|  |  |
| --- | --- |
|  | Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  высшего образования  «СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  Министерства здравоохранения Российской Федерации |

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮ  Декан лечебного факультета  к.м.н., доцент Маркова О.В.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016 г. |

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

По дисциплине **«ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ»**

По направлению подготовки **31.05.01 – Лечебное дело**

Курс – **5**, **6**

Семестр – **10,** **11**

Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен) – **Экзамен**

Кафедра – **Травматологии, ортопедии и военной хирургии**

Трудоемкость дисциплины – **216 (час.) / 6 (зач. ед.)**

Утверждено на заседании

кафедры:

Протокол № 1

«30» августа 2016 г.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент Матвеев Р.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Автор-составитель:** д.м.н., доцент Матвеев Р.П., зав. кафедрой

к.м.н., Брагина С.В., доцент кафедры

Архангельск, 2016

**1. Цель и задачи освоения дисциплины**

**Целью** изучения травматологии и ортопедии студентами V и VI курса лечебного факультета является подготовка врача широкого профиля, способного обладать компетенциями (врача лечебника), ориентироваться в вопросах повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата и оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях в экстренных случаях на этапах медицинской эвакуации, а также в очагах массового поражения.

**Задачи изучения дисциплины**:

- обучение вопросам организации травматологической и ортопедической помощи;

- усвоение первой врачебной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;

- обучение медицинской помощи населению в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения;

- изучение вопросов профилактики травматизма и орто­педических заболеваний, реабилитации пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата (ОДА);

- изучение вопросов этиологии, патогенеза поврежде­ний и заболеваний ОДА;

- изучение методики обследования, диагностики повреждений и за­болеваний ОДА;

- обучение приемам и методам оказания медицинской помощи и лече­ния пострадавших при различных повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата в объёме первой врачебной помощи с использованием терапевтических и хирургических методов;

- отработка практических учений и навыков, позволяющих будущему врачу быстро разобраться в ургентной ситуации, наметить план экстренных и неотложных лечебных и диагностических мероприятий;

- обучение приемам и методам оказания помощи пострадавшим в объеме первой врачебной помощи при экстремальных ситуациях.

- отработка практических навыков по оказанию экстренной и неотложной помощи при различных видах ранений и закрытых повреждений ОДА;

- проведение медицинской эвакуации в условиях чрезвычайной ситуации и оказание медицинской помощи населению в экстремальных условиях, в очагах массового поражения;

- формирование у студентов высокого морального уровня милосердия к пострадавшему.

**2. Место дисциплины в структуре ООП**

Программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО базовая часть (блок 1, базовая часть – «Дисциплины Травматология, ортопедия»; вариативная часть) по направлению подготовки *31.05.01, лечебное дело (врач общей практики).*

Цикл (раздел) ООП, к которому относится данная дисциплина –*медицинский, профессиональный.*

Дисциплины, на знаниях которых базируется освоение данной дисциплины: нормальная анатомия и патологическая анатомия человека, нормальная и патологическая физиология, микробиология и иммунология, фармакология, оперативная хирургия и топографическая анатомия, общая хирургия, неврология, анестезиология и реаниматология, лучевая диагностика, общественное здоровье и организация здравоохранения.

**3. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине Травматология, ортопедия, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Коды формиру- емых компетен-ций** | **Компетенции** | | |
| **Знать** | **Уметь** | **Владеть** |
| ОК-№ | **Общекультурные компетенции** | | |
| ОПК-№ | **Общепрофессиональные компетенции** | | |
| ПК - № **Профессиональные компетенции** | | | |
| ПК - 5 | алгоритм и правила проведения физикального осмотра, клинического и лабораторного обследования | - анализировать результаты современных лабораторно- инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала.  - написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного. | - методами проведения и интерпретации опроса, физикального осмотра, клинического обследования, навыками оценки результатов современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного операционного и секционного материала  -заполнением карты амбулаторного и стационарного больного. |
| ПК - 6 | **с**труктуру МКБ-10, цели и задачи, решаемые при ее использовании | выделить основные  патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы, требующие использования МКБ-10 | методикой использования МКБ-10 при заполнении медицинской документации |
| ПК - 8 | этиологию, патогенез, клинические синдромы, принципы диагностики, лечения, реабилитации пациентов при различных нозологических формах поврежде6ний и заболеваний | выявлять и анализировать клинические симптомы, синдромы;  - провести диагностику, назначить лечение и реабилитацию | методами клинической диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний и повреждений при различных нозологических формах, оценить прогноз. |
| ПК - 9 | основные патологические симптомы, синдромы в хирургии и травматологии;  - алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - план обследования,  основные симптомы заболеваний  внутренних органов;  - клинические  проявления основных  хирургических синдромов;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;  - правила заполнения типовой медицинской документации;  - правила оформления документов временной нетрудоспособности. | провести обследование  больного;  - оценить полученные данные;  - сформулировать синдромальный и клинический  диагноз и наметить план  дополнительных методов  исследования и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.;  - заполнить историю болезни; амбулаторную карту, оценить результаты  обследований пациента | методами общеклинического  обследования (расспрос, осмотр,  пальпация, перкуссия,  аускультация, определение свойств артериального пульса, измерение артериального давления);  - агоритмом развернутого клинического  диагноза;  - алгоритмом постановки предварительного диагноза с  последующим направлением к  соответствующему  врачу-специалисту.  **-** методами клинической диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний при различных нозологических формах, оценить прогноз. |
| ПК - 10 | принципы клинического  обследования хирургического и терапевтического  больного;  - диагностику неотложных, острых состояний;  - оценить данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - основные патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  -оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных  острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний,  не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной  медицинской помощи; | определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников;  - провести физикальное обследование пациента (осмотр,  пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.);  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях, с гнойно-септическими состояниями, выявлять жизнеонасные нарушения при  кровотечениях;  - проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания. | методами:объективного обследования больного, выявления патологических симптомов и синдромов;  - оценивать данные лабораторных, биохимических методов исследования и результаты инструментальных, рентгенологических исследований;  - алгоритмом развернутого  клинического диагноза;  - алгоритмом постановки  предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;  - методами проведения неотложных мероприятий,  медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента;  - показания для плановой госпитализации больных; |
| ПК - 11 | основные принципы оказание  медицинской помощи при  неотложных состояниях;  - оказание скорой медицинской помощи при состояниях, требующих  срочного медицинского вмешательства;  оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;  - особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время;  - алгоритм выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях. | использовать медицинское оборудование при оказании первой помощи, оказать неотложную помощь в экстренных случаях, осуществлять противошоковые мероприятия;  - выявлять жизнеопасные нарушения при кровотечениях,  наложить жгуты, транспортные шины, бинтовые и косыночные повязки, ввести медикаменты через дренажи и микроирригаторы;  - оценить пригодность крови и ее препаратов к трансфузии, проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания;  - разработать план терапевтических  (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;  - оказать неотложную первую врачебную помощь в экстренных случаях. | основными врачебными  диагностическими и лечебными  мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и  угрожающих жизни состояниях (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), владеть методиками их немедленного устранения;  - составлением плана лечебных мероприятий**,** техникой проведения процедур и манипуляций при неотложных состояниях;  - алгоритмом  выполнения основных  диагностических и лечебных  мероприятий по оказанию пергой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;  - методами временной остановки  наружных кровотечений;  - методикой  сказания первой медицинской  помощи при травках (транспортная иммобилизация, наложение повязок на рану, обезболивание). |

**4. Объем дисциплины и виды учебной работы:**

Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 зачетных единиц.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вид учебной работы** | **Всего часов** | **Семестр** | |
| **10** | **11** |
| **Аудиторные занятия (всего)** | 119 | 47 | 72 |
| В том числе: |  |  |  |
| Лекции (Л) | 34 | 12 | 22 |
| Клинические практические занятия (КПЗ) | 85 | 35 | 50 |
| **Самостоятельная работа (всего)** | 61 | 25 | 36 |
| **Экзамен** | 36 | - | 36 |
| **Общая трудоемкость (час.)** | 216 | 72 | 144 |

**5. Содержание дисциплины:**

5.1. Содержание разделов дисциплины

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование раздела дисциплины** | **Содержание раздела** |
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Общие вопросы травматологии и ортопедии |  |
|  |  | Становление, развитие и достижения современной травматологии и ортопедии. |
| Переломы костей. Классификация, клиника, диагностика. |
| Регенерация костной ткани. Осложнения консолидации переломов костей. |
| Основные принципы лечения переломов костей. Реабилитация травматологических и ортопедических больных. |
| Рентгенологическая диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата |
| Методы обследования в травматологии и ортопедии. Знакомство с клиникой. Курация пациентов. Обход травматолого-ортопедического отделения. |
| Гипсовая повязка и техника наложения. Скелетное вытяжение. Рентгенологическое обследование в травматологии и ортопедии. |
| Транспортная иммобилизация. Закрытые повреждения мягких тканей. |
| 2 | Переломы и повреждения конечностей |  |
|  |  | Травматические вывихи в суставах конечностей. |
| Хронический остеомиелит. Современное хирургическое лечение. |
| Переломы и вывихи костей плечевого пояса и плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. |
| Переломы и вывихи костей предплечья и кисти.  Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. |
| Переломы и вывихи бед­ра. Повреждения коленного сустава (связки, мениски). Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. |
| Переломы и вывихи костей голени и стопы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. |
| Амбулаторный прием в травма­тологическом пункте. |
| 3 | Переломы и повреждения позвоночника и таза |  |
|  |  | Повреждения позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. |
| Повреждения таза. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. |
| 4 | Политравма |  |
|  |  | Множественные и сочетанные повреждения. Травматическая болезнь. |
| Травматический шок. Синдром длительного сдавления. Объем помощи на этапах медицинской эвакуации. |
| Открытые и огнестрельные переломы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. |
| 5 | Термические поражения |  |
|  |  | Термические поражения. Ожоговая болезнь. Ожоги и отморожения. Общее охлаждение. Электротравма. |
| 6 | Ортопедические заболевания |  |
|  |  | Системные заболевания опорно-двигательной системы. |
| Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника и суставов. |
| Деформирующий артроз. |
| Остеохондропатии. Опухоли костей. |
| Остеопороз и остеопения в травматологии и ортопедии. |
| Ампутации и экзартикуляции. Протезирование и ортезирование при патологии опорно-двигательного аппарата. |
| Сколиотическая болезнь. |
| Эндопротезирование суставов. Показания и противопоказания. Виды эндопротезов. Осложнения. |
| Ортопедические статические заболевания стоп. Врожденная кривошея |
| Врожденный вывих бедра. Врожденная косолапость. Клиника. Диагностика. Лечение. |

5.2. Разделы дисциплин и виды занятий

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование раздела дисциплины** | **Л** | **КПЗ** | **СРС** | **Всего часов** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Общие вопросы травматологии и ортопедии | 10 | 15 | 12 | 37 |
| 2 | Переломы и повреждения конечностей | 4 | 25 | 15 | 44 |
| 3 | Переломы и повреждения позвоночника и таза | - | 10 | 5 | 15 |
| 4 | Политравма | 4 | 10 | 7 | 21 |
| 5 | Термические поражения. | 2 | 5 | 4 | 11 |
| 6 | Ортопедические заболевания | 14 | 20 | 18 | 52 |
| Итого | | 34 | 85 | 61 | 180 |

**6. Интерактивные формы проведения занятий**

*В соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки реализация компетентностного подхода должна предусматривать широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (компьютерных симуляций, деловых и ролевых игр, разбор конкретных ситуаций, психологические и иные тренинги). В рамках учебных курсов должны быть предусмотрены встречи с представителями российских и зарубежных компаний, государственных и общественных организаций, мастер-классы экспертов и специалистов.*

*Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, определяется главной целью (миссией) программы, особенностью контингента обучающихся и содержанием конкретных дисциплин, и в целом в учебном процессе они должны составлять определенный процент аудиторных занятий (определяется требованиями ФГОС с учетом специфики ОП).*

Использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий: индивидуализация и гибкость, элективность через внеаудиторную самостоятельную работу, компьютерные симуляции, деловые и ролевые игры, мозговой штурм, дискуссия, кейс-метод (разбор ситуаций), имитации (разыгрывание ролей, игровое проектирование – конструирование, разработка методических или технологических решений), работа в малых группах, разбор конкретных ситуаций, психологические и иные тренинги, творческие задания, ситуационные задачи с эталонами ответов, мультимедийное обучение.

В процессе преподавания дисциплины применяются методы, основанные на современных достижениях науки и информационных технологий в образовании. Они направлены на повышение качества подготовки специалистов путем развития у студентов творческих способностей и самостоятельности. С этой целью применяются:

* интерактивные формы ведения семинаров и клинических разборов
* тренинговые формы проведения практических занятий
* лекции по телемедицине (или на СД дисках) ведущих специалистов страны.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование раздела дисциплины** | **Интерактивные формы проведения занятий** | **Длитель-ность (час.)** |
| 1 | Общие вопросы травматологии и ортопедии | Деловые и ролевые игры, разбор конкретных ситуаций, психологические и иные тренинги, ситуационные задачи с эталонами ответов. Метод малых групп. Дискуссия по теме занятия. Разбор конкретных клинических ситуаций. | 2 |
| 2 | Переломы и повреждения конечностей | Деловые и ролевые игры, разбор конкретных ситуаций, психологические и иные тренинги, ситуационные задачи с эталонами ответов. Метод малых групп. Дискуссия по теме занятия. Разбор конкретных клинических ситуаций. | 2 |
| 3 | Переломы и повреждения позвоночника и таза | Деловые и ролевые игры, разбор конкретных ситуаций, психологические и иные тренинги, ситуационные задачи с эталонами ответов. Метод малых групп. Дискуссия по теме занятия. Разбор конкретных клинических ситуаций. | 3 |
| 4 | Политравма | Деловые и ролевые игры, разбор конкретных ситуаций, психологические и иные тренинги, ситуационные задачи с эталонами ответов. Метод малых групп. Дискуссия по теме занятия. Разбор конкретных клинических ситуаций. | 4 |
| 5 | Термические поражения. Раны и раневая инфекция | Деловые и ролевые игры, разбор конкретных ситуаций, психологические и иные тренинги, ситуационные задачи с эталонами ответов. Метод малых групп. Дискуссия по теме занятия. Разбор конкретных клинических ситуаций. | 1 |
| 6 | Ортопедические заболевания | Деловые и ролевые игры, разбор конкретных ситуаций, психологические и иные тренинги, ситуационные задачи с эталонами ответов. Метод малых групп. Дискуссия по теме занятия. Разбор конкретных клинических ситуаций. | 2 |
| Итого (час.) | | | 12 |
| Итого (% от аудиторных занятий) | | | 10% |

**7. Внеаудиторная самостоятельная работа студентов**

Перечень вопросов и тем, предназначенных для самостоятельного изучения студентами, указаны в разделе методические рекомендации для преподавателей по дисциплине травматология и ортопедия, подпункт «Организация и контроль самостоятельной работы обучающихся».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование раздела дисциплины** | **Виды самостоятельной работы** | **Формы контроля** |
| 1 | Общие вопросы травматологии и ортопедии | Изучение учебного материала по основной и дополнительной литературе, лекционному материалу. Написание учебной истории болезни. Подготовка списка терминологии (глоссарий), рефератов и докладов с презентациями на темы- Ложный сустав. Современные технологии иммобилизации сегментов конечности. Количественные показатели рентгенанатомических взаимоотношений в тазобедренном суставе. Травматический бурсит, клиника, диагностика, лечение.  Оказание помощи пострадавшим с открытыми повреждениями сухожилий кисти на этапах первой медицинской, доврачебной и врачебной помощи. Профилактика столбняка. Профилактика бешенства и клещевого энцефалита. | Защита учебной истории болезни. Проверка рефератов, докладов и презентаций. Заслушивание и обсуждение в группе. |
| 2 | Переломы и повреждения конечностей | Подготовка рефератов и докладов с презентациями на темы: Интрамедуллярный металлоостеосинтез с блокированием.  Оперативное лечение переломов лопатки. Оперативные методы лечения привычного вывиха плеча.  Переломовывих Беннета.  2. Туннельные синдромы при повреждениях предплечья в нижней трети. Медиальный перелом шейки бедра у пожилых пациентов.  2 Повреждения менисков коленного сустава. Перелом таранной кости.  2 Вывихи в суставах стопы. | Проверка рефератов, докладов и презентаций. Заслушивание и обсуждение в группе. |
| 3 | Переломы и повреждения позвоночника и таза | Подготовка рефератов и докладов с презентациями на темы: Переломы вертлужной впадины таза. Переломовывихи шейного отдела позвоночника.  Внеочаговый остеосинтез переломов костей таза | Проверка рефератов, докладов и презентаций. Заслушивание и обсуждение в группе. |
| 4 | Политравма | Подготовка рефератов, докладов с презентациями на темы: Объективная оценка тяжести повреждений при политравме. Оперативные методы лечения синдрома длительного сдавления. Первичная хирургическая обработка при огнестрельной травме ОДА. Металлоостеосинтез при огнестрельных переломах. | Проверка рефератов, доклада и презентаций. Заслушивание и обсуждение в группе. |
| 5 | Термические поражения. Раны и раневая инфекция | Подготовка докладов с презентациями на темы: Электротравма, клиника, диагностика, лечение. Консервативное лечение ожоговых ран. Некролитические препараты в лечение ожоговых ран. | Проверка рефератов, докладов и презентации. Заслушивание и обсуждение в группе. |
| 6 | Ортопедические заболевания | Подготовка рефератов и докладов с презентациями по темам: Плечелопаточный периартрит. Артроскопические методы лечения деформирующего артроза.  Медикаментозная терапия остеоартроза. Болезнь Кенига, оперативное лечение. Органосохраняющие операции при опухолях костей: показания, противопоказания, техника.  Оперативное лечение вальгусного отклонения большого пальца стопы. Ортопедические стельки: классификация, строение, показания.  Лечение врожденной косолапости. Метод Понсети. Функциональное консервативное лечение врожденного вывиха бедра. | Проверка рефератов, докладов и презентаций. Заслушивание и обсуждение в группе. |

**8. Формы контроля**

8.1. Формы текущего контроля

- устные: устный опрос по теме занятия, собеседование, оценка доклада, защита истории болезни, клинический разбор больного, разбор мультимедийных презентаций и слайд-шоу, отчет о дежурстве в городском травматологическом пункте;

- письменные: аттестационный тестовый контроль на бумажном носителе, рефератов, конспектов, написание рефератов по темам пропущенных практических занятий, решений клинических ситуационных задач, проверка учебной историй болезни.

*Перечень тем рефератов, докладов, эссе, контрольных и курсовых работ, сборники тестов и ситуационных задач приводятся в приложении №4 к рабочей учебной программе «Фонд оценочных средств».*

8.2. Формы промежуточной аттестации: промежуточный зачет с оценкой «зачтено» по дисциплине, переходящей на следующий семестр, по окончании лекционного и практического циклов данного семестра. По завершении учебного процесса по дисциплине – экзамен.

1. защита учебной истории болезни;

2. тестовый контроль;

3. собеседование;

4. экзамен.

Этапы проведения экзамена:

1. Этап – контроль знаний – тестирование;

2.Этап – демонстрация практических навыков у постели больного (сбор анамнеза, объективное обследование, постановка диагноза, дифференциальная диагностика, составление плана обследования, лечения и наблюдения);

3. Этап – собеседование по билету и решение ситуационной задачи.

Вопросы к зачету и экзамену приводятся в приложении №4 к рабочей учебной программе «Фонд оценочных средств».

**9.** **Учебно-методическое обеспечение дисциплины**

**9.1. Основная литература.**

*В список основной литературы (не более 5 наименований) следует включать базовые издания: учебники, учебные пособия и тексты лекций, имеющиеся в библиотеке СГМУ в достаточном для обеспечения учебного процесса количестве экземпляров в соответствии с нормативами обеспеченности (по ФГОС).*

*Основная литература для дисциплин базовой части гуманитарного, социального и экономического цикла должна быть издана за последние 5 лет, для дисциплин остальных циклов - за последние 10 лет.*

1. Антипенко В.С. Военно-полевая хирургия [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов / [В. С. Антипенко и др.]; под ред. Е. К. Гуманенко, 2008. - 763 c.
2. Быков И.Ю. Военно-полевая хирургия: нац. рук. / Ассоц. мед. обществ по качеству, Гл. воен.-мед. упр. М-ва Обороны Рос. Федерации; под ред. И. Ю. Быкова, Н. А. Ефименко, Е. К. Гуманенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 815 с.
3. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
4. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
5. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**9.2. Дополнительная литература.**

*В список дополнительной литературы (не более 10 наименований) включается прочая учебная, справочная и научная литература для углубленного изучения курса.*

*Список литературы может также включать дополнительно рекомендуемую литературу для углубленного изучения и самостоятельного поиска в городских библиотеках, а также для приобретения в личную библиотеку:*

*- справочно-информационные издания (словари, справочники, энциклопедии, библиографические сборники и т.д.);*

*- официальная литература (сборники нормативно-правовых документов, законодательных актов и кодексов);*

*- первоисточники (исторические документы и тексты, литература на иностранных языках);*

*- научная и научно-популярная литература (монографии, статьи, диссертации, научно - реферативные журналы, сборники научных трудов, ежегодники и т.д.);*

*- периодические издания (профессиональные газеты и журналы); и т.д.*

*В список литературы не следует включать материалы, не опубликованные в широкой печати, а также труднодоступные и устаревшие издания. Перечень литературы составляется в алфавитном порядке фамилий первых авторов, со сквозной нумерацией. Указываются также: название, вид учебной литературы, наименование издательства, год издания.*

1. Агаджанян В. В. Политравма. Неотложная помощь и транспортировка : [моногр.] / И. М. Устьянцева [и др.]; под ред. В. В. Агаджаняна. - Новосибирск : Наука, 2008. - 318,с : ил., цв.ил.
2. Бельских А.Н. Указание по военно-полевой хирургии. Гл. воен.-мед. упр. Министерства Обороны Рос. Федерации // под ред. А.Н.Бельских, И.М.Самохвалова – Москва, 2013 – 474 с.
3. Гуманенко Е.К. Военно-полевая хирургия : практикум: учеб. пособие для студентов мед. вузов / под ред. Е. К. Гуманенко. - 2-е, измен. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 391 с. - Библиогр. в конце глав. - Библиогр.: с. 378.
4. Кавалерский Г.М. Хирургия катастроф [Текст] : учеб. для студентов вузов, обучающихся по мед. направлениям и специальностям / под ред. Г. М. Кавалерского, А. В. Гаркави, Л. Л. Силина, 2008. – 349с.
5. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
6. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
7. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
8. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
9. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.
10. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 512 с.

