input type="radio"/>	Б	центрального секвестра
<input type="radio"/>	В	проникающего секвестра
<input type="radio"/>	Г	трубчатого секвестра
Ф	150	Псевдоартрозу предшествует
<input type="radio"/>	А	несросшийся перелом
<input type="radio"/>	Б	замедленное костеобразование
<input type="radio"/>	В	свежий перелом
<input type="radio"/>	Г	чрезмерное костеобразование
Ф	151	Для лечения ложных суставов костей применяется
<input type="radio"/>	А	компрессионно-дистракционный остеосинтез
<input type="radio"/>	Б	внутрикостный остеосинтез
<input type="radio"/>	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 эндопротезирование 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

<input type="radio"/>	А	операция на тазобедренном суставе по Мак-Маррею
<input type="radio"/>	Б	деторсионно-варизирующая остеотомия бедра
<input type="radio"/>	В	osteotomy по Хиари
<input type="radio"/>	Г	эндопротезирование сустава
Ф	165	Наиболее часто встречающаяся причина деформирующего артроза коленного сустава
<input type="radio"/>	А	травмы коленного сустава: внутрисуставные переломы, неправильно сросшиеся переломы голени бедра, последствия повреждения менисков и связок коленного сустава, вывихи голени
<input type="radio"/>	Б	врожденный вывих надколенника
<input type="radio"/>	В	болезнь Кенига
<input type="radio"/>	Г	воспалительные процессы
Ф	166	Патогенез деформирующего артроза коленного сустава
<input type="radio"/>	А	теория макро-микротравматизации суставного хряща
<input type="radio"/>	Б	нейротрофическая теория
<input type="radio"/>	В	васкулярная теория
<input type="radio"/>	Г	механо-функциональная теория
Ф	167	Показаниями к применению консервативной терапии при деформирующем артрозе коленного сустава является
<input type="radio"/>	А	поражение I стадии
<input type="radio"/>	Б	поражение II стадии
<input type="radio"/>	В	поражение III стадии
<input type="radio"/>	Г	поражение I V стадии
Ф	168	Операцией выбора при пателло-фemorальном артрозе II-III стадии является
<input type="radio"/>	А	операция Банди
<input type="radio"/>	Б	артродез коленного сустава
<input type="radio"/>	В	эндопротезирование коленного сустава
<input type="radio"/>	Г	удаление надколенника
Ф	169	При деформирующем артрозе коленного сустава II-III стадии наиболее приемлемой операцией является
<input type="radio"/>	А	высокая корригирующая остеотомия большеберцовой кости
<input type="radio"/>	Б	вычерпывающая внутрикостная остеотомия проксимального конца большеберцовой кости
<input type="radio"/>	В	эндопротезирование коленного сустава
<input type="radio"/>	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
О	А	пересадка специально выращенной в теле пациента фиброзной трубки в качестве сухожильного влагалища сгибателя его пальца кисти при его восстановлении
О	Б	вживление фарфорового зуба в челюсть пациента
О	В	пересадка костного трансплантата с голени пациента на дефект его бедра

<input type="radio"/>	Г	замещение тазобедренного сустава керамическим эндопротезом
<input type="radio"/>		
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
<input type="radio"/>		
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
<input type="radio"/>		
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
<input type="radio"/>		
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
<input type="radio"/>	В	пластика трубчатым стеблем
<input type="radio"/>	Г	пластика кожной раны ксенотрансплантатом
<input type="radio"/>		
Ф	180	Мобилизация края раны производится при
<input type="radio"/>	А	пластическом закрытии ран местными тканями с небольшим натяжением ткани
<input type="radio"/>	Б	закрытии ран местными тканями без натяжений тканей
<input type="radio"/>	В	закрытии ран местными тканями с избытком местных тканей
<input type="radio"/>	Г	пластике ран местными тканями с большим натяжением краев
<input type="radio"/>		
Ф	181	Сократимость кожного трансплантата определяет
<input type="radio"/>	А	толщина лоскута
<input type="radio"/>	Б	локализация
<input type="radio"/>	В	площадь

<input type="radio"/>	Г	волосистость
Ф	182	При итальянской пластике лоскутом с других отделов тела соотношение ширины к длине составляет
<input type="radio"/>	А	1:2
<input type="radio"/>	Б	1:3
<input type="radio"/>	В	2:4
<input type="radio"/>	Г	5:2
Ф	183	"Острым стеблем" называют
<input type="radio"/>	А	стебельчатый лоскут, имеющий одну питающую ножку
<input type="radio"/>	Б	стебельчатый лоскут длиной не менее 20 см
<input type="radio"/>	В	лоскут, не сшитый в трубку
<input type="radio"/>	Г	тонкий стебельчатый лоскут диаметром не больше 1 см
Ф	184	Расщепленный кожный лоскут перед трансплантацией обрабатывается
<input type="radio"/>	А	раствором антисептика (риваноля, фурациллина)
<input type="radio"/>	Б	раствором новокаина с добавлением антибиотиков
<input type="radio"/>	В	вазелиновым маслом
<input type="radio"/>	Г	спиртом
Ф	185	Нежелательным видом обезбоживания при пластических операциях на коже является
<input type="radio"/>	А	местная инфильтрационная анестезия
<input type="radio"/>	Б	внутрикостная анестезия
<input type="radio"/>	В	наркоз
<input type="radio"/>	Г	проводниковая анестезия
В	186	Суммарная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза до
<input type="radio"/>	А	пяточного бугра
<input type="radio"/>	Б	края наружной лодыжки
<input type="radio"/>	В	суставной щели коленного сустава
<input type="radio"/>	Г	большого вертела бедра
Ф	187	Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка до
<input type="radio"/>	А	конца пятого пальца
<input type="radio"/>	Б	конца третьего пальца
<input type="radio"/>	В	шиловидного плеча отростка лучевой кости
<input type="radio"/>	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, удастся 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
О	Г	костному эозинофилезу
Ф	206	При фиброзной остеодисплазии чаще поражаются
О	А	длинные трубчатые кости
О	Б	плоские кости
О	В	позвоночник
О	Г	мелкие кости кистей и стоп

Ф	207	Первые признаки фиброзной остеодисплазии появляются
О	А	до 5-летнего возраста
О	Б	сразу после рождения
О	В	у взрослого человека
О	Г	до 10-летнего возраста
Ф	208	Видом оперативного лечения фиброзной остеодисплазии является
О	А	краевая резекция кости
О	Б	околосуставная резекция
О	В	ампутация
О	Г	выскабливание
Ф	209	Болезнь Олье относится к
О	А	хондродисплазии
О	Б	остеодисплазии
О	В	гиперостозу
О	Г	костному эозинофилезу
Ф	210	Патологические очаги при болезни Олье локализуются
О	А	в метафизе
О	Б	в диафизе
О	В	в зоне роста
О	Г	в эпифизе
Ф	211	Среди методов оперативного лечения при дисхондроплазии применяется
О	А	краевая резекция с замещением дефекта
О	Б	сегментарная резекция с замещением дефекта
О	В	околосуставная резекция
О	Г	выскабливание
Ф	212	По классификации несовершенное костеобразование относится к
О	А	остеодисплазиям
О	Б	гиперостозам
О	В	хондродисплазиям
О	Г	костному эозинофилезу
Ф	213	При несовершенном костеобразовании наиболее часто поражаются
О	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 остеоидной остеомы является
<input type="radio"/>	А	наличие гнезда
<input type="radio"/>	Б	реакция надкостницы в виде гиперостоза
<input type="radio"/>	В	реакция надкостницы в виде луковичного периостата
<input type="radio"/>	Г	разрежение костной ткани на участке остеоидной остеомы
Ф	216	Наиболее информативным методом обследования при остеоидной остеоме является
<input type="radio"/>	А	компьютерная томография
<input type="radio"/>	Б	ангиография
<input type="radio"/>	В	сцинтиграфия с пирофосфатом технеция
<input type="radio"/>	Г	биохимический метод исследования
Ф	217	Ведущим клиническим симптомом при хондробластоме является
<input type="radio"/>	А	ограничение объема движений в суставе с незначительной припухлостью и реактивным синовитом
<input type="radio"/>	Б	повышение местной температуры, изменение цвета кожных покровов (гиперемия)
<input type="radio"/>	В	выраженная припухлость и сосудистый рисунок над пораженной областью
<input type="radio"/>	Г	сильная боль в пораженном суставе
Ф	218	Больному с эпифизарной хондробластомой показана
<input type="radio"/>	А	краевая резекция с удалением опухоли и сохранением суставного хряща
<input type="radio"/>	Б	резекция суставного конца кости
<input type="radio"/>	В	химиотерапия
<input type="radio"/>	Г	лучевая терапия
Ф	219	Наиболее часто хондрома встречается в
<input type="radio"/>	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