9.2.1. **Периодические издания (журналы):**

1. Травматология и ортопедия России
2. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова
3. Гений ортопедии

**9.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной среды «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

1. Военно-полевая хирургия **:** рук. к практ. занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие/ ред. М. В. Лысенко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 576 с.: ил. Режим доступа: *www.studmedlib.ru*
2. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] : учебник с компакт-диском/ Г.П. Котельников, С.П. Миронов, В.Ф. Мирошниченко. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с. Режим доступа: www.studmedlib.ru
3. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] : учебник с компакт-диском/ Г.П. Котельников, С.П. Миронов, В.Ф. Мирошниченко. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с. Режим доступа: [*http://www.studmedlib.ru/cgi-bin/mb4*](http://www.studmedlib.ru/cgi-bin/mb4)
4. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс]: учебник / [Н. В. Корнилов]; под ред. Н. В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 585с.: - ил. - Режим доступа: [*http://www.studmedlib.ru/cgi-bin/mb4*](http://www.studmedlib.ru/cgi-bin/mb4)
5. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика [Электронный ресурс] : Руководство/ Н. В. Загородний . -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -704 с.: ил. Режим доступа: *http://www.studmedlib.ru*
6. Стандарты медицинской помощи: <http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db>1
7. Протоколы ведения пациентов: <http://www.rspor.ru/index.php?mod1=protocols3&mod2=db>1
8. Государственный реестр лекарственных средств: <http://www.drugreg.ru/Bases/WebReestrQuery.asp>

**9.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем**

*- специализированные программы, видеофильмы, аудиозаписи, цифровые коллекции, цифровые библиотеки и т.п.,*

*- программное обеспечение: сертифицированные, лицензионные программы общего и образовательного назначения, информационные справочные системы – Гарант, Консультант и т.п.*

**Электронно-библиотечные системы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование ЭБС** | **Адрес сайта** |
| 1 | Консультант врача. Электронная медицинская библиотека | http://www.rosmedlib.ru/ |
| 2 | Электронно-библиотечная система «Консультант студента», комплект «Здравоохранение» СПО ООО ИПУЗ; гос. Контракт №/216/КС05 2014 от 24.06. 2014. 01.09.2014-31.08.2015. | <http://www.studmedlib.ru/> |
| 3 | Электронно-библиотечная система IPRbooks | http://www.iprbookshop.ru/ |
| 4 | Система «Консультант студента» комплект «Здравоохранение» СПО; ООО ИПУЗ; гос. Контракт №/216/КС05 2014 от 24.06. 2014. 01.09.2014-31.08.2015. | <http://www.studmedlib.ru/> |

**Электронные версии периодических изданий**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Научная электронная библиотека eLibrary.ru | <http://www.elibrary.ru/defaultx.asp> |
|  | * «Consilium medicum» * «Русский медицинский журнал» - [http://www.rmj.ru](http://www.rmj.ru/) * «Трудный пациент» - [http://www.t-pacient.ru](http://www.t-pacient.ru/) * *www.ilizarov.ru* * *www.cito.ru* * *www.ortopediya.org* * [*www.nocto.sgmu.ru*](http://www.nocto.sgmu.ru) |  |

**Справочная правовая система**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Справочная правовая система «Консультант Плюс» | В локальной сети университета, в зале электронной информации библиотеки |

**Международные базы данных**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | База данных «Scopus» | http://www.scopus.com/ |
| 2 | Электронный архив журналов издательства SAGE PUBLICATIONS | [www.sagepub.com](http://www.sagepub.com) |
| 3 | Электронный архив журналов издательства IOP Publishing | <http://iopscience.iop.org/jornals?type=archive> |
| 4 | Электронный архив журналов издательства OXFORD UNIVERSITY PRESS | www.oxfordjournals.org/ |
| 5 | Электронный архив журнала SCIENCE издательства AAAS | www.sciencemag.org. |
| 6 | Электронный архив журналов издательства ROYAL SOCIETY OF CHEMISTRY | www.rsc.org/ |
| 7 | Открытый архив университета в международном директории | http:/оа./lib.nsmu.ru/ |

**Электронная библиотека университета**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Специализированный сайт научной библиотеки:(электронный каталог научной библиотеки) | http://lib.nsmu.ru/lib/ |

**10. Материально-техническое обеспечение дисциплины**

*Приводится перечень:*

*- оборудованных аудиторий (указывается используемое оборудование);*

*- аудиовизуальных, технических и компьютерных средств обучения (указываются используемые средства);*

*- наглядных пособий (указываются конкретные наглядные пособия);*

*- другое используемое оборудование.*

Учебный процесс по травматологии, ортопедии проводится на 4-х базовых лечебно-профилактических учреждениях МЗ Архангельской области кафедры травматологии, ортопедии и военной хирургии Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск) – 5 учебных комнат: ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» (3), ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощиимени Е.Е.Волосевич», ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 7», травматолого - ортопедическое отделение ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 1». Используются операционные, перевязочные, гипсовые комнаты, лекционный зал областной больницы, где читаются лекции и проводятся еженедельные травматологические конференции с демонстрацией и разбором травматолого-ортопедических пациентов.

Имеются: расписание занятий по всем темам, вопросы по программе дисциплины, план дополнительных занятий. В наличии наборы рентгенограмм, металлоконструкций, используемые в операционных, наборы шин, скелеты, стенды, аппараты внешней фиксации. По всем темам подготовлены презентации, используется мультимедийная приставка.

**В процессе преподавания дисциплины используются следующие средства обучения**:

1. Материально-техническое обеспечение:

* Учеб­ные ком­на­ты для преподавания, специально оборудованные для мультимедийного сопровождения лекций и семинарских занятий.
* Кон­фе­ренц-зал, оборудованный стационарным мультимедийным проектором, использу­ет­ся для про­ве­де­ния конференций, за­ня­тий, чтения лек­ций.
* Стен­ды по травматологии, ортопедии.
* Переносной мультимедийный проектор (2 шт.).
* Компьютер (1)
* Ноутбук (3 шт.).
* Слайдовый проектор (2).
* Па­ла­ты, гипсовые кабинеты и пе­ре­вя­зоч­ные в от­де­ле­ни­ях.
* Операционные, кабинеты диагностических отделений клинических баз.
* Инструментарий клинических баз.
* Схемы и скелет человека (3).
* Наборы хирургических операционных инструментов, металлоконструкций.
* Аппараты внешней фиксации, шины Бёлера, детали устройств скелетного вытяжения.
* Наборы шин, гипсовых бинтов, перевязочного материала, жгутов, кровезаменителей.
* Эндовидеохирургическая аппаратура и инструментарий.
* Оборудование операционных, приемного, лечебных и диагностических отделений АОКБ, ГБУЗ «ГКБ № 1», ГБУЗ «АОКДБ».
* Оборудование операционных, приемных, лечебных и диагностических отделений клинических баз.

1. Визуальные:
   * Истории болезни стационарных пациентов и выписки из них.
   * Амбулаторные карты пациентов.
   * Электрокардиограммы пациентов и наборы ЭКГ.
   * Наборы бланков с результатами ультразвуковых, рентгенологических, эндоскопических и других видов исследований, используемых для диагностики заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата.
   * Наборы ситуационных задач для разборов клинических случаев.
   * Схемы и таблицы на бумажных носителях по некоторым разделам дисциплины.
   * Наборы тестов для контроля уровня знаний.
   * Рентгенограммы.
   * Мультимедийные лекции «Power Point 2007». Слай­ды.
2. Аудиовизуальные (фрагменты видеофильмов).
3. Учебные фильмы по технике оперативных вмешательств в цифровом формате «AVI».
4. Учебные видеоролики, также эндоскопических картин заболеваний и манипуляций с помощью эндоскопической техники.
5. Учебные рентгенограммы в цифровом формате «Jpeg».
6. Фотоматериалы в цифровом формате «Jpeg».
7. Бумажные (учебники, монографии, медицинские журналы, методические пособия).
8. Электронные (компьютерные программы, диски с основными положениями по различным проблемам дисциплины, ординаторет-сайты).

Материально-техническое обеспечение кафедры травматологии, ортопедии и военной хирургии на 16.11.2015

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование объекта (предмета)** | **Инвентарный номер** | **Единицы измерения** | **Стоимость за 1 шт.(руб)** | **Всего**  **(руб)** |
| Принтер Canon Laser 2 BP - 2900 | М 008067688 | 1 шт. | 3370,0 | 3370,0 |
| Проектор BenQ MP 611C | M 008067346 | 1 шт. | 21258,0 | 21258,0 |
| Мультимедийный проектор BenQ МР 624 | М 008067450 | 1 шт. | 24905,0 | 24905,0 |
| Ноутбук Aser Extensa 5620 | M 008067545 | 1 шт. | 22383,92 | 22383,92 |
| Ноутбук Aser Extensa 5620 | М 008067547 | 1 шт. | 22383,92 | 22383,92 |
| Ноутбук HP Compaq 615 RM-76 | M 008067636 | 1 шт. | 24636,0 | 24636,0 |
| Системный блок «Universal» | М 008068613 | 1 шт. | 9293,0 | 9293,0 |
| Экран настенный Screen Media Economy | M 008068396 | 1 шт. | 2464,0 | 2464,0 |
| Экран настенный Sopar WS 1,25x1,25 | M 008069639 | 1 шт. | 2568,0 | 2568,0 |
| Экран настенный Sopar WS 1,25x1,25 | M 008069640 | 1 шт. | 2568,0 | 2568,0 |
| Экран настенный Sopar WS 1,25x1,25 | M 008069641 | 1 шт. | 2568,0 | 2568,0 |
| Монитор TFT 19 AOC 919 Va2 | M 008068474 | 1 шт. | 6126,0 | 6126,0 |
| 36-модем М 21-1 | 9210892625 | 1 шт. | 1700,0 | 1700,0 |
| 36-модем М 21-1 | 9210891093 | 1 шт. | 1700,0 | 1700,0 |
| 36-модем М 21-1 | 9210892127 | 1 шт. | 1700,0 | 1700,0 |
| Скелет «Lеo» на пяти-рожковой стойке | М 008068432 | 1 шт. | 32306,0 | 32306,0 |
| Скелет «Стен» на четырех-рожковой стойке | М 008068433 | 1 шт. | 13737,0 | 13737,0 |
| Скелет «Стен» на четырех-рожковой стойке | М 008068434 | 1 шт. | 13737,0 | 13737,0 |
| Светильник «Дельта» на струбцине, черный | М 008067510 | 1 шт. | 608,82 | 608,82 |
| Доска одноэлементная ДК 03, зеленая | М 008068011 | 2 шт. | 2060,0 | 4120,0 |
| Доска одноэлементная для мела ДК-123 | М 008069636 | 1 шт. | 2545,0 | 2545,0 |
| Стенд информационный 1,3х1,5 для каф.травматологии и ортопедии | М 008072634 | 1 шт. | 998,95 | 998,95 |
| Антресоль | М 008072850 | 1 шт. | 2700,0 | 2700,0 |
| Шкаф комбинированный без стекла | М 008071637 | 1 шт. | 4900,0 | 4900,0 |
| Шкаф-купе | М 008071439 | 1 шт. | 10000,0 | 10000,0 |
| Шкаф для одежды | М 008071638 | 1 шт. | 4575,0 | 4575,0 |
| Шкаф | М 008071711 | 1 шт. | 5350,0 | 5350,0 |
| Шкаф для документов | М 008068819 | 1 шт. | 3800,0 | 3800,0 |
| Тумба мобильная | М 008072384 | 3 шт. | 2100,0 | 6300,0 |
| Стол преподавателя | М 008072818 | 3 шт. | 2300,0 | 6900,0 |
| Стол однотумбовый с подвесной тумбой с ящиками | М 008071664 | 1 шт. | 3200,0 | 3200,0 |
| Стол однотумбовый с подвесной тумбой с ящиками | М 008071665 | 1 шт. | 3200,0 | 3200,0 |
| Стол аудиторный 1200х500х750 | М 008069009 | 17 шт. | 1000,0 | 17000,0 |
| Стол компьютерный 900х650х750 | М 008069012 | 1 шт. | 1800,0 | 1800,0 |
| Стул жесткое сидение 1149 | М 008067358 | 24 шт. | 537,82 | 12970,56 |
| Стул СМ-7 | М 008068992 | 20 шт. | 429,0 | 8580,0 |
| Сейф | М 008064855 | 1 шт. | 18,0 | 18,0 |
| Негатоскоп на 3 снимка общего пользования «НР3-02» | М 008071593 | 1 шт. | 15000,0 | 15000,0 |
| Негатоскоп на 3 снимка общего пользования «НР3-02» | М 008071594 | 1 шт. | 15000,0 | 15000,0 |
| Негатоскоп на 3 снимка общего пользования «НР3-02» | М 008071595 | 1 шт. | 15000,0 | 15000,0 |
| Негатоскоп на 3 снимка общего пользования «НР3-02» | М 008071596 | 1 шт. | 15000,0 | 15000,0 |
| ИТОГО |  |  |  | 368 970,17 |

**11. Оценка студентами содержания и качества учебного процесса по дисциплине**

**Примерная анкета-отзыв на дисциплину «Травматология, ортопедия»** (анонимная)

Просим Вас заполнить анкету-отзыв по прочитанной дисциплине **«Травматология, ортопедия»**. Обобщенные данные анкет будут использованы для ее совершенствования. По каждому вопросу поставьте соответствующие оценки по шкале от 1 до 10 баллов (обведите выбранный Вами балл). В случае необходимости впишите свои комментарии.

*1. Насколько Вы удовлетворены содержанием дисциплины в целом?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Комментарий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*2. Насколько Вы удовлетворены общим стилем преподавания?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Комментарий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*3. Как Вы оцениваете качество подготовки предложенных методических материалов?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Комментарий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*4. Насколько вы удовлетворены использованием преподавателем активных методов обучения (моделирование процессов, кейсы, интерактивные лекции и т.п.)?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Комментарий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*5. Какой из разделов дисциплины Вы считаете наиболее полезным, ценным с точки зрения дальнейшего обучения и / или применения в последующей практической деятельности?*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*6. Что бы Вы предложили изменить в методическом и содержательном плане для совершенствования преподавания данной дисциплины?*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СПАСИБО!

Автор (ы):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Занимаемая должность | Фамилия, инициалы | Подпись |
| Зав. кафедрой травматологии,  ортопедии и ВХ СГМУ,  доктор медицинских наук,  доцент | Матвеев Р.П. |  |
| Доцент кафедры травматологии,  ортопедии и ВХ СГМУ,  кандидат медицинских наук | Брагина С.В. |  |

Рецензент (ы):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Место работы | Занимаемая должность | Фамилия, инициалы | Подпись |
| ФГБОУ ВО СГМУ |  |  |  |

Приложение №1 к рабочей программе дисциплины

**Тематический план лекций**

Учебная дисциплина – **Травматология, ортопедия**

Направление подготовки – 31.05.01 – Лечебное дело

Семестр – 10, 11

Курс – 5,6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № лекции | Тема лекции | Количество  часов |
| 10 семестр | | |
| 1 | Становление, развитие и достижения современной травматологии, ортопедии. | 2 |
| 2 | Переломы костей. Классификация, клиника, диагностика. | 2 |
| 3 | Регенерация костной ткани. Осложнения консолидации переломов костей. | 2 |
| 4 | Основные принципы лечения переломов костей. Реабилитация в травматологии и ортопедии. | 2 |
| 5 | Рентгенологическая диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. | 2 |
| 6 | Травматические вывихи в суставах конечностей. Классификация. Клиника. Лечение. | 2 |
|  | Итого | 12 час. |
| 11 семестр | | |
| 1 | Хронический остеомиелит. Современное хирургическое лечение. | 2 |
| 2 | Множественные и сочетанные повреждения. Травматическая болезнь. | 2 |
| 3 | Травматический шок. Синдром сдавления. Объем помощи на этапах медицинской эвакуации. | 2 |
| 4 | Термические поражения. Ожоговая болезнь. Холодовая травма. | 2 |
| 5 | Системные заболевания опорно-двигательной системы. | 2 |
| 6 | Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника и суставов. | 2 |
| 7 | Остеохондропатии (асептические некрозы костей). Опухоли костей. | 2 |
| 8 | Остеопороз и остеопения в травматологии и ортопедии. | 2 |
| 9 | Сколиотическая болезнь. | 2 |
| 10 | Эндопротезирование суставов. Показания и противопоказания. Виды эндопротезов. Осложнения. | 2 |
| 11 | Ампутации и экзартикуляции. Протезирование и ортезирование при патологии опорно-двигательного аппарата. | 2 |
|  | Итого | 22 час. |
| Всего | | 34 час. |

Рассмотрен на заседании кафедры травматологии, ортопедии и военной хирургии

"30" августа 2016 г., протокол № 1

Зав. кафедрой д.м.н., доцент Матвеев Р.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

**Тематический план практических занятий**

Учебная дисциплина – **Травматология, ортопедия**

Направление подготовки – 31.05.01 – Лечебное дело

Семестр – 10, 11

Количество часов, отведенное на курс, цикл 85 час.

Курс – 5,6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № занятия | Тема занятия | Количество  часов |
| 10 семестр | | |
| 1 | Методы обследования в травматологии и ортопедии. Знакомство с клиникой. Курация пациентов. Обход травматолого-ортопедического отделения. | 5 |
| 2 | Гипсовая повязка и техника наложения. Скелетное вытяжение. Рентгенологическое обследование в травматологии и ортопедии. | 5 |
| 3 | Транспортная иммобилизация. Закрытые повреждения мягких тканей: ушибы, сдавления, растяжения и разрывы, бурситы. Повреждения мышц, сухожилий, связок. Клиника. Диагностика. Лечение. | 5 |
| 4 | Переломы и вывихи костей плечевого пояса и плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. | 5 |
| 5 | Переломы и вывихи кос­тей предплечья и кисти.  Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. | 5 |
| 6 | Переломы и вывихи бед­ра. Повреждения коленного сустава (связки, мениски). Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. | 5 |
| 7 | Ортопедические статические заболевания стоп (плоская, плосковальгусная стопа, плоскостопие, вальгусное отклонение большого пальца стопы, молоткообразная деформация пальцев стоп, пяточная шпора, болезнь Дойчлендера). Врожденная кривошея. | 5 |
|  | Итого | 35 час. |
| 11 семестр | | |
| 1 | Переломы и вывихи костей голени и стопы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. | 5 |
| 2 | Повреждения позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. | 5 |
| 3 | Повреждения таза. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. | 5 |
| 4 | Травматический шок. Синдром сдавления. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. | 5 |
| 5 | Открытые и огнестрельные переломы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. | 5 |
| 6 | Термические поражения. Ожоги и отморожения. Общее охлаждение. Клиника. Диагностика. Лечение | 5 |
| 7 | Амбулаторный прием в травма­тологическом пункте. | 5 |
| 8 | Деформирующий артроз. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Консервативное и оперативное лечение. Тестовый контроль. | 5 |
| 9 | Остеохондропатии. Опухоли костей. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Защита учебных историй болезни. | 5 |
| 10 | Врожденный вывих бедра. Врожденная косолапость. Клиника. Диагностика. Лечение. Итоговое занятие. | 5 |
|  | Итого | 50 час. |
| Всего | | 85 час. |

Рассмотрен на заседании кафедры травматологии, ортопедии и военной хирургии

"30" августа 2016 г., протокол № 1

Зав. кафедрой д.м.н., доцент Матвеев Р.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Приложение №2 к рабочей программе дисциплины

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ**

2016 г.

**Структура и содержание методических рекомендаций для преподавателя**

**1. Современные подходы к проблематике дисциплины**

Современная травматология и ортопедия движется вперед крайне стремительно и многие методы лечения переломов и травм за несколько лет претерпевают существенные изменения. Сложные переломы, которые ранее приводили к инвалидности или надолго приковывали к постели, сегодня успешно лечат с помощью современных методов и материалов. Гипс теперь не основной, а дополнительный метод иммобилизации и лечения при повреждениях и травмах. Основная техника – эндоскопическая, основные материалы – биологически инертные имплантаты. За это время стали обычными операции эндопротезирования крупных суставов, удлинение и моделирование сегментов конечностей, усовершенствованы стержневые аппараты для лечения переломов, в том числе комплекты для фиксации костей таза. К новым современным технологическим решениям следует отнести применение закрытого интрамедуллярного остеосинтеза гвоздем без рассверливания с дистальным и проксимальным блокированием по концепции АО и накостный металлоостеосинтез с угловой стабильностью при переломах, позволяющие значительно сократить сроки нетрудоспособности больных, снижают риск воспалительных осложнений, посттравматической жировой эмболии. Успешно развиваются концепции травматической и ожоговой болезни, регенерации костной ткани, реабилитации пациентов.

Артроскопия суставов представляет сегодня диагностическую и лечебную ценность, как в травматологии, так и в ортопедии. В связи с малой травматичностью оперативного вмешательства возможно гладкое течение послеоперационного периода, раннее начало функции сустава.

Стихийные бедствия, а также дорожно-транспортные происшествия сопровождаются значительным числом пострадавших. Особое внимание привлекает сочетанная механическая травма, рост которой существенно увеличивается из года в год.

Следует отметить, что сочетанные механические травмы в 34.6%-80,0% случаев завершаются летальными исходами, а 40,9% выживших пострадавших становятся инвалидами.

Для спасения жизни пострадавших общепризнанным является приоритет оказания медицинской помощи на месте происшествия, в связи с чем указанной проблеме посвящено большое количество научных работ и методических рекомендаций. Современная же концепция оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим при катастрофах с сочетанной травмой имеет ряд существенных особенностей.

Новые подходы в обучении продиктованы техническими достижениями дисциплины. Наличие клинических баз кафедры позволяет обучать студентов современным средствам лечения травматологических и ортопедических больных, своевременным и качественным действиям по организации оказания экстренной медицинской помощи населению, проводить подготовку врача широкого профиля, способного ориентироваться в вопросах повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата и оказывать первую врачебную помощь.

**2. Образовательные технологии**

Отмечаются образовательные технологии, используемые при реализации различных видов учебной работы (технология модульно-рейтингового обучения, информационные технологии, включая технологии дистанционного обучения, технология развития критического мышления, технология проблемного обучения, технологии организации группового взаимодействия и др.).

**2.1. Активные и интерактивные формы проведения занятий**

В преподавании травматологии и ортопедии используются:

- активные формы обучения: лекции, семинары, практические занятия;

- интерактивные формы обучения: ситуационная задача, кейс, деловая игра и т.п.

- сочетание указанных форм.

Постоянно проводится демонстрация пациентов на еженедельных конференциях, лекциях, обследования в палатах, доклады по больным на семинарах, участие в операциях, перевязках. Научная деятельность с участием в работе студенческого кружка кафедры, связанная с клиническим материалом. Компьютерные симуляции, деловые и ролевые игры, разбор конкретных ситуаций, психологические и иные тренинги, ситуационные задачи с эталонами ответов, метод малых групп, дискуссия по теме занятия. Презентации по всем темам (костные опухоли, компрессионно-дистракционный остеосинтез, застарелые вывихи плечевой кости и т.д.).

В процессе преподавания дисциплины применяются методы, основанные на современных достижениях науки и информационных технологий в образовании. Они направлены на повышение качества подготовки специалистов путем развития у студентов творческих способностей и самостоятельности. С этой целью применяются:

* интерактивные формы ведения семинаров и клинических разборов
* тренинговые формы проведения практических занятий
* лекции по телемедицине (или на СД дисках) ведущих специалистов страны.

**Порядок документального представления интерактивных форм обучения**

**Порядок документального представления кейсов**

**(ситуационных задач)**

1. Название кейса.

2. Наименование раздела дисциплины, в котором применяется кейс.

3. Цель использования кейса (на развитие каких компетенций он направлен)

4. Содержание кейса (ситуационная задача).

5. Методика использования кейса в учебном процессе (перечень вопросов и заданий для решения, среднее время для решения 30 минут).

6. Рекомендации для обучающихся (самостоятельно ознакомиться по учебной литературе по теме кейса, ситуационной задачи).

**Порядок документального представления игровых форм**

1. Название игры ее вид.

2. Наименование раздела дисциплины, в котором применяется игра.

3. Цель и задачи игры.

4. Участники, возможные роли.

5. Время и место проведения.

6. Этапы проведения: подготовительный, организационных, заключительный.

7. Материалы для организации игры.

8. Позиция преподавателя.

**Порядок документального представления проектов**

1. Название проекта.

2. Наименование раздела дисциплины, в котором применяется проект.

3. Руководитель (консультант проекта)

4. Состав проектных групп и распределение ролей в них (Ф.И.О.)

5. Тип проекта.

6. Аннотация (актуальность проекта, значимость на уровне социума, лечебного заведения, группы обучающихся, личностная ориентация).

7. Цель проекта.

8. Этапы работы над проектом (для каждого этапа указать форму, продолжительность и место работы учащихся, содержание работы, вход этапа).

9. План выполнения проекта и отдельных его этапов.

10. Финансирование проекта.

11. Представление продуктов проекта.

**Порядок документального представления тренинга**

1. Название тренинга.

2. Наименование раздела дисциплины, в котором применяется тренинг.

3. Цель тренинга.

4. Участники тренинга.

5. Время и место проведения тренинга.

6. Этапы проведения тренинга.

7. Материалы для организации тренинга.

***ИГРОВЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ***

**1. С какими трудностями можно столкнуться при подготовке, проведении и завершении обучающей игры? Каковы способы их преодоления (опишите Ваш опыт)?**

Обучающий процесс на клинических кафедрах проходит в гуще медицинских и организационных проблем, конкретных ситуаций, нескончаемого потока больных, конференций с клиническим разбором больных, общих обходов в отделениях, консилиумов, операций и т.д. В принципе, «обучающая игра» – это продолжение практической деятельности, как преподавателя, так и слушателя. Активное участие в лечебном процессе. В этом – самое важное для врача-слушателя. Обсуждение тактики лечения пациента – целый спектакль с участием больного, лечащего врача, коллег врачей, интернов, ординаторов, врачей ФПК, родственников пациента и др. Зачем «играть»? Вокруг постоянно проходят такие «спектакли», где всегда имеются роли и для обучающихся.

Какие трудности? Во-первых, недостаточная профессиональная подготовка учащихся ведет к непродуктивности обучающей игры. Пример – разыгрывается определенная клиническая ситуация, а участники не в силах её разрешить. Во-вторых, руководитель клинического разбора должен брать на себя всю ответственность за правильность принятого решения: оперировать – не оперировать – лечить так – лечить не так и т.д.

**2.Разработайте и предоставьте сценарий и игровой контекст деловой игры, отражающей производственную ситуацию в вашей профессиональной деятельности.**

Работа в клинике. «Игра» у постели больного. Участники – лечащий врач, заведующий отделением, зав.кафедрой, врачи коллеги, обучающиеся. Ситуация не ясна. Состояние больного тяжелое. Со дня операции 10 дней. У больного лихорадка до 400 . Объективные данные – лейкоцитоз до 14,0\*109 /л. Рентгенография легких, УЗДГ сосудов ног, УЗИ оперированного сегмента конечности и др. без патологии. Что делать? Прошу к обсуждению. Это судьба пациента.

**3.Проанализируйте содержание одной из учебных программ, которые Вы реализуете, с точки зрения возможности проведения обучающих игр. Перечислите эти темы.**

Учебные программы кафедры травматологии, ортопедии и ВХ направлены на обучение обучающихся. Стоит задача: углубить знания по травматологии, ортопедии у вчерашних интернов и ординаторов, врачей КУВ, дать определенный объём практических навыков. Можно «обучающие игры» проводить в учебных практикумах с отрывом от производства, но можно и без отрыва от производства, т.е. обсуждение всех тем с привлечением конкретного больного. Практически по всем разделам учебной программы можно проводить «обучающие игры».

**4. Примеры деловых игр:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Название ролевой, деловой игры | Отметьте «+» возможность использования данной игры на Ваших занятиях, «-» - невозможность | Что бы Вы дополнили, изменили? |
| 1 | Врач – больной | + | Если смотреть на «Игры» с позиции медицинского работника и преподавателя, то можно сказать:  1. В первую очередь меня интересует профессиональная сторона обучения – травматология и ортопедия.  2. Исходя из этих интересов, можно сформулировать достаточно большое число «Игр», направленных на формирование врачебного мышления. |
| 2 | Консилиум | + |
| 3 | Симпозиум, Конгресс | + |
| 4 | Погружение в историю болезни | + |
| 5 | Конференция | + |
| 6 | Суд | + |
| 7 | Имитация производственной ситуации | + |
| 8 | Организационная игра | + |
| 9 | Проблемы и аргументы | + |
| 10 | Брейн-ринг | + |
| 11 | Что? Где? Когда? | + |
| 12 | Слабое звено | + |
| 13 | Счастливый случай | + |

***ТЕХНИКА ПОЛУЧЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В АУДИТОРИИ***

**1.Какие существуют каналы получения обратной связи?**

Возможности получения обратной связи большие. Связь между преподавателем и слушателями сохраняется непрерывно не только в период обучения, но и после его завершения. Хотелось бы отметить, что обратная связь всегда возникает, хотим мы этого или не хотим, не только между преподаватель – слушатель, но и между слушатель – преподаватель. Эффективность и действенность «связи» зависит от заинтересованности обеих сторон в сотрудничестве. Любая связь может быть положительной или отрицательной, причём с разной степенью выраженности, с разной силой связи.

Какие каналы получения обратной связи? Они значительны и многообразны, возможно, даже и не видимые «простым глазом»:

* слово,
* анкета,
* письмо,
* графическое изображение,
* мимика - «образ лица»,
* эмоциальное действие – ответная реакция,
* и другие.

**2.В чем преимущество письменной обратной связи по сравнению с устной?**

* возможность проведения анализа,
* шкалирование,
* индивидуальность,
* протоколирование,
* уплотнение учебного времени (домашнее анкетирование) и другое.

**3.В чем сходство и различие между текущей и итоговой обратной связью?**

«*Текущая* обратная связь (**по ходу занятий**) активизирует внимание к основным элементам осуществляемой деятельности, ее направленности, выявлению актуальных проблем, противоречий, используемыми средствами на основе этого появляется возможность откорректировать и продолжить предметную деятельность.

*Итоговая* обратная связь завершает логически или тематически замкнутый период деятельности». В более упрощенном виде: текущая обратная связь устанавливается по отдельной проблеме, по конкретному вопросу, в пределах темы одного занятия; итоговая обратная связь устанавливается по всему объёму курса обучения, как обобщение и заключение.

**ситуационные задачи по травматологии**

***Кейс метод – метод коллективного анализа ситуации.***

Вопросы и задания:

**1.Что может служить источниками формирования кейса в Вашей преподавательской деятельности? Перечислите.**

В основе метода конкретных ситуаций лежит имитационное моделирование, или конкретный пример:

констатация ряда событий на производстве или в учреждении,

описание конкретной профессиональной деятельности или эмоционально-поведенческих аспектов взаимодействия сотрудников, т. е. *моделируется* соответствующий содержанию обучения *рабочий процесс в реальных условиях.*

Применяемый на занятиях случай должен удовлетворять следующим требованиям:

1. Приближенным к жизни и действительности и оформленным таким образом, чтобы позволял установить непосредственную связь с накопленным жизненным опытом.

2. Предоставить возможность интерпретации с точки зрения участников.

3. Содержать проблемы и конфликты.

4. Обозреваемым и решаемым в условиях временных рамок и индивидуальных знаний, навыков и способностей слушателей.

5. Допускать различные варианты решения.

Исходя из вышесказанного, можно предположить, что источниками формирования кейса в преподавательской деятельности клинициста могут служить практически все тяжелые и сложные клинические случаи.

**2.Основываясь на рекомендациях, изложенных в презентации, подготовьте описание конкретной ситуации(case).**

***ПРИМЕР – Ситуационная задача по травматологии №1:***

Больной 25 лет получил автодорожную травму. Доставлен бригадой скорой помощи на приёмное отделение больницы в тяжелом состоянии. Сознание сохранено. Жалобы на боли в области таза и поясничном отделе позвоночника. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. На правой голени повязка окрашенная кровью. Пульс 110 в минуту, АД = 80/60 мм рт.ст. В анализах крови: эритроциты = 2,8 \* 1012/л, гемоглобин = 76 г/л. В анализах мочи: эритроциты до 50 в поле зрения. Осевая нагрузка на кости таза болезненна. Положительный симптом «прилипшей пятки». Пальпация в проекции Th-12 грудного позвонка болезненна. Патологическая подвижность в средней трети голени правой голени, отек и деформация тканей, локальная болезненность.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо выполнить диагностические манипуляции?
3. Наиболее рациональный вариант неотложной специализированной помощи в последовательности.
4. Что такое синдром взаимного отягощения и **«**Damage control»?
5. В чем патогенез похолодания кожных покровов при тяжелой травме?

6) Что такое типичное положение Волковича?

Ответы на вопросы:

1. Тяжелая сочетанная травма. Перелом костей таза (переднего полукольца). Перелом L-2 поясничного позвонка. Закрытый поперечный перелом правой голени в средней трети со смещением. Ушиб почек и мочевого пузыря. Травматический шок I ст.
2. Rg-графия грудопоясничного отдела позвоночника, правой голени. Обзорная Rg-графия таза. УЗИ почек и мочевого пузыря.
3. Противошоковая инфузионная терапия. Гемотрансфузия. Внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову-Селиванову. Новокаиновая блокада перелома правой голени. Положение больного на щите в положение по Волковичу. Валик под поясничный отдел позвоночника. Скелетное вытяжение за пяточную кость правой стопы.
4. **«**Damage control» - объем медицинской помощи в зависимости от состояния пациента.
5. Реакция «централизация кровообращения» в результате периферического вагоспазма вследствие выброса в кровь гормонов коры надпочечников (адреналин и норадреналин) при шоке.
6. Лежа на спине, на щите. Ноги сгибаются в коленных и тазобедренных суставах под углом 1400 . Колени разводятся, бедра ротируются кнаружи, стопы сближаются.

**Целевая группа –** студенты, клинические интерны и ординаторы, врачи факультета ФПК и ППС, изучающие дисциплину «Травматология и ортопедия».

**Обоснование ситуации:**

Проблема политравмы, множественных и сочетанных повреждений, является одной из самых трудно разрешимых в современной хирургии повреждений. Актуальность данной проблемы складывается:

* Из повсеместного роста травматизма в связи с социально-экономическими изменениями.
* Из увеличения природных и техногенных катастроф.
* Из возрастания удельного веса множественных и сочетанных повреждений, возможности массового поражения, высокой смертности, летальности и инвалидности.
* По признанию некоторых авторов XXI век будет столетием преимущественно множественных повреждений (Никитин Г.Д., 1998).

Выделение политравмы в отдельную категорию имеет важное значение в связи с определенными особенностями таких повреждений, что должно учитываться при сортировке и оказании медицинской помощи. При политравме существуют дополнительные факторы, отягощающие его течение: высокая частота и тяжелая степень травматического шока, множественность зон повреждений, хирургические вмешательства по жизненным показаниям.

Сложность этой проблемы обусловлена качественно иным, чем при изолированных повреждениях, течением процесса вследствие синдрома взаимного отягощения, повышающего риск неблагоприятного исхода.

Пострадавшие с политравмой в стационарах крупных городов составляют от 8,6 до 25%. Одним из основных аспектов проблемы политравмы является высокая летальность –от 30 до 80%. Травматический шок развивается в 20 – 75% случаев. Инвалидность наблюдается у 10 – 75% пострадавших, причем основной ее причиной являются повреждения опорно-двигательного аппарата.

Сегодня сочетанная травма является основной причиной смерти у населения в возрасте до 40 лет. В течение последних лет отмечается постоянный рост числа пострадавших от травм. Ежегодный рост травматизма в среднем составляет 3,7%, а смертности от травм – на 1% ежегодно.

Для улучшения исходов тяжелых политравм Ганноверской школой в 1990 г. была предложена система так называемого «damage control» (контроль повреждений), согласно которой оперативное лечение повреждений, как внутренних органов, так и опорно-двигательного аппарата расчленяется на этапы в зависимости от состояния пострадавшего.

Политравма сегодня рассматривается как системная травматическая болезнь, развивающаяся при тяжелых сочетанных и множественных травмах и определяющая главные особенности патогенеза и принципы лечебной тактики. Травматическая болезнь – современная концепция лечения тяжёлых сочетанных травм (Е.К. Гуманенко, 2001г. Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург). Травматическая болезнь в прикладном значении этого понятия является научной и клинической концепцией, т.е. методологией толкования динамики патологических и компенсаторных процессов и принятия на этой основе оптимальных лечебно-тактических решений.

На основе периодичности травматической болезни и принципов  
лечебно-диагностического процесса при тяжелой сочетанной механической травме решаются и вопросы этапного лечения пострадавших.

**Цели решения ситуации:**

Научить оценке тяжести повреждений и сформулировать клинико-тактические этапы лечебных мероприятий при тяжелой множественной и сочетанной травме.

**Правила решения ситуации:**

1. Анализ проводится с позиции ситуационной задачи.

2. Работа проводится в группах по 3-7 чел.

3. Группы выступают экспертами по очереди.

**Описание кейса. Характеристика конкретной ситуационной задачи.**

Ситуационная задача демонстрирует клинический случай тяжелой сочетанной травмы. По клиническим признакам и лабораторным данным тяжесть состояния пациента характеризуется наличием травматического шока, анемии (кровопотерей), открытым переломом голени, травмой позвоночника, таза и повреждением внутренних органов.

Необходимо в предельно короткие сроки, в течение одного часа, на фоне проводимой противошоковой терапии выполнить необходимый объём диагностических манипуляций и сформулировать предварительный диагноз. Определить степень тяжести повреждений и пострадавшего на основании шкал тяжести травм ISS и ВПХ(СП), обосновать алгоритм лечебно-диагностического процесса и очередность оказания медицинской помощи.

**Задание и порядок разработки ситуации:**

1. Вводная часть, постановка задач – 15 мин.
2. Знакомство с ситуацией – 30 мин.
3. В группах определить основные проблемы политравмы – 30 мин.
4. Презентовать другим группам, согласовать мнение – 15 мин.
5. В группах определить основные задачи по лечению пациента, установить клинический диагноз и ответить на поставленные вопросы – 30 мин.
6. Презентовать другим группам, согласовать мнение – 15 мин.
7. Определить инновационные направления в области оказания медицинской помощи пациентам с политравмой – 30 мин.
8. Презентовать другим группам, согласовать мнение – 15 мин.
9. Определить тактические и лечебные цели по оказанию медицинской помощи пострадавшему согласно ситуационной задачи – 30 мин.
10. Презентовать другим группам, согласовать мнение – 10 мин.
11. Подведение итогов, ответы на вопросы преподавателю – 5 мин.

**Рекомендации:**

Использовать методы дискуссии и мозгового штурма.

**Основными формами учебной работы являются:**

1. лекции

2. семинары

3. клинические практические занятия

4. самостоятельная работа слушателей

5. написание рефератов

6. анализ конкретных ситуаций (клинический разбор)

7. контроль и оценка знаний

**1) Учебная лекция** **(Л) -** одна из форм систематических учебных занятий. На лекции выносятся наиболее сложные теоретические разделы курса.

Различают следующие виды учебных лекций - вводные, тематические, обзорные, заключительные, комплексные, проблемные и клинические.

Курс лекций может быть систематическим, специальным, посвящен избранным главам.

Объем лекций в часах определяется учебным планом и программой обучения. К каждой лекции необходимо составление методической разработки. Методическая разработка должна содержать название лекции, цели и задачи ее, для какого контингента слушателей она предназначена, объем учебного времени, план лекции, характер иллюстрированного материала, перечень основной литературы. Продолжительность лекции - 2 академических часа.

Лекции являются важнейшей формой учебного процесса и представляют собой широкое изложение проблемных вопросов по определенному разделу учебной дисциплины согласно уровню современной науки.

Главной направленностью лекционного курса должно быть формирование у студентов научного подхода к лечению больных с патологией опорно-двигательной системы на основе современных знаний этиологии, патогенеза ортопедических заболеваний и повреждений, принципов репаративной регенерации тканей, а также воспитание у студентов милосердия к пострадавшим и больным и высокого морального и деонтологического уровня будущих врачей.

В лекционном курсе целесообразно затрагивать в основном теоретические вопросы травматологии и ортопедии с использованием данных о современных достижениях науки и практики, а также, исходя из местных условий, сделать акцент на демонстрации и разборе тех заболеваний и повреждений, которые по каким-либо причинам не могут быть полноценно разобраны на практических занятиях.

Лекции необходимо сопровождать демонстрацией таблиц, слайдов, рентгенограмм, инструментов и аппаратов, показом учебных кино- и видеоматериалов.

**2)** Одной из форм систематических учебно-теоретических практических занятий является **семинар (С).** Это эффективная форма организации учебных занятии, способствующая наиболее глубокому и детальному усвоению учебного материала. В настоящее время семинары следует считать ведущей формой обучения. На клинических кафедрах распространенной формой семинара является утренняя конференция. Проведение утренних конференций фиксируется в расписании. На семинары предпочтительно выносить более сложные разделы, требующие глубокого осмысливания и логических действий. В подготовке к семинару следует четко определить цели и задачи семинара, дать название его в строгом соответствии с учебным планом и программой предмета, составить методическую разработку семинара, содержащую порядок работы семинара, перечень вопросов для дискуссии и литературу, необходимую для предварительной проработки. При этом необходима предварительная самостоятельная работа обучающихся. Время, отведенное на семинар, составляет от 2 - 4 - 6 часов, что должно быть отражено в расписании занятий.

Одной из форм семинара является клинический разбор, целью которого является развитие клинического мышления, формирование дифференцированного подхода к лечению больного, умение применить свои знания на практике.

Одной из форм проведения семинара является "Деловая игра". Это активная форма организации учебной работы, при которой знания, умение, навыки приобретаются путем самостоятельного решения тех или иных учебных проблем. В задачу деловой игры входят процесс выработки и принятия решения конкретной ситуации в условиях поэтапного уточнения необходимых факторов и анализа информации. Одна из форм проведения семинара - работа в "малых группах". Работа в малых группах включает в себя информационную и контролирующую функции.

**3) Клиническое практическое занятие (КПЗ)** - одна из форм систематических учебных занятий, на которых обучающиеся приобретают необходимые практические умения и навыки по тому или иному разделу специальности.

Одной из форм практических занятий является клинический обход. Клинический обход осуществляют заведующие кафедрами, профессора и доценты кафедр. Клинический обход проводится не реже одного раза в неделю. Продолжительность клинического обхода не должна превышать двух академических часов. За 1 клинический обход осматривается от 10 до 20 больных. Завершается клинический обход вне палаты разбором каждого осмотренного больного.

Одной из форм практических занятий на клинических кафедрах являются поликлинические занятия. Методика проведения поликлинических занятий определяется профессиональной направленностью. Объем поликлинических занятий определяется учебным планом и программой обучения.

Курация больных одна из форм систематических практических учебных занятий, которая способствует более глубокому и детальному усвоению предмета, овладению необходимыми умениями и навыками, предусмотренными учебным планом и программой.

Одной из форм практического занятия являются дежурства 4-х часовые в травматологическом пункте, которые являются обязательными.

**4)** Одной из форм организации учебного процесса является **самостоятельная работа (СР)** обучающихся: аудиторная и внеаудиторная.

**Аудиторная** самостоятельная работа включает курацию больных; решение ситуационных клинических задач и тестовых заданий; отработку практических навыков при участии на перевязках, на ассистенциях на операциях, при наложении гипсовых повязок, скелетного вытяжения, чтение рентгенограмм на занятиях; отработку практических умений на манекенах, тренажёрах, симуляторах и др.

**Внеаудиторная** самостоятельная работа включает написание учебной истории болезни; подготовку и написание рефератов, презентаций, эссе, докладов; дежурство в городском травмпункте (4 часа); работу с учебной литературой и учебными пособиями, лекционным материалом, со справочной литературой; подготовку научных докладов и др.

**5)** Важным элементом в подготовке врача является его **реферативная работа**, призванная обучить молодого специалиста работе с научной литературой по специальной и смежным дисциплинам, тему реферата следует рекомендовать с первых дней изучения того или иного раздела учебного плана, стремясь сформулировать ее максимально конкретно с проекцией на клинические аспекты проблемы (диагностику, в том числе раннюю, экспрессную, и терапию, в том числе интенсивную), вопросы диспансеризации и реабилитации. Возможно использование в качестве реферативной работы выполнение студентом переводов и обзоров иностранной научной литературы по избранной теме.

При разборе реферата студента, руководитель должен оценить соответствие содержания выбранной теме, объём представленной информации и её новизну, актуальность для практической деятельности, ясность изложения, правильность оформления списка литературы в соответствии с библиографическими требованиями, а также изложить свои замечания и пожелания. Полезно использовать практику предварительного перекрестного рецензирования рефератов другими студентами, обучающимися на базе. При подготовке реферативной работы студент обязан грамотно оформить библиографическую карточку на каждый использованный литературный источник. Заполненные карточки можно использовать для каталогов на учебных базах. Лучшие рефераты необходимо доложить врачам базовой больницы, использовать для сообщения на конференциях.

**6) Клинический разбор** - обязательная форма работы со студентами, предметом клинического разбора могут быть наиболее сложные в диагностическом отношении случаи заболевания, осложненные формы с особенностями тактики их ведения, истории болезни с протоколами аутопсий умерших больных. Клинический разбор проводят профессора, доценты, ассистенты кафедр. Тема и дата проведения разбора сообщается всем участникам заблаговременно, тогда же студенты получают индивидуальные задания: подготовить демонстрацию больного, необходимые иллюстрации (таблицы, слайды, графики и т.п.). Ход подготовки материалов к разбору контролируется преподавателем для своевременного исправления недостатков и помощи.