<input type="radio"/>	Г	область темени
Ф	243	Для оскольчатых переломов костей свода черепа характерно
<input type="radio"/>	А	разделение костных фрагментов пересекающимися трещинами
<input type="radio"/>	Б	радиарное расхождение трещин от центра перелома
<input type="radio"/>	В	вдавнение в полость черепа с повреждением твердой мозговой оболочки
<input type="radio"/>	Г	наложение одного костного фрагмента на другой
Ф	244	Эпидуральная гематома возникает в основном в результате кровотечения из
<input type="radio"/>	А	ветвей средней оболочечной артерии
<input type="radio"/>	Б	поврежденных сосудов коры головного мозга
<input type="radio"/>	В	поврежденных костей свода черепа
<input type="radio"/>	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
<input type="radio"/>	А	нейротропные препараты
<input type="radio"/>	Б	люмбальную пункцию
<input type="radio"/>	В	дегидратацию осмотическими диуретиками
<input type="radio"/>	Г	дегидратацию салуретиками
Ф	246	При декомпрессивной трепанации черепа твердая мозговая оболочка должна быть рассечена
<input type="radio"/>	А	подковообразно
<input type="radio"/>	Б	крестообразно
<input type="radio"/>	В	дугообразно
<input type="radio"/>	Г	Т-образным разрезом
Ф	247	У пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой (ушиб головного мозга) наиболее неблагоприятным сочетанием является
<input type="radio"/>	А	перелом II и III ребер с гемопневмотораксом
<input type="radio"/>	Б	закрытый поперечный перелом диафиза плечевой кости со смещением отломков
<input type="radio"/>	В	перелом костей таза с нарушением переднего полукольца
<input type="radio"/>	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

<input type="radio"/>	А	бледность кожных покровов
<input type="radio"/>	Б	отечность мягких тканей
<input type="radio"/>	В	цианоз кожных покровов
<input type="radio"/>	Г	холодный липкий пот
Ф	255	При исследовании магистрального кровотока инвазивным методом является
<input type="radio"/>	А	осциллография
<input type="radio"/>	Б	компьютерная томография
<input type="radio"/>	В	ангиография
<input type="radio"/>	Г	капиллярография
Ф	256	Трудоспособность при изолированном повреждении лучевой артерии восстанавливается
<input type="radio"/>	А	после заживления раны
<input type="radio"/>	Б	через 3 недели
<input type="radio"/>	В	через 6 недель
<input type="radio"/>	Г	через 4 недели
Ф	257	При повреждении грудной клетки противопоказано
<input type="radio"/>	А	выявление симптома Бирнера
<input type="radio"/>	Б	рентгенография грудной клетки
<input type="radio"/>	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	Дренажирование плевральной полости при гемотораксе следует осуществлять через
<input type="radio"/>	А	6-е межреберье по средней подмышечной линии
<input type="radio"/>	Б	3-е межреберье по средне-ключичной линии

О	В	8-е межреберье по лопаточной линии
О	Г	5-е межреберье по передней подмышечной линии
Ф	261	Причиной летального исхода при тупой травме живота с повреждением полого органа чаще всего является
О	А	массивное кровотечение
О	Б	перитонит
О	В	кишечная непроходимость
О	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	ляжочное 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

<input type="radio"/>	А	прогрессирующим падением числа лейкоцитов
<input type="radio"/>	Б	увеличением числа лейкоцитов
<input type="radio"/>	В	уменьшением гематокрита
<input type="radio"/>	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
<input type="radio"/>	А	6 Гр
<input type="radio"/>	Б	5 Гр
<input type="radio"/>	В	4 Гр
<input type="radio"/>	Г	3 Гр
Ф	274	Молниеносная форма лучевой болезни вызывается общим облучением дозой более
<input type="radio"/>	А	15 Гр
<input type="radio"/>	Б	10 Гр
<input type="radio"/>	В	5 Гр
<input type="radio"/>	Г	2 Гр
Ф	275	Диагностика хронической лучевой болезни строится в основном на
<input type="radio"/>	А	морфологическом исследовании крови
<input type="radio"/>	Б	ярких клинических симптомах
<input type="radio"/>	В	энцефалограмме
<input type="radio"/>	Г	УЗИ печени, селезенки, почек
Ф	276	Лечение лучевой болезни в период первичных реакций состоит в
<input type="radio"/>	А	купировании рвоты, коллапса, головной боли, абстиненции
<input type="radio"/>	Б	массивном введении антибиотиков
<input type="radio"/>	В	пересадке костного мозга
<input type="radio"/>	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
<input type="radio"/>	А	не представляет, даже при обычных условиях работы
<input type="radio"/>	Б	представляет, если они не имеют специальной одежды
<input type="radio"/>	В	не представляет, если они во время работы несколько раз меняют операционное белье и резиновые перчатки
<input type="radio"/>	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

<input type="radio"/>	Г	50 мг	
<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	Ф	284	Эректильная фаза травматического шока в случае комбинированного радиационного повреждения
<input type="radio"/>	А		выражена нечетко и характеризуется затяжным характером
<input type="radio"/>	Б		отсутствует
<input type="radio"/>	В		отчетливо выражена
<input type="radio"/>	Г		имеет яркую картину и кратковременна
<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	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
<input type="radio"/>	А		тщательный, на уровне мелких вен и артерий, гемостаз с лигированием сосудов
<input type="radio"/>	Б		тщательная обработка кожи вокруг раны
<input type="radio"/>	В		иссечение края раны кожи скальпелем
<input type="radio"/>	Г		закрытие раны местными тканями или посредством различных пластических приемов
<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	Ф	286	Аутопластическое закрытие ожоговых повреждений у пострадавшего с лучевой болезнью средней степени производится в период
<input type="radio"/>	А		восстановления (реконвалесценции)
<input type="radio"/>	Б		первичных реакций
<input type="radio"/>	В		разгара
<input type="radio"/>	Г		отдаленных последствий
<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	Ф	287	Наиболее частым исходом световых ожогов, протекающих на фоне лучевой болезни, является
<input type="radio"/>	А		образование келлоидных рубцов в области ожогов
<input type="radio"/>	Б		образованием язв на месте ожога
<input type="radio"/>	В		трофические нарушения кожи в области бывших ожогов
<input type="radio"/>	Г		заживление без видимых изменений
<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	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)
<input type="radio"/>	А		заметным более легким течением
<input type="radio"/>	Б		утяжелением
<input type="radio"/>	В		не отличается
<input type="radio"/>	Г		значительным утяжелением
<input type="radio"/>			

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	невывявление 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 четырёхглавой 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%

<input type="radio"/>	Б	1-3%
<input type="radio"/>	В	30%
<input type="radio"/>	Г	50%
Ф	307	Наиболее часто ключица ломается при падении
<input type="radio"/>	А	при любом из перечисленных вариантов
<input type="radio"/>	Б	на вытянутую руку
<input type="radio"/>	В	на локоть
<input type="radio"/>	Г	на боковую поверхность лица
Ф	308	Рентгенологическая картина при опухоли Юинга характеризуется
<input type="radio"/>	А	пятнистым остеопорозом тела кости, остеолизом кортикального слоя луковичным гиперостозом
<input type="radio"/>	Б	овальным очагом просветления со штампованными краями
<input type="radio"/>	В	бахромчатым периоститом, отслоением надкостницы, спикулами
<input type="radio"/>	Г	остеопорозом кости с зоной склероза
Ф	309	Переломы мышечного возвышения большеберцовой кости сопровождаются разрывом
<input type="radio"/>	А	передней крестообразной связки
<input type="radio"/>	Б	задней крестообразной связки
<input type="radio"/>	В	боковых и крестообразных связок
<input type="radio"/>	Г	наружной боковой связки коленного сустава
Ф	310	Восстановление трудоспособности с положительным исходом после перелома ключицы происходит через
<input type="radio"/>	А	1.5-2 месяца
<input type="radio"/>	Б	2-4 недели
<input type="radio"/>	В	2-3 месяца
<input type="radio"/>	Г	3-4 месяца
Ф	311	Повреждение подкрыльцового нерва при переломе шейки лопатки приводит
<input type="radio"/>	А	к парезу дельтовидной мышцы
<input type="radio"/>	Б	к нарушению кровообращения
<input type="radio"/>	В	к потере движений в пальцах кисти
<input type="radio"/>	Г	к потере чувствительности
Ф	312	Из перечисленных переломов лопатки внутрисуставным является перелом
<input type="radio"/>	А	суставной впадины шейки