**7)** Прогрессивной формой подготовки студента является **участие в научно-практической работе** для приобретения навыков самостоятельной творческой работы, повышения интереса к избранной специальности, углубления знаний и умений, формирования способности к анализу выявленных факторов и их клинической интерпретации. В ходе обучения студентов желательно привлекать их к активному участию в научной работе.

**В качестве основных форм научно-практической работы студента можно использовать:**

* изучение и анализ особенностей течения отдельных нозологических форм по материалам данного стационара,
* оценку непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с использованием новых средств терапии или комплекса терапевтических мероприятий,
* анализ ошибок в диагностике, а также оперативного лечения;
* разработку данных по эффективности внедрения новых методов диагностики и оперативного лечения;
* анализ показателей деятельности базового учреждения за месяц (квартал, полугодие, год) и участие в составлении отчетов больницы или отделения.

**8) Контроль обучения** - одна из важнейших форм учебных занятий. Контроль обучения проводится на всех этапах обучения. Различают предварительный, текущий, рубежный и итоговый контроль знаний. Контрольные вопросы, задачи и задания должны в полной мере соответствовать целям обучения и касаться оценки уровня профессиональной компетентности и квалификации обучаемого.

В настоящее время распространенной формой контроля знаний является тестовый контроль, преимуществом которого является значительный объем разнообразного учебного материала, возможность контроля на необходимом уровне, возможность предварительного самоконтроля, возможность использования технических средств обучения и др.

Оценка обучения является также важной составной частью контроля и представляет собой определение и выражение (в баллах) степени усвоения обучающимся знаний, умений, навыков, установленных целями и реализуемых программой обучения.

9) Методическая структура разработки практических занятий, семинаров и лекций (унифицированная):

1. Название темы:

1.1. Форма обучения

1.2. Название цикла

1. Контингент обучающихся.
2. Продолжительность занятия.
3. Место проведения (для практического занятия).
4. Цель занятия.
5. Задачи занятия (лекции, семинара, практического занятия).
6. Коды по унифицированной программе (для сертификационных циклов, циклов тематического усовершенствования, общего усовершенствования).
7. План лекции, семинара, практического занятия с примерным распределением времени.
8. Перечень оборудования, инструктивный и регистрирующей документации, объектов изучения.
9. Методическое оснащение:

10.1. Иллюстративный материал

10.2. История болезни, индивидуальные карты больных

10.3. Вопросы для разбора на семинар

10.4. Вопросы для программированного контроля знаний и ситуационные задачи для практического занятия.

1. Расширенный план занятия (лекции, семинара, практического занятия).
2. Литература.
3. Рекомендации для внедрения в практику здравоохранения.
4. Практические навыки (для практического занятия).

**2.2. Организация и контроль самостоятельной работы обучающихся**

В течение всего цикла занятий студенты выполняют практическую работу по подготовке реферата, доклада, презентации, которые в последующем защищается в группе. Время самостоятельной работы отведено для выполнения литературного обзора по изучаемой теме, на оформление доклада с презентацией. Возможна реализация самоподготовки студентов путем выполнения домашних тестовых заданий.

Контроль внеаудиторной самостоятельной работы – защита учебной истории болезни; заслушивание и обсуждение в группе рефератов, докладов, презентаций, тестов, эссе; отчет о дежурстве в травмпункте.

**3. Показатели, критерии, средства оценивания компетенций,**

**шкалы оценивания**

*Раскрываются принципы и критерии оценивания результатов обучения (шкала оценивания (количественная и качественная), особенности рейтинговой системы и т.д.).*

Оценочные фонды включают текущий контроль успеваемости, промежуточную и итоговую атте­стацию обучающихся: контрольные вопросы и типовые задания для практиче­ских занятий, зачетов и экзаменов; тесты и компьютерные тестирующие программы; примерную тематику реферативных работ; защиту истории болезни.

**Текущий контроль** проводится в виде собеседования, контрольной работы или тестирования, курсовой работы (Учебная история болезни).

Тест включает в себя от 20 до 30 вопросов, определяющих либо исходный, либо остаточных уровень знаний. На каждый вопрос теста предлагаются 4 ответа, один из которых правильный.

Контрольная работа, собеседование и тестирование оцениваются по пятибалльной шкале. Критериями оценки являются:

- «отлично» - 90% и более правильных ответов;

- «хорошо» - 80-89% правильных ответов;

- «удовлетворительно» - 70-79% правильных ответов;

- «неудовлетворительно» - < 70% правильных ответов.

При решении ситуационных задач оцениваются правильность и полнота ответов, мыслительная способность студента, его умение ориентироваться в ситуации. Критериями оценки в этом случае являются:

- «отлично» - студент дает полные и правильные ответы на все вопросы, излагает их в определенной последовательности, ход мыслей подтверждает алгоритмами действий, а по возможности, и примерами;

- «хорошо» - студент получает за правильное, но неполное изложение вопросов, либо если при ответе были допущены 2-3 несущественные ошибки;

- «удовлетворительно» - в целом, студент справляется с ответом, в котором освещена наиболее важная его часть, но при этом допущена одна существенная ошибка или ответ его был неполный и неточный;

- «неудовлетворительно» - студент при ответе обнаружил непонимание значительной части программного материала или допустил при ответе 2 и более существенных ошибок.

При решении ситуационных задач, в случае затруднения получения более точного ответа, для его формулировки привлекаются другие студенты с их последующей оценкой.

По окончанию собеседования преподавателем дается краткий анализ ответа, обращается внимание на положительные элементы, на неточности в формулировках, тактике действий и в заключение объявляется мотивированная оценка.

**Итоговый контроль** проводится в виде экзамена, включающего три этапа:

**I этап – заключительное тестирование** (предлагается 3 варианта 50-60 тестовых заданий) на итоговом практическом занятии. Критерии оценки тестирования аналогичны ранее представленным.

**II этап экзамена – решение ситуационной задачи (кейса)**, оценивается по пятибалльной шкале, аналогично текущему контролю.

**III этап экзамена – контрольное собеседование (**оценка теоретических знаний) осуществляется путем ответа студента на 3 вопроса билета. Оценивается ответ по 5-ти балльной системе:

- **оценка «5»** ставится за ответ, в котором студент демонстрирует глубокое знание и понимание всего объема программного материала, излагает ответ в логической последовательности с использованием профессиональной терминологии, умело выделяет главное, подтверждает ответ конкретными фактами и примерами, не цитирует дословно текст учебника, правильно и обстоятельно отвечает на дополнительные и уточняющие вопросы экзаменаторов;

- **оценка «4»** ставится за ответ, если студент дает, в целом, правильный ответ на поставленные вопросы, но допускает незначительные ошибки, неточности при воспроизведении материала и использовании профессиональных терминов, либо излает материал в логической последовательности, но допускает одну ошибку или ряд неточностей, но, при этом, способен их исправить самостоятельно или при наводящей помощи экзаменатора;

- **оценка «3»** ставится за ответ, если студент усвоил основное содержание учебного материала, но показывает в ответах недостаточную осведомленность в отдельных знаниях и умениях; материал излагает не всегда последовательно, выводы и обобщения аргументирует слабо, допускает в них ошибки. Испытывает затруднения в применении знаний для решения задач и объяснении конкретных явлений. На вопросы экзаменаторов отвечает неполно, упуская важные положения.

- **оценка «2»** ставится за ответ, если студент не усвоил и не раскрыл основное содержание материала, не делает выводов и обобщений, не знает и не понимает основную часть программы обучения в пределах поставленных вопросов или имеет слабые знания и не умеет применять их в решении конкретных задач.

По окончанию устного ответа экзаменатором кратко анализируется ответ и объясняется мотивированная оценка.

**профессиональные компетенции**

**ПК-5:** готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели оценивания** | | |
| **Обзор** учебной и научной литературы:доклад, презентация (ММП), реферат. Логика построения доклада по больному, грамотность речи, владение коммуникативными навыками. | Курация больных. **(**Логика построения доклада по больному, грамотность речи, владение коммуникативными навыками.). | формулировка предварительного и клинического диагнозов,  правильное оформление мед.документации, знание показателей лабораторных, инструментальных методов, планирование идемонстрация лечебных мероприятия по оказанию неотложной помощи. |
| **Критерии оценивания** | | |
| Содержательная логика ответа | Полнота соответствия усвоенного материала темы, навыка к должным подходам, величинам, стандартам, эталонам. | История болезни, этапные эпикризы, оформленные первичные документы на пациента, амбулаторные карты. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий при неотложных ситуациях. |
| **Средства оценивания** | | |
| Собеседование по вопросам, тест  по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия»  «травматология, ортопедия | Доклад по больному.  Написание истории больного, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков, по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», «неврология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия»  «травматология, ортопедия | Ситуационные задачи, истории болезни, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия», педиатрия», «травматология, ортопедия» |

**Шкала оценки компетенции**

|  |  |
| --- | --- |
| **«отлично»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает глубокие, исчерпывающие знания в объеме пройденной программы, уверенно действует по применению полученных знаний на практике, грамотно и логически стройно излагает материал при ответе, умеет формулировать выводы из изложенного теоретического материала, знает дополнительно рекомендованную литературу  - Задание выполняется правильно в соответствии с алгоритмом, требованиями к содержанию, умение продемонстрировано полностью  - Тест выполнен с итогом выше 95%  - Навык сформирован полностью и проявляется на практике, используется творческий подход |
| **«хорошо»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает твердые и достаточно полные знания в объеме пройденной программы, допускает незначительные ошибки при освещении заданных вопросов, правильно действует по применению знаний на практике, четко излагает материал;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки исправляются самостоятельно. Задание в основном выполнено.  Тест выполнен в пределах от 84% до 95%  - Навык сформирован и проявляется на практике |
| **«удовлетворительно»**  **( базовый уровень)** | - Обучающийся показывает знания в объеме пройденной программы, ответы излагает хотя и с ошибками, но уверенно исправляемыми после дополнительных и наводящих вопросов, правильно действует по применению знаний на практике;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки самостоятельно не исправляются. Задание выполнено частично.  Тест выполнен в пределах от 70% до 83%  - Навык сформирован |
| **«неудовлетворительно»** | - Обучающийся допускает грубые ошибки в ответе, не понимает сущности излагаемого вопроса, не умеет применять знания на практике, дает неполные ответы на дополнительные и наводящие вопросы  - Наличие грубых ошибок, не исправляемых самостоятельно или с помощью. Задание не выполнено.  - Навык не сформирован |

**ПК-6:** способностью к определению- у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, МКБ X пересмотра.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели оценивания** | | |
| **Обзор** учебной и научной литературы:доклад, презентация (ММП), реферат. Логика построения доклада по больному, грамотность речи, владение коммуникативными навыками. | Курация больных. **(**Логика построения доклада по больному, грамотность речи, владение коммуникативными навыками.). | формулировка предварительного и клинического диагнозов,  правильное оформление мед.документации, знание показателей лабораторных, инструментальных методов, планирование идемонстрация лечебных мероприятия по оказанию неотложной помощи. |
| **Критерии оценивания** | | |
| Содержательная логика ответа | Полнота соответствия усвоенного материала темы, навыка к должным подходам, величинам, стандартам, эталонам. | История болезни, этапные эпикризы, оформленные первичные документы на пациента, амбулаторные карты. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий при неотложных ситуациях. |
| **Средства оценивания** | | |
| Собеседование по вопросам, тест  по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия»  «травматология, ортопедия | Доклад по больному.  Написание истории больного, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков, по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», «неврология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия»  «травматология, ортопедия | Ситуационные задачи, истории болезни, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия», педиатрия», «травматология, ортопедия» |

**Шкала оценки компетенции**

|  |  |
| --- | --- |
| **«отлично»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает глубокие, исчерпывающие знания в объеме пройденной программы, уверенно действует по применению полученных знаний на практике, грамотно и логически стройно излагает материал при ответе, умеет формулировать выводы из изложенного теоретического материала, знает дополнительно рекомендованную литературу  - Задание выполняется правильно в соответствии с алгоритмом, требованиями к содержанию, умение продемонстрировано полностью  - Тест выполнен с итогом выше 95%  - Навык сформирован полностью и проявляется на практике, используется творческий подход |
| **«хорошо»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает твердые и достаточно полные знания в объеме пройденной программы, допускает незначительные ошибки при освещении заданных вопросов, правильно действует по применению знаний на практике, четко излагает материал;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки исправляются самостоятельно. Задание в основном выполнено.  Тест выполнен в пределах от 84% до 95%  - Навык сформирован и проявляется на практике |
| **«удовлетворительно»**  **( базовый уровень)** | - Обучающийся показывает знания в объеме пройденной программы, ответы излагает хотя и с ошибками, но уверенно исправляемыми после дополнительных и наводящих вопросов, правильно действует по применению знаний на практике;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки самостоятельно не исправляются. Задание выполнено частично.  Тест выполнен в пределах от 70% до 83%  - Навык сформирован |
| **«неудовлетворительно»** | - Обучающийся допускает грубые ошибки в ответе, не понимает сущности излагаемого вопроса, не умеет применять знания на практике, дает неполные ответы на дополнительные и наводящие вопросы  - Наличие грубых ошибок, не исправляемых самостоятельно или с помощью. Задание не выполнено.  - Навык не сформирован |

**ПК-8:** способностью к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели оценивания** | | |
| **Обзор** учебной и научной литературы:доклад, презентация (ММП), реферат. Логика построения доклада по больному, грамотность речи, владение коммуникативными навыками. | Курация больных. **(**Логика построения доклада по больному, грамотность речи, владение коммуникативными навыками.). | формулировка предварительного и клинического диагнозов,  правильное оформление мед.документации, знание показателей лабораторных, инструментальных методов, планирование идемонстрация лечебных мероприятия по оказанию неотложной помощи. |
| **Критерии оценивания** | | |
| Содержательная логика ответа | Полнота соответствия усвоенного материала темы, навыка к должным подходам, величинам, стандартам, эталонам. | История болезни, этапные эпикризы, оформленные первичные документы на пациента, амбулаторные карты. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий при неотложных ситуациях. |
| **Средства оценивания** | | |
| Собеседование по вопросам, тест  по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия»  «травматология, ортопедия | Доклад по больному.  Написание истории больного, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков, по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», «неврология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия»  «травматология, ортопедия | Ситуационные задачи, истории болезни, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия», педиатрия», «травматология, ортопедия» |

**Шкала оценки компетенции**

|  |  |
| --- | --- |
| **«отлично»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает глубокие, исчерпывающие знания в объеме пройденной программы, уверенно действует по применению полученных знаний на практике, грамотно и логически стройно излагает материал при ответе, умеет формулировать выводы из изложенного теоретического материала, знает дополнительно рекомендованную литературу  - Задание выполняется правильно в соответствии с алгоритмом, требованиями к содержанию, умение продемонстрировано полностью  - Тест выполнен с итогом выше 95%  - Навык сформирован полностью и проявляется на практике, используется творческий подход |
| **«хорошо»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает твердые и достаточно полные знания в объеме пройденной программы, допускает незначительные ошибки при освещении заданных вопросов, правильно действует по применению знаний на практике, четко излагает материал;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки исправляются самостоятельно. Задание в основном выполнено.  Тест выполнен в пределах от 84% до 95%  - Навык сформирован и проявляется на практике |
| **«удовлетворительно»**  **( базовый уровень)** | - Обучающийся показывает знания в объеме пройденной программы, ответы излагает хотя и с ошибками, но уверенно исправляемыми после дополнительных и наводящих вопросов, правильно действует по применению знаний на практике;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки самостоятельно не исправляются. Задание выполнено частично.  Тест выполнен в пределах от 70% до 83%  - Навык сформирован |
| **«неудовлетворительно»** | - Обучающийся допускает грубые ошибки в ответе, не понимает сущности излагаемого вопроса, не умеет применять знания на практике, дает неполные ответы на дополнительные и наводящие вопросы  - Наличие грубых ошибок, не исправляемых самостоятельно или с помощью. Задание не выполнено.  - Навык не сформирован |

**ПК-9:** готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели оценивания** | | |
| **Обзор** учебной и научной литературы:доклад, презентация (ММП), реферат. Логика построения доклада по больному, грамотность речи, владение коммуникативными навыками. | Курация больных. **(**Логика построения доклада по больному, грамотность речи, владение коммуникативными навыками.). | формулировка предварительного и клинического диагнозов,  правильное оформление мед.документации, знание показателей лабораторных, инструментальных методов, планирование идемонстрация лечебных мероприятия по оказанию неотложной помощи. |
| **Критерии оценивания** | | |
| Содержательная логика ответа | Полнота соответствия усвоенного материала темы, навыка к должным подходам, величинам, стандартам, эталонам. | История болезни, этапные эпикризы, оформленные первичные документы на пациента, амбулаторные карты. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий при неотложных ситуациях. |
| **Средства оценивания** | | |
| Собеседование по вопросам, тест  по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия»  «травматология, ортопедия | Доклад по больному.  Написание истории больного, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков, по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», «неврология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия»  «травматология, ортопедия | Ситуационные задачи, истории болезни, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия», педиатрия», «травматология, ортопедия» |

**Шкала оценки компетенции**

|  |  |
| --- | --- |
| **«отлично»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает глубокие, исчерпывающие знания в объеме пройденной программы, уверенно действует по применению полученных знаний на практике, грамотно и логически стройно излагает материал при ответе, умеет формулировать выводы из изложенного теоретического материала, знает дополнительно рекомендованную литературу  - Задание выполняется правильно в соответствии с алгоритмом, требованиями к содержанию, умение продемонстрировано полностью  - Тест выполнен с итогом выше 95%  - Навык сформирован полностью и проявляется на практике, используется творческий подход |
| **«хорошо»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает твердые и достаточно полные знания в объеме пройденной программы, допускает незначительные ошибки при освещении заданных вопросов, правильно действует по применению знаний на практике, четко излагает материал;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки исправляются самостоятельно. Задание в основном выполнено.  Тест выполнен в пределах от 84% до 95%  - Навык сформирован и проявляется на практике |
| **«удовлетворительно»**  **( базовый уровень)** | - Обучающийся показывает знания в объеме пройденной программы, ответы излагает хотя и с ошибками, но уверенно исправляемыми после дополнительных и наводящих вопросов, правильно действует по применению знаний на практике;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки самостоятельно не исправляются. Задание выполнено частично.  Тест выполнен в пределах от 70% до 83%  - Навык сформирован |
| **«неудовлетворительно»** | - Обучающийся допускает грубые ошибки в ответе, не понимает сущности излагаемого вопроса, не умеет применять знания на практике, дает неполные ответы на дополнительные и наводящие вопросы  - Наличие грубых ошибок, не исправляемых самостоятельно или с помощью. Задание не выполнено.  - Навык не сформирован |

**ПК-10: Г**отовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели оценивания** | | |
| **Обзор** учебной и научной литературы:доклад, презентация (ММП), реферат. Логика построения доклада по больному, грамотность речи, владение коммуникативными навыками. | **Курация** больных. **(**Логика построения доклада по больному, грамотность речи, владение коммуникативными навыками.). | **Правильное оформление** медицинской документации, проведение манипуляций на мулежах  Курация больного. |
| **Критерии оценивания** | | |
| Содержательная логика ответа | Полнота соответствия усвоенного материала темы, навыка к должным подходам, величинам, стандартам, эталонам. | История болезни, этапные эпикризы, оформленные первичные документы на пациента, амбулаторные карты. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий . |
| **Средства оценивания** | | |
| Собеседование по дисциплинам:  «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия», педиатрия», «травматология, ортопедия» | Курация больного.  Написание истории больного, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков. | Ситуационные задачи, истории болезни, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий по дисциплинам «ПВБ», « общая хирургия», «факультетская хирургия, урология», «факультетская терапия», «госпитальная терапия, эндокринология», « «поликлиническая терапия» « неврология», « оториноларингология», «офтальмология», дерматовенерология»  «госпитальная хирургия», педиатрия», «травматология, ортопедия» |

**Шкала оценки компетенции**

|  |  |
| --- | --- |
| **«отлично»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает глубокие, исчерпывающие знания в объеме пройденной программы, уверенно действует по применению полученных знаний на практике, грамотно и логически стройно излагает материал при ответе, умеет формулировать выводы из изложенного теоретического материала, знает дополнительно рекомендованную литературу  - Задание выполняется правильно в соответствии с алгоритмом, требованиями к содержанию, умение продемонстрировано полностью  - Навык сформирован полностью и проявляется на практике, используется творческий подход |
| **«хорошо»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает твердые и достаточно полные знания в объеме пройденной программы, допускает незначительные ошибки при освещении заданных вопросов, правильно действует по применению знаний на практике, четко излагает материал;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки исправляются самостоятельно. Задание в основном выполнено.  - Навык сформирован и проявляется на практике |
| **«удовлетворительно»**  **( базовый уровень)** | - Обучающийся показывает знания в объеме пройденной программы, ответы излагает хотя и с ошибками, но уверенно исправляемыми после дополнительных и наводящих вопросов, правильно действует по применению знаний на практике;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки самостоятельно не исправляются. Задание выполнено частично.  - Навык сформирован частично |
| **«отлично»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся допускает грубые ошибки в ответе, не понимает сущности излагаемого вопроса, не умеет применять знания на практике, дает неполные ответы на дополнительные и наводящие вопросы  - Наличие грубых ошибок, не исправляемых самостоятельно или с помощью. Задание не выполнено.  - Навык не сформирован |
| **«неудовлетворительно»** | - Обучающийся допускает грубые ошибки в ответе, не понимает сущности излагаемого вопроса, не умеет применять знания на практике, дает неполные ответы на дополнительные и наводящие вопросы  - Наличие грубых ошибок, не исправляемых самостоятельно или с помощью. Задание не выполнено.  - Навык не сформирован |

**ПК-11:** готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели оценивания** | | |
| **Обзор** учебной и научной литературы:доклад, презентация (ММП), реферат. Логика построения ответа при собеседовании,грамотность речи, владение коммуникативными навыками. | Логика построения ответа грамотность речи, владение коммуникативными навыками. | **Правильность** применяемых способов использования средств зашиты, приемов сортировки и эвакуации |
| **Критерии оценивания** | | |
| Содержательная логика ответа | Полнота соответствия усвоенного материала темы, навыка к должным подходам, величинам, стандартам, эталонам. | Логичность изложения материала, соответствие принципам и алгоритмам |
| **Средства оценивания** | | |
| Собеседование по вопросам, презентации  по дисциплине « безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф», «травматология , ортопедия | Представление схем алгоритмов действий  по дисциплине « безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф», «травматология , ортопедия | Тест, ситуационные задачи, деловая игра  по дисциплине « безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф», «травматология , ортопедия» |
|  | | |

**Шкала оценки компетенции**

|  |  |
| --- | --- |
| **«отлично»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает глубокие, исчерпывающие знания в объеме пройденной программы, уверенно действует по применению полученных знаний на практике, грамотно и логически стройно излагает материал при ответе, умеет формулировать выводы из изложенного теоретического материала, знает дополнительно рекомендованную литературу  - Задание выполняется правильно в соответствии с алгоритмом, требованиями к содержанию, умение продемонстрировано полностью  - Тест выполнен с итогом выше 95%  - Навык сформирован полностью и проявляется на практике, используется творческий подход |
| **«хорошо»**  **(повышенный уровень)** | - Обучающийся показывает твердые и достаточно полные знания в объеме пройденной программы, допускает незначительные ошибки при освещении заданных вопросов, правильно действует по применению знаний на практике, четко излагает материал;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки исправляются самостоятельно. Задание в основном выполнено.  Тест выполнен в пределах от 84% до 95%  - Навык сформирован и проявляется на практике |
| **«удовлетворительно»**  **( базовый уровень)** | - Обучающийся показывает знания в объеме пройденной программы, ответы излагает хотя и с ошибками, но уверенно исправляемыми после дополнительных и наводящих вопросов, правильно действует по применению знаний на практике;  - Наличие несущественных ошибок при выполнении задания, ошибки самостоятельно не исправляются. Задание выполнено частично.  Тест выполнен в пределах от 70% до 83%  - Навык сформирован |
| **«неудовлетворительно»** | - Обучающийся допускает грубые ошибки в ответе, не понимает сущности излагаемого вопроса, не умеет применять знания на практике, дает неполные ответы на дополнительные и наводящие вопросы  - Наличие грубых ошибок, не исправляемых самостоятельно или с помощью. Задание не выполнено.  - Навык не сформирован |

Приложение № 3 к рабочей программе дисциплины

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ**

2016 г.