<input type="radio"/>	Б	отростков
<input type="radio"/>	В	углов
<input type="radio"/>	Г	тела
Ф	313	Характерным симптомом перелома лопатки является
<input type="radio"/>	А	симптом Комолли
<input type="radio"/>	Б	симптом Чаклина
<input type="radio"/>	В	признак Маркса
<input type="radio"/>	Г	симптом Воскресенского
Ф	314	Возникновение "крыловидной" лопатки связано с
<input type="radio"/>	А	ушибом или перерастяжением длинного грудного нерва
<input type="radio"/>	Б	нарушением кровоснабжения в надплечье
<input type="radio"/>	В	повреждением подкрыльцового нерва
<input type="radio"/>	Г	повреждением плечевого сплетения
Ф	315	При внутрисуставном переломе лопатки для иммобилизации применяется
<input type="radio"/>	А	отводящая шина
<input type="radio"/>	Б	гипсовая повязка Дезо
<input type="radio"/>	В	мягкая повязка Дезо
<input type="radio"/>	Г	косыночная повязка
Ф	316	Угол отведения на отводящей шине при переломе шейки или суставной впадины лопатки должен составлять
<input type="radio"/>	А	90°
<input type="radio"/>	Б	60°
<input type="radio"/>	В	30°
<input type="radio"/>	Г	160°
Ф	317	Срок иммобилизации при внутрисуставном переломе лопатки составляет
<input type="radio"/>	А	4-5 недель
<input type="radio"/>	Б	6-8 недель
<input type="radio"/>	В	10-12 недель
<input type="radio"/>	Г	3 месяца
Ф	318	Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом
<input type="radio"/>	А	хирургической шейки
<input type="radio"/>	Б	бугорков
<input type="radio"/>	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 надмышелки 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

<input type="radio"/>	В	кпереди
<input type="radio"/>	Г	кнаружи
Ф	337	Повреждение Галиацци - это
<input type="radio"/>	А	перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
<input type="radio"/>	Б	перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
<input type="radio"/>	В	изолированный перелом лучевой кости
<input type="radio"/>	Г	изолированный перелом локтевой кости
Ф	338	Радио-ульнарный угол в норме равен
<input type="radio"/>	А	30°
<input type="radio"/>	Б	20°
<input type="radio"/>	В	40°
<input type="radio"/>	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 невправленным 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
О	А	в течение первых 7 дней после травмы
О	Б	в течение первых 24 часов после повреждения
О	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	надмышцелков
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 перестроочных 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

<input type="radio"/>	Б	выше с вогнутой стороны искривления
<input type="radio"/>	В	снижена с обеих сторон искривления
<input type="radio"/>	Г	повышена с обеих сторон искривления
Ф	385	На вершине грудного искривления позвоночника спинной мозг смещен
<input type="radio"/>	А	к вогнутой стороне деформации
<input type="radio"/>	Б	к выпуклой стороне деформации
<input type="radio"/>	В	сохраняет свое центральное положение
<input type="radio"/>	Г	в дорсальную сторону
Ф	386	Степень сколиотической деформации позвоночника по второй классификации В.Д.Чаклина определяется следующими показателями
<input type="radio"/>	А	I - до 5°, II - до 30°, III - до 60°, IV - свыше 60°
<input type="radio"/>	Б	I - до 5°, II - до 25°, III - до 80°, IV - свыше 80°
<input type="radio"/>	В	I - до 10°, II - до 25°, III - до 40°, IV - свыше 40°
<input type="radio"/>	Г	I - до 15°, II - до 35°, III - до 75°, IV - свыше 75°
Ф	387	У больных грудным сколиозом жизненная емкость легких
<input type="radio"/>	А	значительно снижается
<input type="radio"/>	Б	остаётся неизменной даже при выраженной деформации позвоночника
<input type="radio"/>	В	повышается за счет изменения формы грудной клетки
<input type="radio"/>	Г	в 50% случаев повышается и в 50% случаев снижается
Ф	388	Основным рентгенологическим признаком прогрессирования сколиотической болезни является тест
<input type="radio"/>	А	Риссера
<input type="radio"/>	Б	Мовшовича
<input type="radio"/>	В	Нидерштрата
<input type="radio"/>	Г	Кона
Ф	389	Массаж мышц спины при сколиотической деформации позвоночника необходимо выполнять
<input type="radio"/>	А	более активно на выпуклой стороне искривления
<input type="radio"/>	Б	более активно на вогнутой стороне искривления
<input type="radio"/>	В	активно на обеих сторонах искривления
<input type="radio"/>	Г	с элементами мануальной терапии, направленными на мобилизацию искривления
Ф	390	При консервативном лечении сколиоза основная цель лечения с помощью корсета
<input type="radio"/>	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 Д8

О	Б	шейный отдел спинного мозга
О	В	шейный и грудной отделы спинного мозга
О	Г	грудной отдел спинного мозга (от Д1 до Д12)
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 корпоротомия
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.

Е и д	К од	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Е	- 01	
К од ф Сун кц и и		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.
Е	1	Предположительный диагноз:
Э	-	аддукционный перелом шейки бедренной кости
Р	2	- чрезвертельный перелом бедренной кости
Р	1	- абдукционный перелом шейки бедренной кости
Р	0	- диафизарный перелом бедра
Е	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в прямой проекции и аксиальной проекции
Р	2	- в прямой проекции
Р	1	- в аксиальной проекции
Р	0	- в боковой проекции
Е	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местное обезболивание тазобедренного сустава
Р	2	- общее обезболивание анальгетиками
Р	1	- местное обезболивание тазобедренного сустава
Р	0	- внутривенный наркоз
Е	4	Способ иммобилизации при оказании первой врачебной помощи

Э	л	
	-	деротационный сапожок
Р		лестничные шины, шина Дитерихса
2		
Р		деротационный сапожок
1		
Р		иммобилизация не нужна
0		
Е	5	Метод лечения данной больной при условии ее удовлетворительного состояния
		операция однополюсного эндопротезирования или операция остеосинтеза шейки
Э		бедренной кости канюлированными винтами
Р		операция остеосинтеза шейки бедренной кости
2		
Р		наложение гипсового деротационного сапожка
1		
Р		скелетное вытяжение
0		
Е	-	02
К		
од		
ф		
Сун		Перелом лучевой кости в типичном месте
кц		
и		
и		
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.
Е	1	Сформулировать диагноз.
Э		разгибательный перелом лучевой кости в типичном месте, перелом Коллиса
Р		перелом дистального метаэпифиза костей предплечья
2		
Р		сгибательный перелом лучевой кости в типичном месте
1		
Р		Диафизарный перелом костей предплечья
0		
Е	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование

Э	-	в прямой и боковой проекции
Р	2	в прямой проекции
Р	1	в боковой проекции
Р	0	в косой проекции
Е	3	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	консервативный метод (закрытая репозиция и иммобилизация лонгетной повязкой)
Р	2	консервативный метод (иммобилизация лонгетной повязкой)
Р	1	оперативное лечение
Р	0	скелетное вытяжение
Е	4	Способ выполнения закрытой репозиции перелома
Э	-	вытяжение за кисть по длине, сгибание кисти в ладонную сторону, отведение кисти в локтевую сторону
Р	2	вытяжение за кисть по длине, сгибание кисти в ладонную сторону
Р	1	отведение кисти в локтевую сторону
Р	0	пронация предплечья
Е	5	Срок иммобилизации для данного больного
Э	-	4-5 недель
Р	2	4 недели
Р	1	6 недель
Р	0	2-3 недели
Е	-	03
К од ф Сун кц и и		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
Р	2	перелом правой ключицы
Р	1	вывих акромиального конца ключицы
Р	0	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
Р	2	изменение цвета кожи в дистальных отделах руки
Р	1	Нарушение чувствительности в пальцах руки
Р	0	отек кисти
В	3	Вид обезболивания при оказании первой медицинской помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
Р	2	общее обезболивание анальгетиками
Р	1	местная анестезия зоны перелома
Р	0	обезболивание не нужно
В	4	Способ иммобилизации при оказании первой медицинской помощи
Э	-	наложение повязки Дезо или кольца Дельбе, или 8-образная повязка
Р	2	наложение повязки Дезо
Р	1	фиксация руки косыночной повязкой

Р О	-	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
Р	2	одномоментная ручная репозиция, иммобилизация повязкой Вайнштейна
Р	1	одномоментная ручная репозиция, иммобилизация на косынке
Р О	-	иммобилизация на косынке
В	-	04
А/ С 01 .8		Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
А/ С 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.
Р	2	Предположительный диагноз поставлен верно.
Р	1	Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый) или отношение головки плеча к суставной поверхности лопатки (передний/нижний/задний)
Р О	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование

Э	-	В прямой и аксиальной проекциях
Р	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
Р	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или аксиальная)
Р	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
Е	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
Р	-	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
Р	-	Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная анестезия зоны перелома)
Р	-	Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид обезболивания)
Е	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,Гиппократ)
Р	-	Метод лечения указан верно (названо не менее 3х способов вправления)
Р	-	Метод указан верно , названо только два способа лечения
Р	-	Ответ дан полностью неверно
Р	-	Метод указан верно , указан только один способ
Р	-	Метод указан верно, способы названы неправильно или не указаны вообще
Е	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
Р	-	Способ и срок иммобилизации указаны верно
Р	-	Ответ указан верно , но не в полном объеме (правильно указан только срок или только способ иммобилизации)
Р	-	Способ и срок указанны неверно
Е	-	05
А/	01	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
	.8	
А/	02	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы, контроль ее эффективности и безопасности
	.8	

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.
Е	1	Предположительный диагноз
Э	-	Закрытый перелом тела правой лопатки
Р	2	- Предположительный диагноз поставлен верно.
Р	1	- Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый) или локализация повреждения кости
Р	0	- Диагноз поставлен неверно. Не указан характер(открыты/закрытый) и локализация повреждения кости
Е	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	В прямой и боковой проекции
Р	2	- Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
Р	1	- Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или боковая)
Р	0	- Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
Е	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
Р	2	- Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
Р	1	- Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная анестезия зоны перелома)
Р	0	- Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид обезболивания)
Е	4	Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	Консервативный метод (иммобилизация повязкой Дезо с валиком подмышечной впадине)
Р	2	- Основной метод лечения назван верно
Р	1	- 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)
Р	0	- Основной метод лечения назван неверно
Е	5	Срок иммобилизации для данного больного
Э	-	3-4 недели

P 2	- Срок иммобилизации назван верно
P 1	- Назван срок иммобилизации 3 или 4 недели
P 0	- Срок иммобилизации назван не верно
E -	06
A/ D 01 .8	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
A/ D 02 .8	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы, контроль ее эффективности и безопасности
I -	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.
E 1	Предположительный диагноз
E -	Закрытый абдукционный перелом хирургической шейки левой плечевой кости.
P 2	- Предположительный диагноз поставлен верно.
P 1	Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый,абдукционный/аддукционный) или локализация повреждения (анатомическая область кости)
P 0	Диагноз поставлен неверно. - Не указан характер(открыты/закрытый, абдукционный/аддукционный) и локализация повреждения кости
E 2	Догоспитальная помощь должна включать в себя
E -	Обезболивание (общие анальгетики) и иммобилизацию (лестничная шина Крамера, мягкие повязки Дезо, Вельпо, косыночная повязка)
P 2	- Объем догоспитальной помощи указан верно
P 1	- Назван только один из элементов догоспитальной помощи
P 0	- Объем догоспитальной помощи указан неверно
E 3	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование

Э	-	В прямой и аксиальной проекции
Р	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
Р	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или аксиальная)
Р	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
Е	4	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
Р	-	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
Р	-	Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная анестезия зоны перелома)
Р	-	Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид обезболивания)
Е	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
Р	-	Все три элемента названы верно
Р	-	Названы только два элемента
Р	-	Назван только один элемент либо все элементы названы неверно
Е	-	07
А/	01	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
	.8	
А/	02	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы, контроль ее эффективности и безопасности
	.8	
У	-	ИНСТРУКЦИЯ 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.
Р	2	- Предположительный диагноз поставлен верно.
Р	1	Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый,абдукционный/аддукционный) или локализация повреждения (анатомическая область кости)
Р	0	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
Р	2	- Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
Р	1	- Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или боковая)
Р	0	- 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
Р	2	- Ответ указан полностью верно
Р	1	- Ответ дан не в полном объеме (не указан характер осложнения или его причина)
Р	0	- Ответ дан неверно
В	4	Наиболее предпочтительный метод и способы лечения данной больной при условии ее удовлетворительного состояния
Э	-	Оперативный метод лечения (накостный остеосинтез пластиной или блокируемый интромедулярный остеосинтез стержнем)
Р	2	- Метод лечения и его возможные способы указаны верно
Р	1	- Метод лечения указан верно, указан только один способ лечения (накостный остеосинтез пластиной или блокируемый интромедулярный остеосинтез стержнем)
Р	0	- Метод лечения выбран неверно
В	5	Средний срок сращения перелома в данной области составляет
Э	-	8-12 недель
Р	2	- Средний срок указан верно
Р	1	- Названный средний срок входит в указанный диапазон, но не полностью его повторяет

Р 0	- Средний срок сращения указан неверно
Г	- 08
А/ С 01 .8	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
А/ С 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.
Г 1	Предположительный диагноз
С	- Закрытый надмыщелковый перелом правой плечевой кости
Р 2	- Предположительный диагноз поставлен верно.
Р 1	- Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый) или локализация повреждения (анатомическая область кости)
Р 0	- Диагноз поставлен неверно. Не указан характер(открыты/закрытый) и локализация повреждения кости
Г 2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
С	- В прямой и боковой проекциях
Р 2	- Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
Р 1	- Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или боковая)
Р 0	- Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
Г 3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
С	- Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
Р 2	- Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
Р 1	- Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная анестезия зоны перелома)
Р 0	- Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид обезболивания)

Е 4	Основным методом лечения данной патологии является
Э -	Консервативный метод (одномоментная закрытая ручная репозиция иммобилизация задней гипсовой лонгетой по Турнеру на 6-8 недель)
Р 2	- Основной метод лечения назван верно
Р 1	- Основной метод лечения назван верно,но не указан срок и вид иммобилизации
Р 0	- Основной метод лечения назван неверно
Е 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
Р 2	- Основные этапы закрытой ручной репозиции названы верно
Р 1	- Ответ дан частично верно , указаны только основные манипуляции (Тракция по продольной оси конечности ,периферический отломок смещают кзади и кнутри)
Р 0	- Этапы выполнения закрытой ручной репозиции названы неверно
Р -	09
А/Д 01.8	Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
А/Д 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 предплечью и сгибании кисти.
Е 1	Предположительный диагноз
Э -	Закрытый отрывной перелом внутреннего надмыщелка левой плечевой кости

Р 2	-	Предположительный диагноз поставлен верно.
Р 1	-	Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый,отрывной) или локализация повреждения (анатомическая область кости)
Р 0	-	Диагноз поставлен неверно. Не указан характер(открыты/закрытый) и локализация повреждения кости
Е 2		Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	-	в прямой и боковой проекциях
Р 2	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
Р 1	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или боковая)
Р 0	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
Е 3		Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
Р 2	-	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
Р 1	-	Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная анестезия зоны перелома)
Р 0	-	Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид обезболивания)
Е 4		Основным методом лечения данной патологии является
Э	-	Консервативный метод (иммобилизация гипсовой лонгетой от верхней трети плеча до головок пястных костей сроком 3 нед)
Р 2	-	Основной метод лечения назван верно
Р 1	-	Основной метод лечения назван верно, но указан другой способ или срок иммобилизации
Р 0	-	Основной метод лечения назван неверно
Е 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) .
Р 2	-	Положение конечности названо верно
Р 1	-	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))

P 0	-	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))
E	-	10
A/ D 01 .8		Проведение обследования пациентов с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы с целью установления диагноза
A/ D 02 .8		Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и/или состояниями костно-мышечной системы, контроль ее эффективности и безопасности
I	-	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.
E	1	Предположительный диагноз
E	-	Закрытый внутрисуставной перелом мыщелка правой плечевой кости .
P	2	- Предположительный диагноз поставлен верно.
P	1	Диагноз поставлен неполностью : не указан характер(открыты/закрытый, внесуставной/внутрисуставной) или локализация повреждения (анатомическая область кости)
P 0	-	Диагноз поставлен неверно. Не указан характер(открыты/закрытый, внесуставной/внутрисуставной)) и локализация повреждения кости
E	2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
E	-	В прямой и боковой проекциях
P	2	- Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно в полном объеме.
P	1	- Дополнительное рентгенографическое исследование назначено верно не в полном объеме: указана только одна проекция (прямая или боковая)
P 0	-	Дополнительное рентгенографическое исследование назначено не верно.(названы другие не соответствующие эталонному ответу проекции)
E	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи

Э	-	Общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
Р	2	- Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи назван верно
Р	1	- Назван только один вид обезболивания (обезболивание анальгетиками или местная анестезия зоны перелома)
Р	0	- Ответ дан не верно (не указан не один вид обезболивания или указан неверный вид обезболивания)
Е	4	Методом выбора при данном повреждении является
Э	-	Оперативный метод (стабильный погружной остеосинтез)
Р	2	- Метод лечения назван верно
Р	1	- Ответ дан частично верно , отсутствует уточнение (стабильный погружной остеосинтез)
Р	0	- Метод лечения выбран неверно
Е	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)
Р	2	- Цели хирургического лечения названы верно
Р	1	- Ответ дан частично верно (указаны только два пункта из 3х)
Р	0	- Ответ дан неверно Назван только один пункт из 3х
Е	-	11
К од ф Сун кц и и		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 суставе. При осмотре левый локтевой сустав опух, гиперемирован, болезненный при пальпации, попытка любых движений в локтевом суставе вызывает резкую боль. Предплечье укорочено, локтевой сустав деформирован (пальпируется выступ локтевого отростка).
Е	1	Предположительный диагноз:

Э	-	задний вывих предплечья, с повреждением капсульно-связочного аппарата локтевого сустава, слева
Р 2	-	задний вывих предплечья слева
Р 1	-	вывих обеих костей предплечья кзади
Р 0	-	перелом локтевого отростка слева
Е 2		Для уточнения диагноза необходимо произвести рентгенографию
Э	-	Левого предплечья в прямой и боковой проекции, с захватом локтевого сустава
Р 2	-	Левого предплечья в прямой и боковой проекции, с захватом локтевого сустава, и лучезапястного сустава
Р 1	-	Левого предплечья в прямой и боковой проекции, с захватом лучезапястного сустава
Р 0	-	Левого предплечья в прямой и боковой проекции
Е 3		Длительность иммобилизации гипсовой лонгетой
Э	-	7-10 дней
Р 2	-	5-10 дней
Р 1	-	7-14 дней
Р 0	-	10-14 дней
Е 4		Трудоспособность восстанавливается через
Э	-	6-8 недель
Р 2	-	5-7 недель
Р 1	-	7-9 недель
Р 0	-	9-10 недель
Е 5		Как фиксировать конечность гипсовой лонгетой
Э	-	Задней гипсовой лонгетой от верхней трети плеча до головок пястных костей
Р 2	-	Задней гипсовой лонгетой от средней трети плеча до головок пястных костей
Р 1	-	Задней гипсовой лонгетой от средней трети плеча до лучезапястного сустава
Р 0	-	Задней гипсовой лонгетой от средней трети плеча до средней трети предплечья
Е	-	12

К од ф Сун кц и и	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
Е 1	Сформулировать диагноз
Э -	закрытый перелом 2-3 пястных костей правой кисти со смещением
Р 2 -	закрытый перелом 2-3 пястной кости с права, ушиб правой кисти
Р 1 -	перелом 2-3 пястной кости справа
Р 0 -	Ушиб правой кисти
Е 2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э -	обзорная рентгенограмма в прямой и косой проекции
Р 2 -	в прямой и боковой проекции
Р 1 -	в боковой проекции
Р 0 -	в косой проекции
Е 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
Р 2 -	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
Р 1 -	Под местной анестезией производят репозицию посредством вытяжения по оси за пальцы. Накладывают ладонную гипсовую шину от верхней трети предплечья до кончиков пальцев
Р 0 -	Под местной анестезией накладывают гипсовую лонгету по ладонной поверхности кисти и предплечья в среднем физиологическом положении
Е 4	Сроки иммобилизации гипсовой лонгетой
Э -	4 недели
Р 2 -	3-4 недели
Р 1 -	4-5 недель

Р О	- 3 недели
Е 5	Продолжительность реабилитации данного больного
Э	- 1-2 недели
Р 2	- 2-3 недели
Р 1	- 2 недели
Р О	- 1 неделя
Е	- 13
К од ф Фун кц и и	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 ступенеобразная деформация на уровне лучезапястного сустава со смещением кисти в тыльную сторону и вверх, активные и пассивные движения в лучезапястном суставе отсутствуют
Е 1	Предположительный диагноз
Э	- Перилунарный вывих в лучезапястном суставе
Р 2	- Вывих кисти в лучезапястном суставе
Р 1	- Вывих кисти
Р О	- Перелом лучевой кости в типичном месте
Е 2	С какими повреждениями необходимо дифференцировать данную травму
Э	- Перелом лучевой кости в типичном месте
Р 2	- Вывих полулунной кости
Р 1	- Чрезладевидно-перилунарный вывих кисти
Р О	- Перитрехгранно-лунарный вывих кисти
Е 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	
Р	2	-	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
Р	1	-	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
Р	0	-	Под местной анестезией производят вытяжение кисти по оси предплечья в ручную охватывая кисть с обеих сторон. При вправленном вывихе накладывают тыльную гипсовую лонгету
Е	4	Длительность иммобилизации гипсовой лонгетой	
Э	-	3 недели	
Р	2	-	2 недели
Р	1	-	4 недели
Р	0	-	1 неделю
Е	5	Срок восстановления трудоспособности больного	
Э	-	1 ½ – 2 месяца	
Р	2	-	2 месяца
Р	1	-	1 ½ месяца
Р	0	-	2 ½ месяца
Р	-	14	
К	од	Травмы костей кисти	
Ф	ун		
С	кц		
	и		
	и		
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	
Е	1	Предположительный диагноз	

Э	-	Не полный внутри суставной перелом головки 1 пястной кости в области пястно-запястного сустава, с вывихом 1 пальца
Р	2	- Не полный внутри суставной перелом головки 1 пястной кости в области пястно-запястного сустава
Р	1	- Внутри суставной перелом головки 1 пястной кости в области пястно-запястного сустава
Р	0	- Вывих 1 пальца
Е	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
Р	2	- 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
Р	1	- 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
Р	0	- Под местной анестезией производят репозицию путем вытяжения по продольной оси отведенного 1 пальца. Иммобилизацию осуществляют гипсовой
Е	3	При оперативном лечении для фиксации отломков применяют
Э	-	Спицы или стержневым аппаратом внешней фиксации
Р	2	- Спицы
Р	1	- Фиксация стержневым аппаратом внеочаговой фиксации
Р	0	- Винты
Е	4	Сроки иммобилизации гипсовой лонгетой
Э	-	4 недели
Р	2	- 3 недели
Р	1	- 2 ½ недели
Р	0	- 5 недель
Е	5	Реабилитация
Э	-	2-4 недели
Р	2	- 3-4 недели
Р	1	- 4 недели
Р	0	- 2 недели

И	- 15
К од ф Сун кц и и	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
Е	1 Предположительный диагноз
Э	- Закрытый перелом локтевого отростка левого предплечья со смещением. Гемартроз
Р	2 - Перелом локтевого отростка левого предплечья. Гемартроз
Р	1 - Перелом локтевого отростка левого предплечья со смещением
Р	0 - Вывих левого предплечья кзади
Е	2 Показание для госпитализации
Э	- Оскольчатый перелом, и перелом с расхождением отломков
Р	2 - Оскольчатый перелом
Р	1 - Перелом со смещением
Р	0 - Перелом без смещения отломков
Е	3 Метод исследования для уточнения диагноза
Э	- Необходимо произвести рентгенограмму в прямой и боковой проекции, причем последнюю необходимо произвести при согнутом локтевом суставе
Р	2 - Необходимо произвести рентгенограмму в прямой и боковой проекции
Р	1 - Необходимо произвести рентгенограмму в двух проекциях
Р	0 - Необходимо произвести рентгенограмму в боковой проекции
Е	4 Показания к оперативному лечению
Э	- Оскольчатый перелом или перелом с диастазом между фрагментами более 0,5 мм
Р	2 - Диастаз между фрагментами более 0,5 мм

Р 1	- Оскольчатый перелом
Р 0	- Неудачная попытка закрытой репозиции
Е 5	Сроки иммобилизации гипсовой лонгетой при консервативном лечении
Е	- 4-5 недель
Р 2	- 4 недели
Р 1	- 5 недель
Р 0	- 3 недели
Е	- 16
К од ф Сун кц и и	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
Е 1	Предположительный диагноз
Е	- Закрытый перелом диафиза локтевой и лучевой кости слева
Р 2	- Перелом диафиза локтевой и лучевой кости слева
Р 1	- Закрытый перелом левого предплечья
Р 0	- Ушиб мягких тканей левого предплечья
Е 2	Для верификации диагноза необходимо выполнить исследования
Е	- Обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции с захватом локтевого и лучезапястного суставов
Р 2	- Обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции с захватом локтевого сустава
Р 1	- Обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции
Р 0	- Обзорная рентгенограмма в двух проекциях
Е 3	Показания для оперативного лечения

Э	-	При неудачной репозиции, оскольчатый перелом, вторичное и угловое смещение отломков
Р	2	- При неудачной репозиции, вторичном смещении отломков
Р	1	- Оскольчатый перелом
Р	0	- Перелом со смещением
Е	4	Длительность иммобилизации гипсовой лонгетой
Э	-	10-12 недель
Р	2	- 10-11 недель
Р	1	- 11 недель
Р	0	- 12 недель
Е	5	Восстановление трудоспособности
Э	-	3-4 месца
Р	2	- 3 месяца
Р	1	- 4 месяца
Р	0	- 4-5 месяцев
Н	-	17
К од ф Сун кц и и		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 с отведением и сгибанием ногтевой фаланги, активные движения отсутствуют
Е	1	Метод обезболивания при вправлении вывиха
Э	-	Внутрикостная или местная анестезия
Р	2	- Местная анестезия
Р	1	- Местное охлаждение
Р	0	- Обезболивания не требуется