**Структура и содержание методических указаний для студентов**

1. ***Тема занятия, его цели и задачи***
2. ***Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы*** *(перечень понятий).*
3. ***Вопросы к занятию***

*Указывается перечень вопросов, которые студенты должны подготовить к занятию.*

***4. Вопросы для самоконтроля***

*Приводятся вопросы, которые соответствуют целям и задачам занятия.*

**Тема Лекции 1**

Становление, развитие и достижения современной травматологии, ортопедии.

Цели: Дать понятие о травматологии и ортопедии. Познакомить студентов с

краткой историей развития травматологии и ортопедии и достижениями на современном этапе.

Задачи:

1. Дать понятие о травматологии и ортопедии.

2. Показать исторический путь развития дисциплины.

3. Обозначить проблемы и достижения современной травматологии и

ортопедии.

План лекции:

1. Введение в травматологию и ортопедию.
2. Цели и задачи травматологии и ортопедии.
3. Основные пути развития травматологии и ортопедии в историческом аспекте, в том числе – в России.
4. Принципы организации ортопедо-травматологической службы.
5. Узловые проблемы травматологии и ортопедии и их решение на современном этапе развития медицинской науки.
6. Современные достижения современной травматологии и

ортопедии.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: фотографии ученых, металлоконструкции, рентгенограммы, эндопротезы, артроскопическая стойка, современная операционная.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**Тема Лекции 2**

Переломы костей. Классификация, клиника, диагностика.

Цели: Изучить классификацию переломов, механизм возникновения и клиническую характеристику переломов.

Задачи:

1. Дать понятие о переломе кости.

2. Знать классификацию переломов по локализации, характеру и смещению отломков.

3. Знать клинику и диагностику переломов.

План лекции:

1. Классификация переломов и механизм их возникновения.
2. Патологоанатомические изменения при переломах.
3. Диагностика и клинические признаки закрытых переломов.
4. Осложнения переломов (первичные, поздние, общие).

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы переломов.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**Тема Лекции 3**

Регенерация костной ткани.

ОСЛОЖНЕНИЯ КОНСОЛИДАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ

Цели: Изучить закономерности сращения переломов.

Задачи:

1. Дать понятие регенерации кости: физиологической и репаративной.

2. Изучить общие закономерности сращения переломов.

План лекции:

1. Физиологическая и репаративная регенерация костной ткани.
2. Строение костной ткана.
3. Регенерация костной ткани. Типы сращения переломов.
4. Стадии образования костной мозоли и ее виды.
5. Нарушение репаративной регенерации костной ткани и возможные методы её профилактики и лечения.
6. Понятие о замедленной консолидации, несросшемся переломе и ложном суставе.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы переломов.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 4**

Основные принципы лечения переломов костей. Реабилитация в травматологии и ортопедии.

Цели: Изучить современные проблемы и основные принципы лечения переломов. Изучить основные принципы реабилитации больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Задачи:

1.Знать принципы лечения переломов.

2.Знать современные способы и методы лечения переломов.

3. Знать основные принципы реабилитации больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА).

План лекции:

1. Принципы лечения переломов: экстренность, обезболивание, репозиция отломков, иммобилизация до консолидации, функциональное лечение, нормализация регенерации, реабилитация.
2. Современные методы консервативного лечения повреждений и заболеваний ОДС.
3. Современные методы оперативного лечения повреждений и заболеваний ОДС.
4. Определение понятия "реабилитация". Основные принципы реабилитации. Цели реабилитации. Виды реабилитации (медицинская, социальная или бытовая и профессиональная).
5. Формы организации и этапы медицинской реабилитации.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы переломов.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 5**

Рентгенологическая диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Цели: Изучить принципы, показания, методики рентгенологического исследования в травматологии и ортопедии. Усвоить основные симптомы и синдромы рентгенодиагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Задачи:

1.Знать основные принципы и правила рентгенографии в травматологии и ортопедии. Преимущества компьютерной томографии и ЯМР-томографии, показания к ним.

2. Изучить алгоритм специальных рентгенологических методов исследования опорно-двигательного аппарата, показания к ним.

План лекции:

1. Лучевая диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата: цели, задачи, виды, показания, достоверность.
2. Основные принципы и правила рентгенографии в травматологии и ортопедии.
3. Рентгенографическая характеристика положения костей, костной структуры, деструкций, формы суставов, костной перестройки.
4. Алгоритм специальных рентгенологических методов исследования, показания к ним.
5. Показания и методика выполнения фистулографии и артрографии.
6. Рентгенодиагностика переломов и вывихов сегментов конечностей.
7. Рентгенодиагностика нарушений консолидации переломов: замедленная консолидация, ложный сустав.
8. Рентгенодиагностика повреждений позвоночника и таза.
9. Рентгенодиагностика воспалительных процессов костной ткани: остеомиелит, артрит.
10. Рентгенодиагностика опухолей скелета и остеохондропатий.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы переломов.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 6**

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ Вывихи в суставах конечностей.

Цели: Изучить частоту, механизм травм, классификацию, клинику, диагностику и принципы лечения травматических вывихов конечностей.

Задачи:

1. Знать определение понятия "вывих костей".

2. Знать классификацию, клинику, диагностику вывихов.

3. Знать основные принципы лечения травматических вывихов конечностей.

План лекции:

1. Определение понятия "вывих костей". Эпидемиология вывихов.
2. Классификация травматических вывихов: полные, неполные; свежие вывихи, несвежие вывихи, застарелые; простой вывих, осложненный вывих; передний вывих, задний вывих; вправимые вывихи, невправимые вывихи; привычные вывихи.
3. Патологические процессы, развивающиеся по мере "старения" вывиха.
4. Клинические симптомы травматических вывихов и рентгенологическая диагностика.
5. Принципы лечения свежих травматических вывихов конечностей: экстренность, обезболивание, одномоментное вправление, фиксация с помощью гипса, рентгенологический контроль, профилактика остеоартроза.
6. Вывихи ключицы, плеча, предплечья, бедра, голени. Классификация. Частота. Механизм травмы. Клиника и диагностика. Первая врачебная помощь. Методы вправления. Лечение в посттравматическом периоде. Профилактика осложнений. Показания к оперативному лечению.
7. Ошибки и осложнения при лечении вывихов.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы вывихов.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 7**

Хронический остеомиелит. Современное хирургическое лечение.

Цели: Ознакомить студентов с современными представлениями о гнойной инфекции костей и суставов. Изучить структуру, частоту, этиопатогенез, классификацию, клинику и диагностику хронического остеомиелита. Освоить профилактику и общие принципы лечения.

Задачи:

1.Знать определение понятия острого и хронического остеомиелита.

2. Знать классификацию остеомиелита по этиологии и клиническим формам: гематогенный, огнестрельный, посттравматический, послеоперационный. Первично-хронический остеомиелит.

3. Знать диагностику, клинику, принципы лечения и профилактику остеомиелита.

План лекции:

1. Понятие острого и хронического остеомиелита.
2. Классификация остеомиелита по этиологии и клиническим формам: гематогенный, огнестрельный, посттравматический, послеоперационный. Первично-хронический остеомиелит.
3. Диагностика остеомиелита: рентгенография, КТ и ЯМР-томография, фистулография.
4. Клиника гематогенного и хронического остеомиелита.
5. Принципы и методы оперативного и консервативного лечения.
6. Профилактика остеомиелита: организационные, тактические, оперативные.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 8**

Множественные и сочетанные повреждения. Травматическая болезнь.

Цели: Изучить современные проблемы, частоту, механизм травм, классификацию, клинику и диагностику множественной и сочетанной травмы опорно-двигательного аппарата (ОДА). Изучить общие принципы лечения политравм.

Задачи:

1.Знать определение понятия "политравма". Классификацию: множественные, сочетанные, комбинированные повреждения, их клиническую характе­ристику.

2. Знать понятия «Травматический очаг», «Доминирующее повреждение», «Синдром взаимного отягощения».

3. Понятие о травматической болезни (Селезнев С.А., Шапот Ю.Б., Багненко С.В., Вашетко Р.В., Алекперов С.А., 1975-2004, 2001, Гуманенко Е.К., 2001).

4. Особенности клиники, диагностики и оказания медицинской помощи пострадавшим с политравмой на этапах медицинской эвакуации, «Damage control».

План лекции:

1. Определение понятия «политравма»: множественные, сочетанные, комбинированные повреждения, их характеристика. Актуальность проблемы. Причины политравм (ДТП, кататравма, производственная травма).
2. Классификация множественных переломов по Никитину Г.Д. (1983). Травматический очаг. Доминирующее повреждение. Синдром взаимного отягощения.
3. Травматическая болезнь, классификация и патогенез, периоды и фазы. Клиника и диагностика.
4. Принципы лечебно-диагностического процесса при тяжелой сочетанной механической травме и особенности их реализации в условиях этапного лечения пострадавших.
5. Новые технологии в лечении политравм: методы объективной оценки тяжести состо­яния при определении лечебной тактики, тактика многоэтапных запрограммирован­ных оперативных вмешательств («Damage control»).

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 9**

Травматический шок. Синдром сдавления. Объем помощи на этапах медицинской эвакуации.

Цели: Ознакомить студентов с современными концепциями травматического шока и синдрома длительного сдавления.

Задачи:

1. Изучить частоту, этиопатогенез, механизм травм, классификацию, травматического шока и синдрома длительного сдавления.

2. Изучить клинику, диагностику травматического шока.

3. Изучить клинику, диагностику синдрома сдавления.

4. Освоить основные принципы оказания медицинской помощи пострадавшим с травматическим шоком и синдромом сдавления на этапах медицинской эвакуации.

План лекции:

1. Понятие о травматическом шоке, этиопатогенез.
2. Классификация травматического шока.
3. Клиника и диагностика травматического шока.
4. Принципы лечения травматического шока.
5. Понятие о синдроме длительного сдавления, этиопатегенез.
6. Классификация синдрома длительного сдавления.
7. Клиника и диагностика синдрома длительного сдавления.
8. Принципы лечения травматического шока.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 10**

Термические поражения. Ожоговая болезнь. Холодовая травма.

Цели: Ознакомить студентов с современным учением о термической травме. Изучить закономерности течения термической травмы: ожогов и отморожений. Изучить основные принципы оказания медицинской помощи пострадавшим с термической травмой на этапах медицинской эвакуации.

Задачи:

1. Изучить классификацию, клинику, диагностику термического ожога.

2. Изучить классификацию, клинику, диагностику отморожения.

3. Овладеть знаниями по медицинской сортировке, мероприятиям первой врачебной помощи при термических повреждениях в очагах массовых потерь и на этапах медицинской эвакуации.

План лекции:

1. Классификация ожогов по этиологическим факторам. Виды ожогов. Диагностика степени и глубины ожога. Способы определения площади. Прогноз ожоговой травмы.
2. Ожоговая болезнь: патогенез и клиника. Ожоговый шок. Лечение.
3. Оказание первой медицинской помощи и первой врачебной помощи при ожогах различной природы. Лечение поверхностных и глубоких ожогов. Кожная пластика.
4. Современная классификация холодовой травмы. Современные взгляды на возникновение первичного и вторичного некроза при отморожениях (теория кристаллизации тканевых жидкостей и нарушение кровообращения при снижении температуры в тканях). Периоды отморожений. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение. Метод Голомидова.
5. Поражение электрическим током: патогенез, клиника и лечение.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 11**

Системные заболевания опорно-двигательной системы.

Цели: Ознакомить студентов с системными заболевании скелета, наиболее часто встречаю­щиеся и имеющие наибольшее практическое значение.

Задачи:

1. Изучить основные формы системных заболеваний скелета, их эпидемиологию, классификацию, этиологию.

2. Знать клинику и принципы лечения системных заболеваний скелета.

План лекции:

1. Дать определение основным формам системных заболеваний скелета (ахондроплазия, фиброзная остеодисплазия, несовершенный остеогенез, дисхондроплазия (болезнь Олье), экзостозной хондродисплазии).
2. Классификации, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение фиброзной остеодисплазии.
3. Классификации, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение ахондроплазии.
4. Классификации, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение несовершенного остеогенеза.
5. Классификации, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение дисхондроплазии (болезнь Олье),
6. Классификации, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение экзостозной хондродисплазии.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 12**

Деструктивно-дистрофические заболевания позвоночника и суставов.

Цели: Изучить эпидемиологию, частоту, классификацию, этиологию и патогенез, патологическую анатомию и стадии процесса, клинику и диагностику деформирующего артроза и остеохондроза позвоночника. Освоить профилактику и общие принципы лечения.

Задачи:

1. Знать определение понятия "дегенеративно-дистрофические заболевания" опорно-двигательной системы, "деформирующий артроз" суставов.

2. Знать этиологию и патогенез остеохондроза и деформирующего артроза (остеоартроза). Классификации.

3. Знать диагностику, клинику дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и суставов конечностей.

4. Знать принципы лечения и профилактику.

План лекции:

1. Понятия "дегенеративно-дистрофические заболевания" опорно-двигательной системы, "деформирующий артроз" суставов.
2. Эпидемиология, этиология и патогенез деформирующего артроза (остеоартроза). Классификация (Kelgren. 1956; Н.С. Косинской, 1961)
3. Клиника и диагностика. Коксартроз. Гонартроз. Базисная терапия артрозов.
4. Принципы лечения деформирующего артроза в зависимости от стадии заболевания. Консервативные методы лечения. Методы оперативного лечения: корригирующие остеотомии таза, бедра, большеберцовой кости и их виды, артропластика суставов, эндопротезирование. Артродез суставов. Показания к оперативному лечению деформирующего артроза.
5. Этиопатогенез и классификация остеохондроза позвоночника. Биомеханика и физиология межпозвонкового сегмента.
6. Стадии остеохондроза. Клиника, диагностика остеохондроза позвоночника различной локализации. Варианты проявления остеохондроза, спондилеза, спондилоартроза.
7. Профилактика. Современные принципы консервативного и оперативного лечения остеохондроза позвоночника. Показания к консервативным и оперативным методам лечения.
8. Медицинская, профессиональная и социальная реабилитация больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника и суставов конечностей.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 13**

Остеохондропатии (асептические некрозы костей). Опухоли костей.

Цели: Изучить эпидемиологию, частоту, классификацию, этиологию и патогенез, патологическую анатомию и стадии процесса, клинику и диагностику остеохондропатий и опухолей костей. Освоить способы лечения.

Задачи:

1. Изучить основные формы остеохондропатий и костных опухолей, их эпидемиологию, классификацию, этиологию.

2. Знать клинику и принципы лечения остеохондропатий и костных опухолей.

План лекции:

1. Определение остеохондропатии. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия и стадии процесса.
2. Классификация остеохондропатий. Частота и распространенность. Оперативные методы лечения.
3. Клиника, диагностика и лечение болезни Келера II, Келера I, Осгуда-Шлаттера, Шейерманна-Мау, Кинбека, Кёнига, Легга-Кальве-Пертеса.
4. Частота и распространенность опухолей костей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
5. Характеристика злокачественных и доброкачественных опухолей. Клиника и диагностика новообразований костей.
6. Дополнительные методы исследований в диагностике новообразований (рентгенологический, клинический лабораторный, метод компьютерной томографии, ядерно-магнитный резонанс и др.).
7. Клиника, диагностика и лечение некоторых опухолей: остеогенная саркома, хондросаркома, саркома Юинга, ретикулосаркома, миелома.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 14**

Остеопороз и остеопения в травматологии и ортопедии.

Цели: Ознакомить студентов с современными представлениями о остеопорозе. Изучить структуру, частоту, этиопатогенез, классификацию, клинику и диагностику остеопороза и остеопении. Освоить профилактику и общие принципы лечения.

Задачи:

1. Знать формулировку остеопорозу и социальную значимость заболевания.

2. Знать этиологию и патогенез остеопороза. Классификация.

3. Знать диагностику и клинику остеопороза.

4. Знать принципы лечения и профилактику остеопороза.

План лекции:

1. Социальная проблема остеопороза. Эпидемиология. Этиопатогенез.
2. Фазы ремоделирования костной ткани. Морфология и физиология костной ткани.
3. Классификация: первичный и вторичный остеопороз. Диагностика. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ): остеопения, остеопороз. Денситометрия.
4. Рентгенологические признаки остеопороза.
5. Основные принципы лечения и профилактики остеопороза.
6. Роль травматолога и ортопеда в лечении остеопороза.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 15**

Сколиотическая болезнь.

Цели: Изучить приобретённые деформации позвоночника: нарушение осанки и сколиоз. Их частоту и классификацию, этиологию и патогенез, клинику и основные принципы лечения.

Задачи:

1. Знать определение понятий сколиоз и сколиотическая болезнь.

2. Знать этиологию и патогенез сколиоза. Классификация сколиоза.

3. Знать диагностику и клинику сколиоза.

4. Знать принципы лечения и профилактику сколиоза.

План лекции:

1. Определение понятий сколиоз и сколиотическая болезнь. Формы сколиоза – функциональный, структуральный, врожденный, идеопатический.
2. Приобретенные формы сколиоза – паралитический, рахитический. Патогенез заболевания, факторы нарушающие нормальный рост позвонков. Ассиметричный рост позвонков, торсия позвоночника, изменения структуры и формы позвонков, сопутствующие деформации грудной клетки.
3. Нарушения со стороны органов грудной полости.
4. Структура деформации – первичная дуга и компенсаторные дуги искривления.
5. Типы сколиоза по Понсетти и Фридману.
6. Клинико-рентгенологическая классификация по Чаклину В.Д.
7. Принципы лечения сколиотической болезни. Консервативное лечение на ранних стадиях. Оперативное лечение.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 16**

Эндопротезирование суставов. Показания и противопоказания. Виды эндопротезов. Осложнения.

Цели: Изучить современные системы и виды эндопротезов крупных суставов, показания и противопоказания к эндопротезированию, осложнения и их профилактику.

Задачи:

1. Знать современные системы и виды эндопротезов крупных суставов.

2. Знать показания и противопоказания к эндопротезированию, основные этапы выполнения эндопротезирования.

3. Знать осложнения и их профилактику.

План лекции:

1. Понятие эндопротезирования суставов. Их социальная значимость. Потребность населения в эндопротезировании крупных суставов конечностей.
2. Исторические вехи развития эндопротезирования. Роль проф. К.М. Сиваша в отечественном эндопротезировании.
3. Характеристика конструкций эндопротезов. Классификация эндопротезов.
4. Показания и противопоказания к эндопротезированию.
5. Предоперационное обследование и подготовка пациентов к операции.
6. Хирургические доступы, техника эндопротезирования.
7. Ведение пациентов в послеоперационном периоде.
8. Осложнения операции эндопротезирования: ранние и поздние. Их профилактика и лечение.
9. Ревизионное эндопротезирование, показания.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**ТЕМА ЛЕКЦИИ 17**

Ампутации и экзартикуляции. Протезирование и ортезирование при патологии опорно-двигательного аппарата.

Цели: Изучить показания к ампутациям и экзартикуляциям, их классификации, основные способы и принципы выполнения. Изучить принципы и возможности протезирования и ортезирования.

Задачи:

1. Знать абсолютные и относительные показания к ампутации.

2. Знать классификацию ампутаций.

3. Знать принципы выполнения ампутаций, способы рассечения мягких тканей.

4. Знать основные принципы и возможности протезирования и ортезирования верхних и нижних конечностей.

План лекции:

1. Определение понятия "ампутация и экзартикуляция конечностей"
2. Абсолютные и относительные показания к ампутации;
3. Классификация ампутаций – первичные, вторичные, поздние, повторные;
4. Техника ампутаций, способы рассечения мягких тканей – гильотинный, круговой, лоскутный; техника опила костей – костно-, тендо-, мио-пластический.
5. Ампутации и экзартикуляции на нижних конечностях.
6. Ампутации и экзартикуляции на верхних конечностях.
7. Организация протезно-ортопедической помощи населению.
8. Протезирование: цели и задачи, виды протезов конечностей, подготовка культи к протезированию.
9. Болезни и пороки ампутационных культей: диагностика, методы профилактики и лечения.
10. Ортезирование. Ортопедические изделия: корсеты, ортезы, аппараты, тутора, бандажи, головодержатели.
11. Ортопедическая обувь: Ее назначение. Показания к применению ортопедической обуви: пло­ская стопа, укорочение длины следа стопы, укорочение длины конечности, паралитическая дефор­мация стопы, врожденная косолапость, специальная обузь на аппараты и туторы.
12. Супинаторы и пронаторы.

Характер иллюстрированного материала:

* презентация, используется мультимедийная приставка.
* слайды: схемы, рисунки и рентгенограммы.

Продолжительность лекции – 2 академических часа.

**Содержание практических разделов дисциплины**

**Тема занятия 1**

Методы обследования в травматологии и ортопедии. Знакомство с клиникой. Курация пациентов. Обход травматолого-ортопедического отделения.