В	2	Показание для оперативного вправления вывиха
Э	-	При интерпозиции разорванной капсулы сустава или захлестнувшегося сухожилия длинного сгибателя
Р	2	При интерпозиции капсулы сустава или захлестнувшегося сухожилия длинного сгибателя
Р	1	При интерпозиции разорванной капсулы сустава
Р	0	При интерпозиции захлестнувшегося сухожилия длинного сгибателя
В	3	На какой срок накладывается гипсовая лонгета после оперативного вмешательства
Э	-	2-3 недели
Р	2	3 недели
Р	1	3-4 недели
Р	0	1-2 недели
В	4	Восстановление трудоспособности через
Э	-	1 – 1 ½ месяца
Р	2	1-2 месяца
Р	1	2 -2 ½ месяца
Р	0	3 месяца
В	5	Реабилитация
Э	-	1-2 недели
Р	2	2 недели
Р	1	3 недель
Р	0	3 ½ недели
В	-	18
К	од	
Ф		
Сун	кц	Перелом верхней трети большеберцовой и малоберцовой костей
	и	
	и	
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больная 39 лет доставлена с места работы, где упала металлическая труба на область левой голени. Жалуеться на боль в месте падения трубы. Голень умеренно

	отечная, видимая деформация, гематома. Попытка пальпации и пробы осевой нагрузки сопровождается резкой болезненность.
Е 1	Предположительный диагноз:
Э	- Закрытый перелом обеих костей левой голени со смещением
Р 2	- Закрытый перелом большеберцовой и малоберцовой костей левой голени
Р 1	- Закрытый перелом большеберцовой кости левой голени
Р 0	- Ушиб мягких тканей левой голени
Е 2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	- в двух проекциях (прямой и боковой)
Р 2	- в прямой проекции
Р 1	- в боковой проекции
Р 0	- в аксиальной проекции
Е 3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	- общее обезболивание анальгетиками, местное обезболивание области перелома
Р 2	- общее обезболивание анальгетиками
Р 1	- местное обезболивание области перелома
Р 0	- внутривенный наркоз
Е 4	Способ иммобилизации при оказании первой врачебной помощи
Э	- лестничные шины, шина Дитерихса
Р 2	- лестничные шины
Р 1	- шина Дитерихса
Р 0	- иммобилизация не нужна
Е 5	Метод лечения данной больной при условии ее удовлетворительного состояния
Э	- операция интрамедуллярного остеосинтеза штифтом или наkostный остеосинтез пластиной или наложение аппарата внешней фиксации, наложение гипсовой повязки
Р 2	- операция интрамедуллярного остеосинтеза штифтом
Р 1	- наложение гипсовой повязки

Р О	- скелетное вытяжение
Р	- 19
К од ф Сун кц и и	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
Р 2	- Закрытый перелом медиального мыщелка большеберцовой кости
Р 1	- Закрытый внутрисуставной перелом правой голени
Р О	- Закрытый перелом надколенника
В 2	Для верификации диагноза необходимо выполнить дополнительное рентгенологическое исследование
Э	- в прямой, боковой проекции и аксиальной
Р 2	- в прямой проекции и в боковой проекции
Р 1	- аксиальной проекции
Р О	- в косой проекции
В 3	Основным методом лечения данной патологии является
Э	- оперативное лечение в объеме остеосинтеза пластиной или спонгиозными винтами, гипсовая повязка
Р 2	- оперативное лечение в объеме остеосинтеза пластиной

Р 1	- гипсовая иммобилизация
Р 0	- скелетное вытяжение
В 4	К каким осложнениям может привести перелом медиального мыщелка большеберцовой кости
Э -	Тромбоз глубоких вен, посттравматический артроз коленного сустава, контрактура коленного сустава
Р 2	- тромбоз глубоких вен
Р 1	- контрактура коленного сустава
Р 0	- нет осложнений
В 5	Способ иммобилизации при оказании первой врачебной помощи
Э -	лестничные шины,
Р 2	- лестничные шины
Р 1	- шина Дитерихса
Р 0	- иммобилизация не нужна
Г -	20
К од ф Фун кц и и	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 передненаружной 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
Р 2	- Открытый перелом большеберцовой кости левой голени

Р 1	-	Открытый перелом левой голени
Р 0	-	Ушибленная рана левой голени
В 2		Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	В прямой и боковой проекциях
Р 2	-	в прямой проекции
Р 1	-	в боковой проекции
Р 0	-	в косой проекции
В 3		Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
Р 2	-	общее обезболивание анальгетиками
Р 1	-	местная анестезия зоны перелома
Р 0	-	обезболивание не нужно
В 4		Методы лечения данной патологии
Э	-	Наложение аппарата внешней фиксации, пхо открытого перелома
Р 2	-	наложение аппарата внешней фиксации
Р 1	-	пхо открытого перелома
Р 0	-	наложение гипсовой повязки с последующем бинтованием раны
В 5		Возможные осложнения данной патологии
Э	-	местная гнойная инфекция, раневой сепсис, остеомиелит
Р 2	-	местная гнойная инфекция, остеомиелит
Р 1	-	лихорадка
Р 0	-	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
P2	-	КТ, МРТ
P1	-	Рентгенограмма в переднезадней и боковой проекциях
P0	-	Аускультация
В	4	Методом лечения данной патологии у больного будет
Э	-	Гипсовая повязка от середины бедра до пальцев при легком сгибание голени и эквинусном положение стопы, ЛФК, ФТЛ
P2	-	Гипсовая повязка

P1	-	ЛФК, ФТЛ
P0	-	Эластическое бинтование
B	5	Возможные осложнения при не правильном лечении данной патологии
Э	-	Повторный разрыв, ограничение движений, хронические боли,
P2	-	Повторный разрыв, хронические боли
P1	-	Ограничение движений
P0	-	Осложнения крайне редки
H	-	22
Ф	Код функции	Перелом наружной лодыжки
I	-	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.
B	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
B	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
B	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 малеоллярными винтами
P2	-	оперативное лечение в объеме остеосинтеза
P1	-	гипсовая иммобилизация
P0	-	скелетное вытяжение
В	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
В	5	Способ иммобилизации при оказании первой медицинской помощи
Э	-	лестничные шины, шина Дитерихса
P2	-	лестничные шины
P1	-	шина Дитерихса
P0	-	иммобилизация не нужна
Н	-	23
Ф	Код функции	Перелом нижней трети большеберцовой кости
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина 35 лет, доставлен СПМ 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.
В	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
V	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
V	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
V	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
H	-	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
Р2	-	Закрытый перелом лодыжек левой голени
Р1	-	Закрытый перелом левой голени
Р0	-	Ушиб левой голени
В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	В переднезадней и боковой проекциях
Р2	-	в переднезадней проекции
Р1	-	в боковой проекции
Р0	-	в косой проекции
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной помощи
Э	-	общее обезболивание анальгетиками, местная анестезия зоны перелома
Р2	-	общее обезболивание анальгетиками
Р1	-	местная анестезия зоны перелома
Р0	-	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.
Р2	-	Закрытая репозиция и гипсовая повязка. Операция остеосинтеза.
Р1	-	Гипсовая повязка
Р0	-	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.
H	-	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 автотранспорте 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
B	3	Тактика при оказании первой медицинской 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
B	4	Гипсовая иммобилизация при консервативном лечении на срок
Э	-	До 6 недель
P2	-	До 4 недель
P1	-	3 недели
P0	-	1 неделя
B	5	Оперативное лечение полных разрывов боковых связок включает в себя
Э	-	Открытое сшивание поврежденной связки
P2	-	Пластика связки аутооттрансплантатом
P1	-	Пластика связки синтетическими материалами
P0	-	Корректирующую остеотомию большеберцовой кости
H	-	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 консервативно, 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
В	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 выдвижного 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
Р2	-	3-5 мм
Р1	-	Более 3 мм
Р0	-	2 мм
В	4	Оперативное лечение разрыва передней крестообразной связки
Э	-	Артроскопия коленного сустава, пластика ПКС аутооттрансплантатом
Р2	-	Артроскопия коленного сустава, пластика ПКС синтетическими материалами
Р1	-	Артротомия, сшивание поврежденной связки
Р0	-	Корректирующая остеотомия большеберцовой кости
В	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.
Р2	-	Иммобилизация жёстким шарнирным ортезом 6 месяцев, далее - ЛФК, разработка движений. Занятия спортом - через год после операции
Р1	-	Иммобилизация гипсовой лонгетой или ортезом 4-6 недель, далее - ЛФК, разработка движений
Р0	-	Иммобилизация гипсовой лонгетой до 6 месяцев, далее - ЛФК, разработка движений
Н	-	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.
Р2	-	Двусторонний гонартроз 1-2 стадии.
Р1	-	Двусторонний синовит коленных суставов.
Р0	-	Двусторонний артрит коленных суставов.
В	2	Подтверждение диагноза необходимо провести с помощью
Э	-	Пункции коленного сустава
Р2	-	МРТ
Р1	-	КТ
Р0	-	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
Р2	-	Серозная жидкость, 15-20 мл, без примесей
Р1	-	Серозно-фиброзная жидкость, около 15-20 мл
Р0	-	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
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 может.
B	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
B	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 сдавлением 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
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	-	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.
B	1	Предположительный диагноз
Э	-	Киста Бейкера коленного сустава
P2	-	Бурсит коленного сустава
P1	-	Грыжа коленного сустава
P0	-	Липома коленного сустава
B	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	-	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 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.
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 матрацем
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
В	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»).
B	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
B	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в переднезадней проекции
P2	-	в прямой проекции
P1	-	в прямой и боковой проекциях
P0	-	в боковой 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 данной травме
Э	-	постельный режим на 2-3 недели на жесткой постели со щитом в позе «лягушки» с валиком под коленными суставами
P2	-	постельный режим на 2-3 недели на жесткой постели со щитом
P1	-	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

Н	-	35
Ф	Код функции	Перелом таранной кости
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Мужчина 36 лет спрыгнул 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.
В	1	Предположительный диагноз
Э	-	закрытый перелом шейки таранной кости правой стопы
Р2	-	закрытый перелом таранной кости правой стопы
Р1	-	повреждение капсульно-связочного аппарата правого голеностопного сустава
Р0	-	закрытый перелом пяточной кости правой стопы
В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в боковой и прямой проекциях
Р2	-	в боковой проекции
Р1	-	в прямой проекции
Р0	-	в аксиальной проекции
В	3	Вид обезболивания при оказании первой врачебной 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 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°
B	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
H	-	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.
B	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
B	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в боковой и аксиальной проекциях
P2	-	в боковой проекции

P1	-	в аксиальной проекции
P0	-	в прямой 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 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 косой проекции
P0	-	в аксиальной проекции
В	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
В	4	Способ иммобилизации при оказании первой медицинской 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
Р2	-	4 недели
Р1	-	6-8 недель
Р0	-	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
Р2	-	вальгусное отклонение I пальца левой стопы
Р1	-	левостороннее поперечное плоскостопие
Р0	-	вывих I пальца левой стопы
В	2	Для обследования необходимо произвести рентгенографию
Э	-	в прямой и косой проекциях
Р2	-	в прямой и боковой проекциях
Р1	-	в косой проекции
Р0	-	в аксиальной проекции
В	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	-	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. При осмотре: в зоне лобкового сочленения умеренная припухлость и локальная болезненность, возникающая и при попытке сведения крыльев подвздошных костей; положительный симптом "прилипшей пятки" с обеих сторон.
B	1	Предположительный диагноз:
Э	-	разрыв лонного сочленения.
P2	-	разрыв лонного сочленения

P1	-	разрыв сочленения
P0	-	диафизарный перелом бедра
B	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
B	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
B	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. Подъем 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 системе 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.
В	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.
В	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
В	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
В	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
P2	-	4-5недель

P1	-	4недели
P0	-	2-3 недели
H	-	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
P2	-	закрытый перелом тела грудины.
P1	-	перелом грудины.
P0	-	вывих стернального конца ключицы
В	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
В	3	Объем первой врачебной помощи данному больному
Э	-	введение анальгетиков общего действия, введение кардиотоников, введение дыхательных analeптиков, 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 analeптиков, 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
H	-	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 Верней 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 per rectum без патологии.
B	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.
B	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

В	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
В	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
В	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 кнаружи. 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.
B	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
B	3	Методы лечения данной патологии
Э	-	Скелетное вытяжение системой двух тяг: по оси бедра и за большой вертел или подвертельную область. При безуспешности закрытой репозиции осуществляют открытое вправление центрального вывиха бедра и остеосинтез отломков вертлужной впадины металлическими пластинами. При тяжелых разрушениях вертлужной впадины с повреждениями головки бедренной кости выполняется тотальное эндопротезирование.
P2	-	Скелетное вытяжение системой двух тяг: по оси бедра и за большой вертел или подвертельную область. При безуспешности закрытой репозиции осуществляют открытое вправление центрального вывиха бедра и остеосинтез отломков вертлужной впадины металлическими пластинами.
P1	-	тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.
P0	-	гипсовая иммобилизация
B	4	Общий срок скелетного вытяжения
Э	-	8-10 недель
P2	-	9-10 недель
P1	-	8 недель
P0	-	3недели
B	5	Вид обезболивания при оказании первой медицинской 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.
H	-	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 Мальгены). Травматический шок 2 ст.
P2	-	перелом таза Мальгены.
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 мышелки 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 мышелки 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 мышелки 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	-	внутрибрюшная блокада по Школьникову-Селиванову. Инфузионно-трансфузионная терапия. Иммобилизация (на жесткой постели, скелетное вытяжение, наложение стержневого аппарата).

P2	-	внутрибазовая блокада по Школьникову-Селиванову. Инфузионно-трансфузионная терапия. Имобилизация .
P1	-	внутрибазовая блокада по Школьникову-Селиванову. Инфузионно-трансфузионная терапия.
P0	-	Переливание компонентов крови.
H	-	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 Верней 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.
В	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
В	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.
В	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
В	5	Восстановление трудоспособности при данной патологии
Э	-	4-5 недель

P2	-	4 недели
P1	-	5 недель
P0	-	7 недель
H	-	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 движения 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
В	3	Консервативное лечение деформирующей 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	-	Внутрисуставные инъекции ГКС курсами, НПВС, анальгетики, мази с НПВС местно
В	4	Основа немедикаментозного лечения ДОА – 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.
В	5	Оперативное лечение ДОА
Э	-	Тотальное эндопротезирование
P2	-	Монополярное эндопротезирование
P1	-	Артродезирование тазобедренного сустава
P0	-	Околосуставная остеотомия бедра
Н	-	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 этиопатогенетических 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
H	-	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.
P2	-	Закрытый перелом верхней трети правого бедра без смещения. Повреждение магистрального сосуда.
P1	-	Закрытый чрезвертельный перелом правого бедра со смещением. Травматический шок I степени.
P0	-	Закрытый медиальный перелом справа со смещением.
В	2	Подтверждение диагноза необходимо провести с помощью
Э	-	Рентгенологического исследования
P2	-	Рентгенографии с нагрузочными пробами
P1	-	УЗИ
P0	-	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.
B	4	Гипсовая иммобилизация при консервативном лечении на срок
Э	-	До 24 недель
P2	-	До 15 недель
P1	-	До 12 недель
P0	-	10 недель
B	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.
H	-	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.
B	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.
B	2	Подтверждение диагноза необходимо провести с помощью
Э	-	Рентгенологическое исследование
P2	-	УЗИ
P1	-	МРТ
P0	-	Проведение дополнительных исследований не требуется
B	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.
B	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.
B	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 болен 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. 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.
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.
В	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, аналгетики, 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.
H	-	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 занятий 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 средней трети левой бедренной кости
B	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
B	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 сдавлением 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
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	-	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 мышелки 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.
В	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.
V	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 помощью 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 Хорошо (4) -пяти или шести критериям	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального

Отлично (5)	представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Собеседование

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

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

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование		ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
	Тесты		Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и 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, 23-36	1-3, 11-24, 26	
	10	-	-	-	-	-

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»
Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
Первый уровень (УК-1) - I готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) - I Уметь: применять методы анализа, синтеза У (УК-2) - I Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) - I					
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II Уметь: применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II Знать: теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II					
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками использования современных методик анализа и синтеза Уметь: анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: анализировать характер заболевания, назначать лечение;					
Первый уровень (УК-2) - I готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) - I Уметь: толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) - I Знать: теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) - I					
Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II Уметь: применять методы сплочения коллектива					