**1. Цели занятия:**

- Ознакомить студентов с организацией травматолого-ортопедической службы России, Архангельской области, с работой травматолого-ортопедического отделения.

- Обозначить узловые проблемы травматологии и ортопедии и их решение на современном этапе развития медицинской науки.

**-** Изучить основные методы обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы, диагностику повреждений и типичных ортопедических заболеваний.

**Задачи занятия:**

- Изучить конституционные особенности и состояние больного.

- Освоить особенности сбора анамнеза, методику объективного осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации в диагностике повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.

- Изучить оси конечностей, соотношение осей сегментов конечностей в норме и патологии.

- Уметь выполнять измерение длины окружности, объема движений в суставах конечностей в норме и патологии.

- Изучить структуру и основные показатели работы травматолого-ортопедического отделения.

- Обозначить функциональные обязанности должностных лиц врача травматолога и заведующего отделением.

- Знакомство с медицинской документацией.

- Изучить особенности общения, сбора анамнеза у пациентовтравматологического профиля.

- Ознакомить студентов с работой в перевязочной, гипсовой, с контингентом пациентов, находящихся на лечении в стационаре.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Социально-экономические аспекты травматизма.

- Частота и причины травм и заболеваний опорно-двигательной системы (ОДС).

- Вопросы экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности при типичных повреждениях и ортопедических заболеваниях.

- Методы профилактики травм и заболеваний ОДС.

- Основные медико-экономические стандарты в травматологии и ортопедии.

- Анатомическая структура костей: эпифиз, диафиз, метафиз, апофиз.

- Нарушение взаимоотношений суставных концов: вывих, подвывих.

- Ограничение подвижности суставов: анкилоз, ригидность, контрактура.

- Оси конечностей, амплитуда движений в суставах.

**3. Вопросы к занятию:**

- Общие правила и принципы исследования больного с травмой и ортопедической патологией: анамнез, осмотр общий и местный, пальпация, аускультация.

- Измерение движения в суставах, длины и окружности конечностей.

- Нарушение движения в виде контрактуры, ригидности, анкилоза.

- Исследование мышечной силы.

- Лабораторные, рентгенологические исследования.

- Пункция суставов, биопсия.

- Обследования позвоночника. Соотношение надплечий, лопаток. Нормальная осанка, патологическая осанка: плоская спина, сутулая спина, кругло-вогнутая, нарушение осанки во фронтальной плоскости. Физиологические изгибы позвоночника. Треугольник талии. Линия остистых отростков. Соотношение плечевого и тазового пояса (линия отвеса). Пальпация и перкуссия позвонков. Объем движений. Патологические симптомы при воспалительных заболеваниях, врожденной и приобретенной ортопедической патологии.

- Обследование верхних конечностей. Ось, длина верхней конечности, измерение длины. Особенности плечелопаточного сустава. Движения в нем, их амплитуда. Патологические изменения при вывихе плеча, заболеваниях сустава. Особенности локтевого сустава, движения в нем. Линия надмыщелков Маркса, треугольник и линия Гютера. Патологические симптомы при переломах в этой области, вывихах, воспалительных заболеваниях. Супинация и пронация кисти, измерения и объем движений. Особенности кистевого сустава, движения в нем. Изменения при травмах и заболеваниях. Исследования кисти и пальцев.

- Исследования таза и нижних конечностей. Обследование таза. Костные ориентиры. Соотношение биспинальной линии, межвертельной и линии лонного сочленения. Линии Розера-Нелатона, Куслика, Шемакера, треугольник Бриана, их роль в определении соотношения головки бедра и вертлужной впадины. Нормальная походка, спастическая, паралитическая, «Утинная», подпрыгивающая. Хромота и ее виды. Длина, ширина, угол шага. Ось нижней конечности. Виды длины: анатомическая, относительная, функциональная. Виды укорочения.

- Организация амбулаторной и стационарной травматологической службы.

- Современные методы диагностики, консервативного и оперативного лечения повреждений и заболеваний ОДС.

- Особенности общения, сбора анамнеза, соблюдение правил деонтологии в условиях травматологического отделения.

- Требования к заполнению историй болезни, к оформлению больничных листков, к экспертизе нетрудоспособности.

- Правила асептики и антисептики при работе в перевязочной, операционной, гипсовой.

- Хирургические инструменты, имплантаты, наборы для скелетного вытяжения.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1) Повторить учебный материал:

- с кафедры нормальной анатомии: анатомия верхних и нижних конечностей,

- с кафедры общей хирургии: асептика, антисептика, местное обезболивание,

- с кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии: топография сосудов и нервов,

- с кафедры общественное здоровье и здравоохранения: организация медицинской помощи населению.

2) Основные аспекты приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

3) Виды нарушения движений в суставах.

4) Главные сагиттальная, фронтальная, горизонтальные плоскости. Виды осанки.

5) Измерение длины верхних и нижних конечностей.

6) Виды укорочения нижних конечностей.

7) Объем движений в нормальных суставах конечностей.

8) Измерения объема движений в суставах.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Анатомия опорно-двигательного аппарата.  2. Ложный сустав. | Список терминологии (глоссарий)  Презентация |

**Тема занятия 2**

Гипсовая повязка и техника наложения. Скелетное вытяжение. Рентгенологическое обследование в травматологии и ортопедии.

**1. Цели занятия:**

Изучить основные принципы и технику гипсовой иммобилизации, скелетного вытяжения, рентгенографического обследования больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы.

**Задачи занятия:**

- Познакомить студентов с видами лечебных гипсовых повязок. Обучить технике подготовки и использования гипсовой повязки. Знать возможные осложнения от гипсовых повязок и их профилактику.

- Знать принципы и фазы скелетного вытяжения при лечении переломов, показания и противопоказания, технику наложения скелетного вытяжения.

- Изучить принципы и виды рентгенологического исследования, правила чтения рентгенограмм при костной патологии.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Виды гипсовых повязок: лонгетная, циркулярная, лонгетно-циркулярная, тазобедренная, торакобрахиальная, торакокраниальная, Смирнова-Ванштейна, гипсовая кроватка, гипсовый корсет.

- Структура и плотность костной ткани: остеопороз, остеосклероз, минерализация костной мозоли.

- Принципы и фазы лечения переломов методом скелетного вытяжения.

**3. Вопросы к занятию:**

- История, виды гипсовых повязок.

- Подготовка, техника наложения гипсовых повязок, показания и противопоказания к их применению.

- Показания и противопоказания применения метода скелетного вытяжения, техника и методика его наложения.

- Рентгенологическое исследование, его разновидности и показания к ним, принципы чтения и оценка рентгенограмм.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1. Состав гипса, пробы на качество.
2. Правила использования гипсовых повязок, показания, техника.
3. Набор для скелетного вытяжения.
4. Обезболивание, техника и места проведения спиц.
5. Чтение рентгенограмм (область исследования, проекции, вид патологии, оценка степени минерализации костной мозоли).

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Современные технологии иммобилизации сегментов конечности  2. Количественные показатели рентгенанатомических взаимоотношений в тазобедренном суставе | Презентация  Реферат |

**Тема занятия 3**

Транспортная иммобилизация. Повреждения мягких тканей. Повреждения мышц, сухожилий, связок. Клиника. Диагностика. Лечение.

**1. Цели занятия:**

- Ознакомить студентов с принципами и основными правилами транспортной иммобилизации.

- Ознакомить студентов с основными видами повреждений мягких тканей: ушибы, сдавление, растяжения и разрывы, бурситы.

- Изучить клинические формы повреждения мышц, сухожилий, связок и оказание первой медицинской, доврачебной помощи и врачебной помощи.

**Задачи занятия:**

- Изучить методы, средства и правила транспортной иммобилизации, оптимальную укладку пострадавших для транспортировки.

- Изучить транспортную иммобилизацию при травмах позвоночника, таза, конечностей, средства транспортной иммобилизации.

- Знать показания и технику наложения транспортных шин в зависимости от локализации повреждения.

- Показать возможные ошибки и осложнения при наложении транспортных шин.

- Ознакомить студентов с набором медикаментов, перевязочного материала, используемых в перевязочной.

- Изучить общую характеристику и классификацию закрытых повреждений мягких тканей: ушибы, растяжения, сдавления, разрывы и повреждения связок, сухожилий, мышц.

- Обучить студентов диагностике и оказанию помощи на этапах первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи при травмах мягких тканей.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Виды транспортных средств: лестничная шина Крамера, транспортно-лечебная шина Дитерихса, вакуумные шины.

- Ушиб. Миозит. Бурсит. Тендовагинит. Тендинит. Десмургия.

- Классификация повреждений мягких тканей. Боль. Припухлость. Кровоподтек. Нарушение функции суставов. Гемартроз. Избыточная подвижность в суставах. Иммобилизация. Разрыв связок. Повреждения менисков.

**3. Вопросы к занятию:**

- Показания для наложения транспортных шин.

- Правила и техника наложения транспортной иммобилизации.

- Возможные осложнения при транспортной иммобилизации.

- Виды средств, используемые для иммобилизации.

- Транспортно-лечебные шины.

- Классификация повреждений мягких тканей.

- Основные причины, обстоятельства повреждения мягких тканей.

- Ушибы, растяжения: клиника, диагностика, лечение.

- Повреждение связочного аппарата коленного, голеностопного, кистевого

суставов: клиника, диагностика, лечение.

- Повреждение сухожилий, мышц: клиника, диагностика, лечение.

- Сдавление: клиника, диагностика, лечение.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1. Показания, правила наложения лестничных шин.
2. Показания и правила наложения шины Дитерихса.
3. «Импровизированные» шины – использование подручных средств при отсутствии табельных шин.
4. Возможные осложнения при использовании шин и гипсовых повязок.

5) Мероприятия первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи при ушибах, растяжениях, повреждении связочного аппарата, сдавлении, повреждениях сухожилий, мышц.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Травматический бурсит. Клиника, диагностика. Лечение.  2. Оказание помощи пострадавшим с открытыми повреждениями сухожилий кисти на этапах первой медицинской, доврачебной и врачебной помощи. | Презентация  Реферат |

**Тема занятия 4**

Переломы и вывихи костей ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА И ПЛЕЧА. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

**1. Цели занятия:**

- Изучить особенности клиники, диагностики и способы лечения пострадавших с повреждениями костей плечевого пояса и плеча.

**Задачи занятия:**

- Изучить частоту, механизм получения переломов и вывихов костей плечевого пояса и плеча.

- Знать классификацию переломов по АО ASIF ( M.E.Muller) и вывихов костей плечевого пояса и плеча по локализации и характеру смещения.

- Изучить особенности обследования, способы диагностики и клинику повреждений плечевого пояса и плеча.

- Знать основные методы консервативного и оперативного лечения повреждений плечевого пояса и плеча.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Классификация, клиника, диагностика, лечение переломов и вывихов костей плечевого пояса и плеча. Анатомическая шейка плеча. Хирургическая шейка плеча. Надмыщелковые переломы плечевой кости. Классификация вывихов костей плечевого пояса и плеча. Вывих. Подвывих.

**3. Вопросы к занятию:**

1. Частота повреждений костей плечевого пояса и плеча.
2. Механизмы травмы.
3. Особенности клиники и диагностики повреждений костей плечевого пояса и плеча (переломов и вывихов).
4. Основные методы консервативного и оперативного лечения с переломов и вывихов костей плечевого пояса и плеча.

5) Основные способы обезболивания, методы репозиции переломов и вправления вывихов костей плечевого пояса и плеча, возможные осложнения.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1) Основные виды переломов, переломовывихов костей плечевого пояса и плеча.

2) Клинические и рентгенологические признаки переломов, переломовывихов, вывихов костей плечевого пояса и плеча.

3) Показания для закрытого и открытого методов лечения переломов, переломовывихов, вывихов костей плечевого пояса и плеча.

4) Оказание первой медицинской помощи, доврачебной и первой врачебной помощи пострадавшим с повреждениями плечевого пояса и плеча.

5) Скелетное вытяжение, гипсовые повязки при лечении переломов и вывихов костей плечевого пояса и плеча.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Оперативное лечение переломов лопатки  2. Оперативные методы лечения привычного вывиха плеча | Презентация  Реферат |

**Тема занятия 5**

Переломы и вывихи костей предплечья и кисти. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

**1. Цели занятия:**

- Изучить особенности клиники, диагностики и способы лечения пострадавших с повреждениями костей предплечья и кисти.

**Задачи занятия:**

- Изучить частоту, механизм получения переломов и вывихов костей предплечья и кисти.

- Знать классификацию переломов по АО ASIF ( M.E.Muller) и и вывихов костей предплечья и кисти по локализации и характеру смещения.

- Изучить особенности обследования, способы диагностики и клинику повреждений предплечья и кисти.

- Знать основные методы консервативного и оперативного лечения, возможные осложнения.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Классификация, клиника, диагностика, лечение переломов и вывихов костей предплечья и кисти. Классификация вывихов костей предплечья и кисти. Вывих. Подвывих. Радиоульнарный и радиосуставной углы. Перелом лучевой кости в типичном месте. Переломовывихи Монтеджи и Галеацци. Перелом Беннета.

**3. Вопросы к занятию:**

1. Частота повреждений костей предплечья и кисти.
2. Механизмы травмы.
3. Особенности клиники и диагностики повреждений костей предплечья и кисти (переломов и вывихов).
4. Основные методы консервативного и оперативного лечения.

5) Основные способы обезболивания, методы репозиции переломов и вправления вывихов костей предплечья и кисти, возможные осложнения.  
6) Переломовывихи костей предплечья (диагностика, лечение, осложнения).

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1) Основные виды переломов, переломовывихов костей предплечья и кисти.

2) Клинические и рентгенологические признаки переломов, переломовывихов, вывихов костей предплечья и кисти.

3) Показания для закрытого и открытого методов лечения переломов, переломовывихов, вывихов костей предплечья и кисти.

4) Оказание первой медицинской помощи, доврачебной и первой врачебной помощи пострадавшим с повреждениями предплечья и кисти.

5) Обезболивание, методы вправление переломов, переломовывихов костей предплечья и кисти, виды гипсовых повязок.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Переломовывих Беннета  2. Туннельные синдромы при повреждениях предплечья в нижней трети | Презентация  Реферат |

**Тема занятия 6**

Переломы и вывихи бед­ра. Повреждения коленного сустава (связки, мениски). Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

**1. Цели занятия:**

- Изучить клинику, диагностику и способы лечения повреждений бедра и коленного сустава.

**Задачи занятия:**

- Изучить частоту, механизм получения переломов и вывихов бедренной кости, повреждений коленного сустава.

- Знать классификацию переломов и вывыихов бедренной кости по локализации, характеру смещения и по АО ASIF ( M.E.Muller).

- Знать клинические и рентгенологические признаки переломов и вывихов бедренной кости, повреждений коленного сустава.

- Изучить основные способы обезболивания, методы репозиции переломов и вывихов бедренной кости, повреждений коленного сустава.

- Изучить показания, способы консервативного и оперативного лечения переломов и вывихов бедренной кости, повреждений коленного сустава. Возможные осложнения.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Классификация, клиника, диагностика, лечение переломов и вывихов бедренной кости и повреждений коленного сустава. Медиальные, межвертельные, подвертельные переломы бедренной кости. Перелом мыщелков бедренной кости. Шеечно-диафизарный угол, симптомы Гирголава, «прилипшей пятки», баллотирования надколенника, «выдвижного ящика», Байкова, Перельмана, Турнера. Менискэктомия. Деротационный сапожок.

**3. Вопросы к занятию:**

1. Анатомо-физиологические особенности строения бедренной кости, проксимального отдела бедра.
2. Классификация переломов и вывихов бедренной кости.
3. Особенности клиники и диагностики переломов бедренной кости.
4. Медиальные переломы шейки бедренной кости, диагностика и лечение.
5. Консервативное и оперативное лечение переломов бедра, возможные осложнения.
6. Повреждения менисков, связочного аппарата коленного сустава. Способы диагностики и лечения.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1) Классификация переломов и вывихов бедренной кости.

2) Особенности медиальных переломов шейки бедренной кости, причины неудач консервативного лечения.

3) Клинические и рентгенологические признаки переломов и вывихов бедренной кости на разных уровнях: диагностика, клиника, лечения, осложнения.

4) Показания к консервативному (гипсовая повязка, скелетное вытяжение) и оперативному лечению. Возможные осложнения. Сроки лечения.

5) Симптомы повреждения менисков, крестообразных и боковых связок коленного сустава. Лечение.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Медиальный перелом шейки бедра у пожилых пациентов  2. Повреждения менисков коленного сустава | Презентация  Презентация |

**Тема занятия 7**

Переломы и вывихи костей голени и стопы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

**1. Цели занятия:**

- Изучить клинику, диагностику и способы лечения повреждений голени и стопы.

**Задачи занятия:**

- Изучить частоту, механизм получения переломов костей голени и стопы.

- Знать классификацию переломов костей голени и стопы по локализации, характеру смещения и по АО ASIF ( M.E.Muller).

- Знать клинические и рентгенологические признаки переломов голени и стопы.

- Изучить основные способы обезболивания, методы репозиции переломов голени и стопы.

- Изучить показания, способы консервативного и оперативного лечения переломов голени и стопы, возможные осложнения.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Классификация, клиника, диагностика, лечение переломов костей голени и стопы. Бамперный перелом костей голени, переломы лодыжек по типу Дюпюитрена, Мальгеня, Десто, Пота, «трехлодыжечный» перелом, угол суставной части бугра пяточной кости Белера. Вывих, подвывих в голеностопном и подтаранном суставах.

**3. Вопросы к занятию:**

1) Классификация переломов костей голени и стопы.

2) Пронационные и супинационные переломы лодыжек.

3) Особенности клиники и диагностики переломов костей голени и стопы.

4) Методы обезболивания при переломах костей голени и стопы.

5) Основные консервативные и оперативные методы лечения переломов костей голени и стопы, возможные осложнения.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1) Классификация. Основные виды переломов костей голени и стопы.

2) Клинические и рентгенологические признаки переломов голени и стопы. 3) Показания для закрытого и открытого методов лечения переломов голени и стопы.

4) Консервативное и оперативное лечение переломов костей голени и стопы. Возможные осложнения. Сроки лечения.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Перелом таранной кости  2. Вывихи в суставах стопы | Презентация  Презентация |

**Тема занятия 8**

Амбулаторный прием в травма­тологическом пункте

**1. Цели занятия:**

- Изучить принципы организации амбулаторной помощи больным с травмами и ортопедическими заболеваниями, способы и методы оказания первой медицинской, первой врачебной и квалифицированной помощи пострадавшим с травмой.

**Задачи занятия:**

- Изучить организацию работы травматологического пункта, порядок работы всех структурно-функциональных подразделений травматологического пункта.

- Изучить особенности диагностики и лечения травм опорно-двигательного аппарата в амбулаторных условиях, виды амбулаторной травмы, клинические проявления, дополнительные методы обследования больных с травмой;

- Знать показания к амбулаторному и стационарному лечению больных с травмой и ортопедическими заболеваниями.

- Изучить критерии определения трудоспособности при типичных ортопедических заболеваниях и травмах, порядок направления на МСЭ.

- Изучить принципы профессиональной, социальной и медицинской реабилитации у больных с последствиями травм и ортопедическими заболеваниями.

- Изучить вопросы оформления медицинской документации (амбулаторная карта, статистические талоны, спра­вки, направления во вспомогательные кабинеты, выписка рецептов).

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Принципы амбулаторного лечения типичных повреждений и ортопедических заболеваний. Амбулаторная травма. Транспортная и лечебная иммобилизация. Временная нетрудоспособность. Реабилитация пострадавших.

**3. Вопросы к занятию:**

1) Повторить учебный материал с кафедры нормальной анатомии (анатомии анатомия верхних и нижних конечностей), с кафедры общей хирургии (асептика, антисептика, местное обезболивание), с кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии (топография сосудов и нервов).

1. Структура травматологического пункта, порядок работы. Медицинская документация.
2. Виды, характер и особенности амбулаторной травмы, клинические проявления, дополнительные методы обследования.
3. Способы и методы оказания первой медицинской, первой врачебной и квалифицированной помощи пострадавшим с амбулаторной травмой.
4. Чтение рентгенограмм, транспортная и лечебная иммобилизация. Гипсовая техника.
5. Местное обезболивание при переломах и вывихах, вправление простых вывихов плеча и пальцев,
6. Обработка и ПХО ран, наложение швов, повязок.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1) Объём амбулаторной медицинской помощи на уровне городского травмпункта.

2) Показания для стационарного лечения больных с травмами опорно-двигательного аппарата.

3) Ориентировочные сроки иммобилизации при травмах, временной нетрудоспособности, показания направления больных на МСЭ.

4) Составить таблицу видов мягких и гипсовых повязок.

5) Составить алгоритм проведения местного обезболивания при переломах и вывихах сегментов конечности, ситуационную задачу.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Профилактика столбняка  2. Профилактика бешенства и клещевого энцефалита | Презентация  Презентация |

**Тема занятия 9**

Повреждения позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

**1. Цели занятия:**

Изучить клинику, диагностику и способы лечения повреждений позвоночника.

**Задачи занятия:**

- Изучить частоту, механизм получения повреждений позвоночника.

- Знать классификацию переломов позвоночника.

- Знать клинические и рентгенологические признаки переломов позвоночника.

- Изучить основные способы обезболивания, методы репозиции переломов позвоночника.

- Изучить способы консервативного и оперативного лечения повреждений позвоночника. Возможные осложнения.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Классификация, клиника, диагностика, лечение переломов позвоночника. Компрессионные переломы позвоночника. Стабильные и нестабильные повреждения позвоночника. Клин Урбана. Одномоментная реклинация. Реклинирующий корсет. Ликвородинамические пробы.

**3. Вопросы к занятию:**

1. Механизм травмы: сгибательный, разгибательный, компрессионный.
2. Классификация: переломы, вывихи, переломовывихи позвонков.
3. Неосложненные и осложненные повреждения позвоночника.
4. Клиника. Рентгенодиагностика.
5. Методы обезболивания при переломах позвоночника, транспортная иммобилизация.
6. Консервативные методы лечения: функциональный, постепенная репозиция компрессионных переломов, ме­тод постепенной этапной репозиции с последующим наложениемиммобилизационного гипсового корсета, метод одномоментной репозиции вывихов шейно­го отдела позвоночника, метод одномоментной репозиции переломов с последующим наложением реклинирующего корсета.
7. Методы оперативного лечения – Операции, разгружающие спинной мозг.

Операции, стабилизирующие позвоночник (передний спондилодез, задний спондилодез, транспедикулярная фиксация).

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1) Механизм травмы, основные виды переломов позвоночника.

2) Клинические и рентгенологические признаки переломов позвоночника.

3) Консервативное и оперативное лечение переломов позвоночника.

4) Функциональный метод лечения по Древинг-Горневской.

5) Метод одномоментной репозиции переломов с последующим наложением реклинирующего корсета.

6) Болезнь Кюммеля.

7) Осложнения при переломах позвоночника.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Переломовывихи шейного отдела позвоночника | Реферат/Презентация |

**Тема занятия 10**

Повреждения таза. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

**1. Цели занятия:**

Изучить клинику, диагностику и способы лечения повреждений таза

**Задачи занятия:**

- Изучить частоту, механизм получения переломов костей таза.

- Знать классификацию переломов костей таза.

- Знать клинические и рентгенологические признаки переломов костей таза.

- Изучить основные способы обезболивания, методы репозиции переломов костей таза.

- Изучить способы консервативного и оперативного лечения переломов костей таза. Возможные осложнения.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Классификация, клиника, диагностика, лечение переломов костей таза. Переломы костей таза: простые и дезинтегрирующие. Вертикальная и ротационная нестабильность тазового кольца. Внутритазовая анестезия по Школьникову, Селиванову и Цодыкса. Положение по Волковичу. Симптом Габая. Симптом «прилипшей пятки».

**3. Вопросы к занятию:**

1. Анатомия таза, суставы, связки.
2. Механизм травмы.
3. Классификация повреждений таза по А.В.Каплану, по АО ASIF.
4. Травматический шок при переломах таза, осложненные переломы таза.
5. Клиника. Рентгенодиагностика. Цистография.
6. Методы обезболивания при переломах таза, транспортная иммобилизация.
7. Ме­тоды лечения: обезболивание, скелетное вытяжение, гамаки, оперативное лечение переломов таза, оперативное лечение осложненных переломов таза. Осложнения и их профилактика.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1) Механизм травмы, основные виды переломов позвоночника.

2) Механизм травмы, основные виды переломов костей таза.

3) Клинические и рентгенологические признаки переломов позвоночника и костей таза.

4) Консервативное и оперативное лечение переломов позвоночника.

5) Консервативное и оперативное лечение переломов костей таза.

6) Осложнения при переломах позвоночника и костей таза.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Внеочаговый остеосинтез переломов костей таза  2. Переломы вертлужной впадины таза | Презентация |

**Тема занятия 11**

Травматический шок. Синдром сдавления.

Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

**1. Цели занятия:**

- Ознакомить студентов с современными концепциями травматического шока и синдрома длительного сдавления. Изучить частоту, этиопатогенез, механизм травм, классификацию, клинику и диагностику травматического шока и синдрома длительного сдавления. Освоить основные принципы оказания медицинской помощи пострадавшим на этапах медицинской эвакуации.

**Задачи занятия:**

- Изучить клинику, диагностику, классификацию травматического шока.

- Изучить клинику, диагностику, классификацию синдрома сдавления.

- Овладеть знаниями по медицинской сортировке и по объёму помощи на этапах медицинской эвакуации: первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, квалифицированной, специализированной помощи пострадавшим с травматическим шоком и синдромом сдавления.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Травматический шок. Травматическая болезнь. Синдром длительного сдавления (позиционный синдром, краш-синдром). Реакция «централизация кровообращения». Индекс шока. Понятие о «шоковом легком», «шоковой почке», «шоковой печени». Эндотоксикоз.

**3. Вопросы к занятию:**

1. Этиопатогенез синдрома длительного сдавления и травматического шока.
2. Фазы травматического шока и синдрома длительного сдавления.
3. Степень тяжести синдрома длительного сдавления и травматического шока.
4. Объем оказания медицинской помощи при синдроме длительного сдавления и травматическом шоке в очаге массовых потерь.
5. Эвакотранспортная сортировка при синдроме длительного сдавления и травматическом шоке на этапах медицинской эвакуации.
6. Объем помощи пострадавшим с синдромом длительного сдавления и травматическим шоком (первая врачебная и квалифицированная помощь).

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1. Этиопатогенез синдрома длительного сдавления и травматического шока.
2. Стадии и фазы травматического шока и синдрома длительного сдавления.
3. Оказание первой медицинской помощи пострадавшим с травматическим шоком, синдромом сдавления.
4. Мероприятия доврачебной и первой врачебной помощи.
5. Объем квалифицированной медицинской помощи.
6. Основные мероприятия специализированной медицинской помощи.
7. Базисная терапия травматического шока.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.
4. Антипенко В.С. Военно-полевая хирургия [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов / [В. С. Антипенко и др.]; под ред. Е. К. Гуманенко, 2008. - 763 c.
5. Быков И.Ю. Военно-полевая хирургия: нац. рук. / Ассоц. мед. обществ по качеству, Гл. воен.-мед. упр. М-ва Обороны Рос. Федерации; под ред. И. Ю. Быкова, Н. А. Ефименко, Е. К. Гуманенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 815 с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.
6. Агаджанян В. В. Политравма. Неотложная помощь и транспортировка : [моногр.] / И. М. Устьянцева [и др.]; под ред. В. В. Агаджаняна. - Новосибирск : Наука, 2008. - 318,с : ил., цв.ил.
7. Бельских А.Н. Указание по военно-полевой хирургии. Гл. воен.-мед. упр. Министерства Обороны Рос. Федерации // под ред. А.Н.Бельских, И.М.Самохвалова – Москва, 2013 – 474 с.
8. Гуманенко Е.К. Военно-полевая хирургия : практикум: учеб. пособие для студентов мед. вузов / под ред. Е. К. Гуманенко. - 2-е, измен. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 391 с. - Библиогр. в конце глав. - Библиогр.: с. 378.
9. Кавалерский Г.М. Хирургия катастроф [Текст] : учеб. для студентов вузов, обучающихся по мед. направлениям и специальностям / под ред. Г. М. Кавалерского, А. В. Гаркави, Л. Л. Силина, 2008. – 349с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Оперативные методы лечения синдрома длительного сдавления | Реферат |

**Тема занятия 12**

Открытые и Огнестрельные переломы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

**1. Цели занятия:**

- Ознакомить студентов с Учением об огнестрельной ране. Изучить частоту, этиопатогенез, классификацию, клинику и диагностику открытых и огнестрельных переломов, огнестрельной раны. Освоить способы лечения.

**Задачи занятия:**

- Знать этиопатогенез огнестрельной раны и огнестрельного перелома.

- Изучить классификацию, клинику, диагностику, открытого и огнестрельного перелома.

- Освоить принципы и методы консервативного и оперативного лечения открытых и огнестрельных переломов, огнестрельной раны.

- Знать осложнения открытых и огнестрельных переломов.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Первично и вторично открытые переломы. Травматические ампутации полные и неполные. Зоны огнестрельного раневого канала: зона первичного и вторичного некрозов, зона молекулярного сотрясения. Временная пульсирующая полость. Первичные и вторичные девиации раневого канала. Теории прямого и бокового ударов ранящего снаряда. Первичная хирургическая обработка ран. Вторичная хирургическая обработка. Повторная хирургическая обработка. Первичные и вторичные швы. Компартмент (фасциальный) синдром.

**3. Вопросы к занятию:**

1. Классификация огнестрельных ран. Учение об огнестрельной ране.
2. Механизм повреждений при огнестрельных ранениях.
3. Зоны огнестрельного раневого канала, особенности огнестрельных ран.
4. Первичная хирургическая обработка ран: определение, виды по срокам выполнения, этапы. Повторная и вторичная хирургическая обработка.
5. Первичные и вторичные швы.
6. Классификация открытых и огнестрельных повреждений конечностей.
7. Диагностика и клиника открытых и огнестрельных повреждений костей и суставов.
8. Достоверные признаки огнестрельного перелома и ранений суставов.
9. Осложнения открытых и огнестрельных повреждений костей и суставов.
10. Объем помощи на этапах медицинской эвакуации при открытых и огнестрельных ранениях опорно-двигательного аппарата.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1. Когда не проводится ПХО при открытом переломе.
2. Оказание первой медицинской помощи, доврачебной медицинской помощи
3. Квалифицированная и специализированная медицинская помощь.
4. Оценка состояния пораженной конечности, решение вопроса выбора между проведением ампутации или сохранной тактики лечения.
5. Три основных этапов хирургическое лечение открытых и огнестрельных переломов.
6. Компартмент (фасциальный) синдром: клиника и лечение.
7. Задачи первичной хирургической обработки.
8. Этапы первичной хирургической обработки раны.
9. Условия наложения Первичного хирургического шва.
10. Комплекс поражающих факторов при огнестрельной ране.
11. Огнестрельные раны, не подлежащие хирургической обработке.
12. Противопоказания для Первичного шва на огнестрельную рану.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.
4. Антипенко В.С. Военно-полевая хирургия [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов / [В. С. Антипенко и др.]; под ред. Е. К. Гуманенко, 2008. - 763 c.
5. Быков И.Ю. Военно-полевая хирургия: нац. рук. / Ассоц. мед. обществ по качеству, Гл. воен.-мед. упр. М-ва Обороны Рос. Федерации; под ред. И. Ю. Быкова, Н. А. Ефименко, Е. К. Гуманенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 815 с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.
6. Агаджанян В. В. Политравма. Неотложная помощь и транспортировка : [моногр.] / И. М. Устьянцева [и др.]; под ред. В. В. Агаджаняна. - Новосибирск : Наука, 2008. - 318,с : ил., цв.ил.
7. Бельских А.Н. Указание по военно-полевой хирургии. Гл. воен.-мед. упр. Министерства Обороны Рос. Федерации // под ред. А.Н.Бельских, И.М.Самохвалова – Москва, 2013 – 474 с.
8. Гуманенко Е.К. Военно-полевая хирургия : практикум: учеб. пособие для студентов мед. вузов / под ред. Е. К. Гуманенко. - 2-е, измен. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 391 с. - Библиогр. в конце глав. - Библиогр.: с. 378.
9. Кавалерский Г.М. Хирургия катастроф [Текст] : учеб. для студентов вузов, обучающихся по мед. направлениям и специальностям / под ред. Г. М. Кавалерского, А. В. Гаркави, Л. Л. Силина, 2008. – 349с.
10. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 512 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1 Первичная хирургическая обработка при огнестрельной травме ОДА  2. Металлоостеосинтез при огнестрельных переломах | Презентация/доклад  Презентация/доклад |

**Тема занятия 13**

Термические поражения. Ожоги и отморожения. Общее охлаждение. Электротравма. Клиника. Диагностика. Лечение.

**1. Цели занятия:**

- Ознакомить студентов с современным учением о термической травме. Изучить закономерности течения термической травмы: ожогов и отморожений.

- Изучить основные принципы оказания медицинской помощи пострадавшим с термической травмой на этапах медицинской эвакуации.

**Задачи занятия:**

- Изучить клинику, диагностику, классификацию термического ожога.

- Изучить клинику, диагностику, классификацию отморожения.

- Изучить клинику, диагностику, классификацию общего охлаждения.

- Овладеть знаниями по медицинской сортировке, мероприятиям первой врачебной помощи при термических повреждениях в очагах массовых потерь и на этапах медицинской эвакуации.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Глубокие и поверхностные ожоги и отморожения. Ожоговый индекс. Ожоговый шок. Ожоговая болезнь.

**3. Вопросы к занятию:**

1. Классификация ожогов и отморожений по этиологическим факторам.
2. Классификация ожогов и отморожений по глубине поражения.
3. Способы определения площади ожогов.
4. Этиопатогенез обморожений.
5. Ожоговая болезнь и ее стадии.
6. Периоды отморожений.
7. Современные методы лечения термических повреждений.
8. Содержание и объем медицинской помощи пострадавшим с термическими поражениями на этапах медицинской эвакуации.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1. Оказание первой медицинской помощи пострадавшим с ожогами и отморожениями.
2. Мероприятия доврачебной и первой врачебной помощи.
3. Объем квалифицированной медицинской помощи.
4. Основные мероприятия специализированной медицинской помощи.
5. Ожоговая болезнь, стадии, клиника.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Антипенко В.С. Военно-полевая хирургия [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов / [В. С. Антипенко и др.]; под ред. Е. К. Гуманенко, 2008. - 763 c.
2. Быков И.Ю. Военно-полевая хирургия: нац. рук. / Ассоц. мед. обществ по качеству, Гл. воен.-мед. упр. М-ва Обороны Рос. Федерации; под ред. И. Ю. Быкова, Н. А. Ефименко, Е. К. Гуманенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 815 с.

**Дополнительная литература.**

1. Агаджанян В. В. Политравма. Неотложная помощь и транспортировка : [моногр.] / И. М. Устьянцева [и др.]; под ред. В. В. Агаджаняна. - Новосибирск : Наука, 2008. - 318,с : ил., цв.ил.
2. Бельских А.Н. Указание по военно-полевой хирургии. Гл. воен.-мед. упр. Министерства Обороны Рос. Федерации // под ред. А.Н.Бельских, И.М.Самохвалова – Москва, 2013 – 474 с.
3. Гуманенко Е.К. Военно-полевая хирургия : практикум: учеб. пособие для студентов мед. вузов / под ред. Е. К. Гуманенко. - 2-е, измен. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 391 с. - Библиогр. в конце глав. - Библиогр.: с. 378.
4. Кавалерский Г.М. Хирургия катастроф [Текст] : учеб. для студентов вузов, обучающихся по мед. направлениям и специальностям / под ред. Г. М. Кавалерского, А. В. Гаркави, Л. Л. Силина, 2008. – 349с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Консервативное лечение ожоговых ран  2. Некролитические препараты в лечение ожоговых ран  3. Электротравма, клиника, диагностика, лечение | Презентация  Реферат |

**Тема занятия 14**

Деформирующий артроз. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Консервативное и оперативное лечение.

**1. Цели занятия:**

- Изучить эпидемиологию, частоту, классификацию, этиологию и патогенез, патологическую анатомию и стадии процесса, клинику и диагностику деформирующего артроза. Освоить способы лечения.

**Задачи занятия:**

- В процессе подготовки к семинару и в ходе его проведения студент должен овладеть следующими теоретическими знаниями:

* Социальная проблема остеоартроза.
* Определение понятия «Деформирующий артроз».
* Эпидемиология, этиология, патогенез и патологическая анатомия деформирующего артроза.
* Классификация деформирующего артроза по Kelgren (1956), по Н.С.Косинской (1961).
* Классификация деформирующего артроза по результатам видеоартроскопии, по стадиям хондромаляции (R.E.Outerbridge, 1961).
* Клиника и методы диагностики деформирующего артроза.
* Базисное консервативное лечение деформирующего артроза.
* Показания и противопоказания внутрисуставного введения лекарственных препаратов.
* Основы физиотерапии, лечебной гимнастики, массажа; роль санаторно-курортного лечения при заболеваниях опорно-двигательного аппарата.
* Показания и методы хирургического лечения деформирующего артроза: корригирующие остеотомии таза, бедра, большеберцовой кости и их виды, артропластика суставов, эндопротезирование, артродез суставов.
* Показания и противопоказания к тотальному эндопротезированию крупных суставов: тазобедренного коленного, плечевого, локтевого и др.; показания к реэндопротезированию.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

* 1. Деформирующий артроз. Остеоартрит. Артроз. Остеоартроз. Дегенеративно-дистрофическое заболевание. Полиартроз. Коксартроз. Гонартроз. Хондромаляция. Нестабильность в суставе. Разболтанность сустава.
  2. Операции: артродез, артропластика, эндопротезирование, корригирующая остеотомия, артроскопические лечебно-санационные (дебримент, туннелизация, аблация, абразивная хондропластика), мозаичная хондропластика, синовэктомия, артролиз.

**3. Вопросы к занятию:**

1. Эпидемиология, этиология, патогенез и патологическая анатомия деформирующего артроза.
2. Классификация деформирующего артроза по Kelgren (1956), по Н.С.Косинской (1961).
3. Классификация деформирующего артроза по результатам видеоартроскопии, по стадиям хондромаляции (R.E.Outerbridge, 1961).
4. Клиника и методы диагностики деформирующего артроза.
5. Базисное консервативное лечение деформирующего артроза.
6. Основы физиотерапии, лечебной гимнастики, массажа; роль санаторно-курортного лечения при заболеваниях опорно-двигательного аппарата.
7. Показания и методы хирургического лечения деформирующего артроза: корригирующие остеотомии таза, бедра, большеберцовой кости и их виды, артропластика суставов, эндопротезирование, артродез суставов.
8. Показания и противопоказания к тотальному эндопротезированию крупных суставов: тазобедренного коленного, плечевого, локтевого и др.; показания к реэндопротезированию.
9. Медицинская, профессиональная и социальная реабилитация больных при дегенеративно-дистрофических заболеваниях крупных суставов.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1. Классификация деформирующего артроза по по Kelgren (1956), по Н.С.Косинской (1961).
2. Рентгенологические признаки и симптомы деформирующего артроза.
3. Ранние клинические признаки и симптомы деформирующего артроза.
4. Базисная медикаментозная терапия артроза.
5. Артроскопические методы оперативного лечения деформирующего артроза.
6. Профилактика артроза.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Артроскопические методы лечения деформирующего артроза  2. Медикаментозная терапия остеоартроза | Реферат  Презентация |

**Тема занятия 15**

Остеохондропатии. Опухоли костей. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Итоговое занятие.

**1. Цели занятия:**

- Изучить эпидемиологию, частоту, классификацию, этиологию и патогенез, патологическую анатомию и стадии процесса, клинику и диагностику остеохондропатий. Освоить способы лечения.

- Изучить эпидемиологию, частоту, классификацию, этиологию и патогенез, патологическую анатомию и стадии процесса, клинику и диагностику опухолей костей. Освоить способы лечения.

**Задачи занятия:**

- В процессе подготовки к семинару и в ходе его проведения студент должен овладеть следующими теоретическими знаниями и знать:

* Эпидемиологию остеохондропатий и костных опухолей.
* Этиологию и патогенез.
* Классификацию остеохондропатий и костных опухолей.
* Общие принципы диагностики.
* Роль биопсии в диагностике опухолевых поражений опорно-двигательного аппарата.
* Общие принципы лечения остеохондропатий и костных опухолей.
* Клинику, диагностику и лечение.
* Принципы хирургического лечения.
* Прогноз при остеохондропатиях и костных опухолях.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Остеохондропатии (асептические некрозы костей). Рассекающий остеохондрит. Болезни Келера I, Келера II, Осгуда-Шлаттера, Шейерманна-Мау, Кинбека, Кёнига, Легга-Кальве-Пертеса.

- Операции: Биопсия костной ткани, трепан-биопсия. Костная пластика. Аллопластика. Остеоперфорация. Остеотомия. Реинсерирование. Имплантация аутотрансплантатов. Туннелизация. Декортикация.

- Лечебно-диагностическая артроскопия. Абразивная хондропластика. Высокочастотная аблация. Мозаичная пластика. Краевая и сегментарная резекция кости. Эндопротезирование. Ампутация. Экзартикуляция.

- Доброкачественные опухоли костей: остеома, остеоид-остеома, остеобластома, хондрома, остеохондрома, хондробластома, хондромиксоидная фиброма, гигантоклеточная опухоль, гемангиома.

- Злокачественные опухоли костей: остеосаркома, хондросаркома, саркома Юинга, ангиосаркома, фибросаркома, миелома.

- Опухолеподобные состояния: солитарная киста, аневризмальная костная киста, эозинофильная гранулема, фиброзная дисплазия, экзостозная хондродисплазия, оссифицирующий миозит.

- Операции: Биопсия костной ткани, трепан-биопсия. Костная пластика. Аллопластика. Остеоперфорация. Остеотомия. Реинсерирование. Имплантация аутотрансплантатов. Туннелизация. Декортикация. Лечебно-диагностическая артроскопия. Абразивная хондропластика. Высокочастотная аблация. Мозаичная пластика. Краевая и сегментарная резекция кости. Эндопротезирование. Ампутация. Экзартикуляция.

**3. Вопросы к занятию:**

1. Этиология, патогенез и патологическая анатомия остеохондропатий.
2. Классификация остеохондропатий.
3. Методы диагностики остеохондропатий.
4. Клиника, диагностика и лечение наиболее частых форм остеохондропатий: болезни Келера I, Келера II, Осгуда-Шлаттера, Шейерманна-Мау, Кинбека, Кёнига, Легга-Кальве-Пертеса.
5. Международная классификация первичных опухолей костей (1998г.).
6. Общие принципы диагностики и лечения опухолей костей.
7. Клиника, диагностика и лечение доброкачественных опухолей костей: остеома, остеоид-остеома, остеобластома, хондрома, остеохондрома, хондробластома, хондромиксоидная фиброма, гигантоклеточная опухоль, гемангиома.
8. Клиника, диагностика и лечение злокачественных опухолей костей: остеосаркома, хондросаркома, саркома Юинга, ангиосаркома, фибросаркома, миелома.
9. Принципы хирургического лечения доброкачественных опухолей костей.
10. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей костей.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1. Классификация остеохондропатий и костных опухолей.
2. Стадии развития остеохондропатий.
3. Объективные методы исследования остеохондропатий и костных опухолей.
4. Роль и возможности артроскопического метода диагностики и лечения остеохондропатий.
5. Роль и возможности ультрасонографии в диагностике остеохондропатий.
6. Методика и техника выполнения биопсии при остеохондропатиях и костных опухолях.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Болезнь Кенига, оперативное лечение  2.Органосохраняющие операции при опухолях костей: показания, противопоказания, техника | Презентация  Презентация |

**Тема занятия 16**

Ортопедические статические заболевания стоп. ВРОЖДНЕННАЯ КРИВОШЕЯ. Защита историй болезни.

**1. Цели занятия:**

- Ознакомить студентов с основными формами деформаций стоп: плоская, плосковальгусная стопа, плоскостопие, вальгусное отклонение большого пальца стопы, молоткообразная деформация пальцев стоп, пяточная шпора, болезнь Дойчлендера.

- Изучить частоту, этиопатогенез, классификацию, клинику и диагностику врожденной мышечной кривошеи.

**Задачи занятия:**

- Знать анатомию и физиологию стопы.

- Изучить функциональные методы исследования стопы.

- Изучить этиологию, клинику, диагностику, классификацию статических деформаций стоп: плоская, плосковальгусная стопа, плоскостопие, вальгусное отклонение большого пальца стопы, молоткообразная деформация пальцев стоп, пяточная шпора, болезнь Дойчлендера. Вальгусное отклонение большого пальца стопы.

- Изучить консервативные и оперативные методы лечения деформаций стоп.

- Освоить основные методы консервативного и хирургического лечения врожденной кривошеи.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

- Наружный, внутренний и поперечный свод стопы. Подометрический метод Фриндлянда. Плантография. Подография. Угол свода стопы. Угол наклона пяточной кости. Высота свода. Индекс поперечного свода стопы. Ортопедическая стелька. Ортопедическая обувь.