	<p>У (УК-5) – II</p> <p>Знать: теоретические основы управления коллективом</p> <p>3 (УК-5) - II</p>					
<p>Третий уровень (УК-2) - III</p> <p>готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>Владеть: навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов.</p> <p>В (УК-5) - III</p> <p>Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки</p> <p>У (УК-5) - III</p> <p>Знать: отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития.</p> <p>3 (УК-5) - III</p>					
<p>Первый уровень (УК-3) - I</p> <p>Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p>Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося</p> <p>В (УК-3) - I</p> <p>Уметь: работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины</p> <p>У(УК-3) - I</p> <p>Знать: теоретико-методологические основы педагогики</p> <p>3 (УК-3) - I</p>					
<p>Второй уровень (УК-3) - II</p> <p>Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p>Владеть: навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО</p> <p>В (УК-3) - II</p> <p>Уметь: осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования;</p> <p>У (УК-3) - II</p> <p>Знать: основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе</p> <p>3 (УК-3) - II</p>					
<p>Третий уровень (УК-3) - III</p> <p>Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p>Владеть: интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе</p> <p>В (УК-3) - III</p> <p>Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки</p> <p>У (УК-3) - III</p> <p>Знать: психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления</p> <p>3(УК-3) - III</p>					
<p>Первый уровень (ПК-9)-I</p> <p>готовность к формированию у</p>	<p>Владеть: санологическим мышлением</p>					

населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Уметь: осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровьесбережения</p> <p>Знать: современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации</p>					
<p>Второй уровень (ПК-9)- II</p> <p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Владеть: навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья</p> <p>Знать: техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>					
<p>Третий уровень (ПК-9) - III</p> <p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Владеть: навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья</p> <p>Знать: особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей</p>					

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
конспект**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>- пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и зна
	7. Оформление в соответствии с требованиями

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
реферат**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

<p>- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
эссе**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти или шести критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
Ситуационная задача**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	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

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень - пяти критериям</p> <p>Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
Доклад**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень	
- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
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

Собеседование

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

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оцен ка ECTS	Бал лы в БРС	Уровень сформирован ности компетентнос ти по дисциплине	О ценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности	A	100 –96	ВЫСОКИЙ (продуктивный)	5 (5 +)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения	B	95– 91		5

<p>темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.</p>				
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.</p>	C	90–81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.</p>	D	80-76		4 (4-)
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.</p>	E	75-71	НИЗКИЙ (ознакомительный)	3 (3+)
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.</p>	E	70-66		3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.</p>	E	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)	9 3 (3-)

<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.</p>	Fx	60-41		2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций. Компетентность отсутствует.</p>	F	40-0	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ	2

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/ итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное/групповое)	Проект	Зачёт
УК-1	+	+		+	+	+
УК-2	+	+		+	+	+
УК-3		+		+	+	+
ПК-9	+	+		+	+	+

12.1. Представление оценочных средств в фонде

Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.

11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика:** учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1)учение о научном методе познания
- 2)совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3)синоним методики
- 4)учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

Установите правильную последовательность

09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

- 1)проверка достижений (текущий контроль)
- 2)выходной контроль
- 3)представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4)четкая формулировка целей
- 5)предварительный тест
- 6)входной контроль

Установите соответствие

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. описательном | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта |

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

- | | |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. проективном | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания |
| 3. рефлексивном | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

Выберите один или несколько правильных ответов

12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1)судьи
- 2)команда утверждения

- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

25. ИССЛЕДОВАНИЕ –ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.
- 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
- 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

- 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом
- 2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.
- 3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.
- 4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

- 1)принципу природосообразности
- 2)принципу культуросообразности
- 3)деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4)принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

- 1)принципу природосообразности
- 2)принципу культуросообразности
- 3)деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4)принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1)методы воспитания
- 2)средства воспитания
- 3)методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОМ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) методикой воспитания
- 2) воспитательной технологией
- 3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

- 1)методы воспитания
- 2)средства воспитания

3)методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний

- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

Дополните высказывание

46. РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ-_____ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ - _____ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - _____

Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПЕДАГОГА НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К _____ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая

- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАННИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ ___ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

Установите соответствие

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1. умения управлять собой | А. владение своим телом |
| | Б. владение эмоциональным состоянием |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские |

- Г. владение техникой контактного взаимодействия
- Д. дидактические
- Е. владение техникой речи

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- | | |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития |
| 2. нормативный | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий |
| 4. системный | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним |
| 5. концептуальный | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. присущие многим сферам человеческой деятельности | А. информационная
Б. конструктивная
В. организаторская
Г. коммуникативная
Д. гностическая
Е. воспитательно-развивающая
Ж. ориентационная |
| 2. специфические педагогические | З. мобилизационная
И. исследовательская |

Дополните высказывание

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - _____
36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ _____
37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ - _____
38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ _____
39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - _____
40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - _____
41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» _____
42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ- _____
43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ _____

ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ -

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - _____

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - _____

Выберите один или несколько правильных ответов

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9
3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ПК-9

5	. Общее представление о процессе общения, его участниках	9	УК-2, УК-3, ПК-
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	9	УК-2, УК-3, ПК-
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	9	УК-2, УК-3, ПК-
8	Конфликты	9	УК-2, УК-3, ПК-
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	9	УК-2, УК-3, ПК-
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	9	УК-2, УК-3, ПК-
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача		УК-2, УК-3, ПК-9
12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	9	УК-2, УК-3, ПК-
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.		УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	9	УК-2, УК-3, ПК-
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	9	УК-2, УК-3, ПК-
16	Подготовка врача-педагога к лекции	9	УК-2, УК-3, ПК-
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	9	УК-2, УК-3, ПК-
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	9	УК-2, УК-3, ПК-
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	9	УК-2, УК-3, ПК-
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	9	УК-2, УК-3, ПК-
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих		ПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих		ПК-9
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих		ПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	9	УК-2, УК-3, ПК-

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Перечень вопросов для устного собеседования

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.

13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
 14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
 15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
 16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
 17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений.
- Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
 19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
 20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
 21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
 22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
 23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
 24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
 25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
 26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
 27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
 28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
 29. Основные группы и схемы применения антидотов.
 30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
 - а. функциональная подсистема РСЧС;**
 - б. территориальная подсистема РСЧС;
 - в. структурное подразделение МЧС;
 - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.

2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
 - а. для оказания первой помощи;
 - б. для оказания первой врачебной помощи;
 - в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
 - г. для оказания специализированной медицинской помощи.

3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. хирургическое отделение;**
 - б. травматологическое отделение;
 - в. неврологическое отделение;
 - г. нейрохирургическое отделение.

4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. бригады доврачебной помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;
 - в. бригады специализированной медицинской помощи;**
 - г. бригады экстренного реагирования.

5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. бригады доврачебной помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;

- в. бригады специализированной медицинской помощи;
- г. бригады экстренного реагирования.**

6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:

- а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;**
- в. бригады специализированной медицинской помощи.

7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:

- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
- б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. областная клиническая больница

8. Основной принцип организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:

- а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
- б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
- в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.

9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

- а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
- б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
- в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных

10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:

- а. двухэтапная система ЛЭО;**
- б. трехэтапная система ЛЭО;
- в. четырехэтапная система ЛЭО;
- г. одноэтапная система ЛЭО.

11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:

- а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
- б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
- в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
- г. все вышеперечисленное верно.

12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопротекторная профилактика столбняка;**
- в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия;**
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;
- в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

- а. повреждение легких;
- б. пневмоторакс;
- в. гемоторакс;
- г. повреждение сердца.**

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавшим направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;
- б. инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адrenomиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

24. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

25. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммунодепрессивное;**
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. уменьшают проницаемость мембран.

26. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. активируют перекисное окисление липидов;**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

27. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммуностимулирующее;
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. повышают проницаемость мембран.**

28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:

- а. через кожу и слизистые оболочки;
- б. ингаляционно;
- в. через желудочно-кишечный тракт;
- г. при любом пути поступления.**

29. Реактиватором холинэстеразы является:

- а. атропин;
- б. метацин;
- в. унитиол;
- г. дипириксим.**

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

- 1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
- 3. тяжелой;
- 4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;
- б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;
- в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**
- г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

- а. 1 рад;
- б. 25 рад;
- в. 100 рад;**
- г. 50 рад.

34. К плотниоизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

- а. > 10 МэВ/мкм;
- б. < 10 кэВ/мкм;
- в. < 10 МэВ/мкм;
- г. > 10 кэВ/мкм.

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

- а. **болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**
- б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;
- в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;
- г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

- а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;
- б. **физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**
- в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;
- г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. **короткий abortивный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

- а. **10 Гр и выше;**
- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. **свыше 80 Гр.**

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. **гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологическими нарушениями.

Банк ситуационных клинических задач

Задача №1. Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №2. Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуетесь на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №3. В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 4. Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3x2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 5. Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 6. Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 7. Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 8. Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 9. Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии.

Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 10. ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

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

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

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

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	12	1-11,16,17	1-10	1-11