**3. Вопросы к занятию:**

1. Анатомия и физиология стопы.
2. Функциональные методы исследования стопы.
3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, консервативные и оперативные методы лечения плоской, плосковальгусной стопы, плоскостопия.
4. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, консервативные и оперативные методы лечения вальгусного отклонения большого пальца стопы, молоткообразной деформации пальцев стоп.
5. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, консервативные и оперативные методы лечения пяточной шпоры, болезни Дойчлендера.
6. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, консервативные и оперативные методы лечения врожденной кривошеи.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1. Как рассчитать угол продольного свода стопы.
2. Как рассчитать угол наклона пяточной кости.
3. Как рассчитать высоту свода стопы.
4. Как рассчитать индекс продольного свода стопы.
5. Клиника и лечение плоскостопия.
6. Клиника и лечение пяточной шпоры и болезни Дойчлендера.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Оперативное лечение вальгусного отклонения большого пальца стопы  2. Ортопедические стельки: классификация, строение, показания | Презентация  Реферат |

**Тема занятия 17**

Врожденный вывих бедра. Врожденная косолапость. Клиника. Диагностика. Лечение.

Итоговое занятие. Тестовый контроль

**1. Цели занятия:**

- Ознакомить студентов с современными подходами к диагностике и лечению дисплазии тазобедренного сустава, врожденного вывиха бедра и врожденной косолапости.

**Задачи занятия:**

- Изучить частоту, этиопатогенез, классификацию, клинику и диагностику дисплазии тазобедренного сустава,

- Изучить частоту, этиопатогенез, классификацию, клинику и диагностику врожденной косолапости.

- Освоить основные методы консервативного и хирургического лечения врожденного вывиха бедра и врожденной косолапости.

**2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы** (перечень понятий):

1- симптом соскальзывания (Ортолани). Симптом "щелчка". Симптом "поршня". Триада Путти (недоразвитие или аплазия ядра окостенения головки бедра, скошенность крыши вертлужной впадины, высокое стояние и латеропозиция проксимального конца бедренной кости). Деротационные остеотомии, остеотомии с укорочением бедра в вертельной области (остеотомия по Заградничеку, Богданову), с углублением вертлужной впадины и укутыванием головки бедра капсулой тазобедренного сустава (операция Колонна). ОперациИ (Солтера, Хиари, навес по Кенигу, лепестковая. реконструкция крыши вертлужной впадины).

2 - сгибательная контрактура (эквинус) стопы, приведение переднего отдела (аддукция) стопы, полая стопа, варус пятки. Таранно-большеберцовый угол, пяточно-большеберцовый угол, угол суммарного приведения, угол метотарзоварус. Бинтование стопы по Финку-Эттингену. Этапные гипсовые повязки. Операции капсуло-фасцио-лигаментотомии по Зацепину, Штурму. Операции на скелете ( серповидная резекция стопы по Куслику, трехсуставной артродез по Лямбринуди).

**3. Вопросы к занятию:**

1.**Врожденный вывих бедра**.

- Частота, этиопатогенез, классификация.

- Клиника и диагностика дисплазии тазобедренного сустава,

- Консервативное и хирургическое лечение.

**6. Врожденная косолапость**.

- Частота, этиопатогенез, классификация.

- Клиника и диагностика,

- Консервативное и хирургическое лечение.

**4. Вопросы для самоконтроля:**

1.**Врожденный вывих бедра**. Частота возникновения. Значение наследственности, профессиональных вредностей и инфекционных заболеваний от возраста.

2. Наиболее достоверные симптомы врожденного вывиха бедра.

3. Ранние рентгеновские признаки дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра.

4. Рентгенодиагностика тазобедренного сустава (схема Хильгенрайнера).

5. Консервативное лечение. Показания к закрытому вправлению вывиха. Лечение по методу Лоренца, Терновского - Волкова.

6.Причины невправимости вывиха бедра. Оперативное лечение.

7. Вопросы диспансеризации.

**6. Врожденная косолапость**. Этиология. Частота. Клинические проявления.

1. Ранняя диагностика, клинические симптомы.

2. Особенности диагностики у детей до и после года.

3. Рентгенологическое обследование.

4. Консервативное лечение: этапная редрессация - гипсовые повязки.

5. Гипсовые лонгеты, ортопедическая обувь.

6. Возрастные показания и принципы оперативного лечения.

7. Элементы деформации стопы (аддукция, супинация, эквинус).

8. Показания к оперативному лечению. Операция Зацепина-Штурма.

9. Послеоперационное лечение. Применение ортопедических аппаратов и обуви в послеоперационном периоде.

**5. Основная и дополнительная литература к теме:**

**Основная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Учеб. для студентов мед.вузов/ под ред. Н. В. Корнилова. - Изд.2-ое – СПб.: Гиппократ, 2008. – 544 с.
2. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: Учебник / Г.П. Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошниченко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 397с.: ил.
3. Силин Л.Л. Травматология и ортопедия: учеб. для студентов мед. вузов/ Л. Л. Силин [и др.] ; под ред. Г. М. Кавалерского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: Академия, 2008. - 622с.

**Дополнительная литература.**

1. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей в 4-х томах / Под ред. Н.В.Корнилова. – СПб.: Гиппократ, 2004, 2005, 2006, 2006.
2. Матвеев Р.П. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии: учебное пособие / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 136с.
3. Матвеев Р. П. Травматолого-ортопедический статус больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата: Метод. рекомендации / Р. П. Матвеев, Г. В. Пяткова. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2012. – 105 с.
4. Миронов С.П. Травматология: нац. рук.: [учеб. пособие с прил. на компак-диске для системы послевуз. проф. образования врачей]/ Ассоц. мед. о-ств по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; гл. ред.: Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -803 с.: ил.
5. Миронов С.П. Ортопедия: нац. рук.: учеб. пособие для послевуз. образования/ Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. ортопедов и травматологов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 826 с.

**6. Перечень заданий для самостоятельной работы студентов (СРС)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| 1. Лечение врожденной косолапости. Метод Понсети  2. Функциональное консервативное лечение врожденного вывиха бедра | Презентация/реферат  Презентация/реферат |

**6.\* Перечень вопросов и заданий для самостоятельной работы**

Задания для самостоятельной работы составляются по разделам и темам, по которым не предусмотрены аудиторные занятия, либо требуется дополнительно проработать и проанализировать рассматриваемый преподавателем материал в объеме запланированных часов.

Задания по самостоятельной работе могут быть оформлены в виде таблицы с указанием конкретного вида самостоятельной работы:

- конспектирование первоисточников и другой учебной литературы;

- проработка учебного материала (по конспектам лекций учебной и научной литературе) и подготовка докладов на семинарах и практических занятиях, к участию в тематических дискуссиях и деловых играх;

- работа с нормативными документами и законодательной базой;

- поиск и обзор научных публикаций и электронных источников информации, подготовка заключения по обзору;

- выполнение контрольных работ, творческих (проектных) заданий, курсовых работ (проектов);

- решение задач, упражнений;

- написание рефератов (эссе);

- работа с тестами и вопросами для самопроверки;

- выполнение переводов на иностранные языки/с иностранных языков;

- моделирование и/или анализ конкретных проблемных ситуаций ситуации;

- обработка статистических данных, нормативных материалов;

- анализ статистических и фактических материалов, составление выводов на основе проведенного анализа и т.д.

В течение всего цикла занятий студенты выполняют практическую работу по подготовке реферата, доклада, презентации, которые в последующем защищается в группе. Время самостоятельной работы отведено для выполнения литературного обзора по изучаемой теме, на оформление доклада с презентацией. Возможна реализация самоподготовки студентов путем выполнения домашних тестовых заданий.

**Перечень рефератов и вопросов, предназначенных для самостоятельного изучения студентами:**

1. Замедленная консолидация перелома. Ложный сустав.

2. Повреждение вращательной манжеты плеча.

3. Интрамедуллярный металлоостеосинтез с блокированием.

4. Накостный металлоостеосинтез с угловой стабильностью.

5. Переломы вертлужной впадины таза.

6. Вывихи шейного отдела позвоночника.

7. Травматическая болезнь.

8. Объективная оценка тяжести повреждений при политравме.

9. Синдром взаимного отягощения при политравме.

10. Кровотечения и кровопотеря.

11. Раневая инфекция. Анаэробная инфекция. Профилактика и лечение.

12. Электротравма. Клиника. Диагностика. Лечение.

13. Хронический остеомиелит, профилактика и лечение.

14. Системные заболевания опорно-двигательной системы.

15. Гетеротопическая травматическая оссификация тканей.

16. Спондилолистез и спондилолиз.

17. Остеохондроз позвоночника.

18. Плечелопаточный периартрит.

19. Остеопороз. Патогенез, клиника, профилактика, лечение.

20. Хроническая нестабильность плечевого сустава.

21. Сколиотическая болезнь.

22. Эндопротезирование. Показание и противопоказания. Виды эндопротезов

23. Ампутации и экзартикуляции.

Контроль внеаудиторной самостоятельной работы – защита учебной истории болезни; заслушивание и обсуждение в группе рефератов, докладов, презентаций, тестов, эссе; отчет о дежурстве в травмпункте.

*Самостоятельная работа должна носить систематический характер, быть интересной и привлекательной для студента.*

*Результаты самостоятельной работы контролируются преподавателем и учитываются при аттестации студента (зачет, экзамен). При этом проводятся: тестирование, экспресс-опрос на семинарских и практических занятиях, заслушивание докладов, проверка письменных работ и т.д.*

*\* п.6 включается в методические указания если по данной теме предусмотрена внеаудиторная самостоятельная работа для студентов.*

Приложение № 4 к рабочей программе дисциплины

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**СРЕДСТВА ОЦЕНКИ КОМПЕТЕНЦИИ И КРИТЕРИИ ИХ ДОСТИЖЕНИЯ**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ И ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ**

**2016г.**

Структура и содержание раздела «Фонд оценочных средств»

**Модуль 1 – Общие вопросы травматологии и ортопедии**

**1. Карта оценки компетенций**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Коды формируемых компетенций** | | **Наименование компетенции** | **Этапы формирования компетенций** | | **Средства оценки** |
| **Общекультурные компетенции** | | | | | |
|  | |  | - знает  - умеет  - владеет | |  |
| **Общепрофессиональные компетенции** | | | | | |
|  |  | | - знает  - умеет  - владеет |  | |
| **Профессиональные компетенции** | | | | | |
| ПК-5 | | готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | **- знает** - алгоритм и правила проведения физикального осмотра, клинического обследования  -------------------------------  -**умеет** - анализировать результаты современных лабораторно- инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала;  - написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного.  --------------------------------  - **владеет -** методиками проведения и интерпретации опроса, физикального осмотра, клинического обследования, навыками оценки результатов современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного . операционного и секционного материала;  - заполнением карты амбулаторного и стационарного больного. | | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни  Ситуационные задачи № 1, 2, 3  Тесты №1: 1 – 30,  Тесты №2: 1 – 20,  31 – 33  Тесты № 5: 1 - 20  Тесты № 6: 1 - 40  Тесты № 7: 1 - 25  Тесты № 14: 1 – 30  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты №1: 1 – 30  Тесты №2: 1 – 33  Тесты № 3: 1 – 20  Тесты № 4: 1 - 33  Ситуационные задачи № 4, 5, 6  ---------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.  Тесты №1: 1 – 30  Тесты № 5: 1 – 20  Ситуационные  задачи № 8 |
| ПК-6 | | способностью к определению- у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, МКБ X пересмотра. | **знает**  - структуру МКБ-10, цели и задачи, решаемые при ее использовании  --------------------------------  - **умеет** выделить основные  патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы, требующие использования МКБ-10  **-------------------------------**  - **владеет** методикой использования МКБ-10 при заполнении медицинской документации | | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 3: 1 – 20  Тесты № 6: 1 – 20  Тесты № 7: 1 - 25  Ситуационные задачи № 7, 8, 9  **------------------------------**  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 3: 1 – 20  Тесты № 4: 1 – 33  Ситуационные задачи № 10, 11, 12  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий. Ситуационная задача № 1, 5, 8 |
| ПК-8 | | способностью к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами | **знает** - этиологию, патогенез, клинические синдромы, принципы диагностики, лечения, реабилитации пациентов при различных нозологических формах;  - патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - методику определения площади обожженной поверхности, особенности наложения контурных повязок при ожоговой болезни и холодовой травме;  -------------------------------  -**умеет**  - выявлять и анализировать клинические синдромы, провести диагностику, назначить лечение и реабилитацию;  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - оценить объективный статус пациента, данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях.  --------------------------------  - **владеет** методами клинической диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний при различных нозологических формах, оценить прогноз. | | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 3: 1 – 20  Тесты № 4: 1 – 33  Тесты № 7: 1 - 25  Ситуационные задачи № 13, 14, 15  -----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты № 3: 1 – 20  Тесты № 4: 1 – 33  Ситуационные задачи № 16, 17, 18  ----------------------------  Доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий. демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  Ситуационные задачи № 9, 10, 11 |
| ПК-9 | | готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. | **- знает -** основные патологические симптомы, синдромы в хирургии и травматологии;  - алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - план обследования,  основные симптомы заболеваний  внутренних органов;  - клинические  проявления основных  хирургических синдромов;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;  - правила заполнения типовой медицинской документации;  - правила оформления документов временной нетрудоспособности.  -------------------------------  **-умеет -** провести обследование  больного;  - оценить полученные данные;  - сформулировать синдромальный и клинический  диагноз и наметить план дополнительных методов исследования;  - заполнить историю болезни; амбулаторную карту, оценить результаты  обследований пациента.  --------------------------------  **-владеет -** методами общеклинического  обследования (расспрос, осмотр,  пальпация, перкуссия,  аускультация, определение свойств артериального пульса,  измерение артериального давления);  - агоритмом развернутого клинического  диагноза;  - алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к  соответствующему  врачу – специалисту. | | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни  Ситуационные задачи  № 9  Тесты №1: 1 – 10 Тесты № 3: 1 – 10 Тесты № 4: 1 – 10  Тесты № 5: 1 – 10  Тесты № 6: 1 – 10  Тесты № 14: 1– 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты №1: 11 – 20 Тесты № 3: 11 – 20  Тесты № 4: 11 – 20  Тесты № 5: 11 – 20  Тесты № 6: 11– 20  Тесты № 14: 11– 20  Ситуационные задачи  № 10, 23  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Тесты №1: 21 – 30 Тесты № 3: 1 – 20  Тесты № 4: 21 – 33  Тесты № 6: 21 – 40  Тесты № 14: 21– 30  Ситуационные задачи  № 17, 22 |
| ПК-10 | | готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи. | **- знает -** принципы клинического  обследования хирургического  больного;  - диагностику неотложных, острых состояний;  - оценить данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - основные патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний,  не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной  медицинской помощи.  --------------------------------  **-умеет -** определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников;  - провести физикальное обследование пациента (осмотр,  пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.);  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях, с гнойно-септическими состояниями, выявлять жизнеонасные нарушения при  кровотечениях;  - проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания.  --------------------------------  **- владеет -** методами:объективного обследования больного, выявления патологических симптомов и синдромов;  - оценивать данные лабораторных, биохимических методов исследования и результаты инструментальных, рентгенологических исследований;  - алгоритмом развернутого  клинического диагноза;  - алгоритмом постановки  предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;  - методами проведения неотложных мероприятий,  медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента;  - показания для плановой госпитализации больных. | | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи.  Учебная история болезни.  Ситуационные задачи  № 2  Тесты № 7: 1 – 10  Тесты № 8: 1 – 10  Тесты № 9: 1 – 10  Тесты № 29: 1 – 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 7: 11 – 25  Тесты № 8: 11 – 20  Тесты № 9: 11 – 20  Тесты № 29: 11 – 20  Ситуационные задачи  № 33  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Тесты № 7: 11 – 25  Тесты № 8: 21 – 31  Тесты № 9: 1 – 20  Тесты № 29: 1 – 20  Ситуационные задачи  № 36 |
| ПК-11 | | готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | **- знает -**  основные принципы оказание  медицинской помощи при неотложных состояниях;  - оказание скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;  оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;  - особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время;  - алгоритм выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.  --------------------------------  **-умеет -** использовать медицинское оборудование при оказании первой помощи, оказать неотложную помощь в экстренных случаях, осуществлять противошоковые мероприятия;  - выявлять жизнеопасные нарушения при кровотечениях,  наложить жгуты, транспортные шины, бинтовые и косыночные повязки, ввести медикаменты через дренажи и микроирригаторы;  - оценить пригодность крови и ее препаратов к трансфузии, проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания;  - разработать план терапевтических  (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;  - оказать неотложную помощь в экстренных случаях.  --------------------------------  **- владеет -** основными врачебными  диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и  угрожающих жизни состояниях (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), владеть методиками их немедленного устранения;  - составлением плана лечебных мероприятий**,** техникой проведения процедур и манипуляций при неотложных остояниях;.  - алгоритмом  выполнения основных  диагностических и лечебных мероприятий по оказанию пергой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;  - методами временной остановки наружных кровотечений;  - методикой  сказания первой медицинской  помощи при травках (транспортная иммобилизация, наложение повязок на рану). | | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни.  Ситуационные задачи  № 1, 24, 25  Тесты № 18: 1 – 10  Тесты № 19: 1 – 10  Тесты № 20: 1 – 15  Тесты № 21: 1 – 10  Тесты № 22: 1 – 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 18: 11 – 20  Тесты № 19: 11 – 20  Тесты № 20: 15 – 30  Тесты № 21: 11 – 20  Тесты № 22: 11 – 20  Ситуационные задачи  № 26, 27, 28  ----------------------------  Доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.  Демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  Тесты № 18: 1 – 10  Тесты № 19: 21 – 30  Тесты № 21: 21 – 30  Ситуационные задачи  № 29, 30, 31 |

Структура и содержание раздела «Фонд оценочных средств»

**Модуль 2 – Переломы и повреждения конечностей**

**1. Карта оценки компетенций**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Коды формируемых компетенций** | **Наименование компетенции** | **Этапы формирования компетенций** | **Средства оценки** |
| **Общекультурные компетенции** | | | |
|  |  | - знает  - умеет  - владеет |  |
| **Общепрофессиональные компетенции** | | | |
|  |  | - знает  - умеет  - владеет |  |
| **Профессиональные компетенции** | | | |
| ПК-5 | готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | **- знает** - алгоритм и правила проведения физикального осмотра, клинического обследования  -------------------------------  -**умеет** - анализировать результаты современных лабораторно- инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала;  - написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного.  --------------------------------  - **владеет -** методиками проведения и интерпретации опроса, физикального осмотра, клинического обследования, навыками оценки результатов современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного операционного и секционного материала;  - заполнением карты амбулаторного и стационарного больного. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Ситуационные задачи № 19, 20, 21  Тесты № 8: 1 – 31  Тесты № 9: 1 – 20  Тесты № 10: 1 – 29  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты № 11: 1 – 30  Тесты № 12: 1 – 30  Тесты № 13: 1 – 30  Ситуационные задачи № 22, 23, 24  ---------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.  Ситуационные задачи № 12, 13, 14 |
| ПК-6 | способностью к определению- у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, МКБ X пересмотра. | **знает**  - структуру МКБ-10, цели и задачи, решаемые при ее использовании  --------------------------------  -**умеет** выделить основные  патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы, требующие использования МКБ-10  **-------------------------------**  - **владеет** методикой использования МКБ-10 при заполнении медицинской документации | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 13: 1 – 30  Тесты № 14: 1 – 30  Ситуационные задачи № 23, 24, 25  **---------------------------**  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты № 8: 1 – 31  Тесты № 9: 1 – 20  Ситуационные задачи № 1, 2, 3  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий. Ситуационные задачи № 20. 21, 22 |
| ПК-8 | способностью к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами | **знает** - этиологию, патогенез, клинические синдромы, принципы диагностики, лечения, реабилитации пациентов при различных нозологических формах;  - патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - методику определения площади обожженной поверхности, особенности наложения контурных повязок при ожоговой болезни и холодовой травме;  -------------------------------  -**умеет**  - выявлять и анализировать клинические синдромы, провести диагностику, назначить лечение и реабилитацию;  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - оценить объективный статус пациента, данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях.  --------------------------------  - **владеет** методами клинической диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний при различных нозологических формах, оценить прогноз. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 11: 1 – 30  Тесты № 12: 1 – 30  Ситуационные задачи № 4, 5, 6  -----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты № 13: 1 – 30  Тесты № 14: 1 – 30  Ситуационные задачи № 7, 8, 9  ----------------------------  Ситуационные задачи, истории болезни, учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни,.  демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  деловая игра  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий .  Ситуационные  задачи № 13, 14, 15 |
| ПК-9 | готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. | **- знает -** основные патологические симптомы, синдромы в хирургии и травматологии;  - алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - план обследования,  основные симптомы заболеваний  внутренних органов;  - клинические  проявления основных  хирургических синдромов;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;  - правила заполнения типовой медицинской документации;  - правила оформления документов временной нетрудоспособности.  -------------------------------  **-умеет -** провести обследование  больного;  - оценить полученные данные;  - сформулировать синдромальный и клинический  диагноз и наметить план дополнительных методов исследования;  - заполнить историю болезни; амбулаторную карту, оценить результаты  обследований пациента.  --------------------------------  **-владеет -** методами общеклинического  обследования (расспрос, осмотр,  пальпация, перкуссия,  аускультация, определение свойств артериального пульса,  измерение артериального давления);  - агоритмом развернутого клинического  диагноза;  - алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к  соответствующему  врачу – специалисту. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни  Ситуационные задачи  № 2, 3, 5  Тесты №1: 1 – 10  Тесты № 3: 1 – 10 Тесты № 4: 1 – 10  Тесты № 5: 1 – 10  Тесты № 6: 1 – 10  Тесты № 10: 1 – 10  Тесты № 11: 1 – 10  Тесты № 12: 1 – 10  Тесты № 13: 1 – 10  Тесты № 14: 1– 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты №1: 11 – 20 Тесты № 3: 11 – 20  Тесты № 4: 11 – 20  Тесты № 5: 11 – 20  Тесты № 6: 11– 20  Тесты № 10: 11 – 20  Тесты № 11: 11 – 20  Тесты № 12: 11 – 20  Тесты № 13: 11 – 20  Тесты № 14: 11– 20  Ситуационные задачи  № 7, 8, 9  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Тесты №1: 21 – 30 Тесты № 3: 1 – 20  Тесты № 4: 21 – 33  Тесты № 6: 21 – 40  Тесты № 10: 21 – 29  Тесты № 11: 21 – 30  Тесты № 12: 21 – 30  Тесты № 13: 21 – 30  Тесты № 14: 21– 30  Ситуационные задачи  № 10, 17, 21 |
| ПК-10 | готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи. | **- знает -** принципы клинического  обследования хирургического  больного;  - диагностику неотложных, острых состояний;  - оценить данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - основные патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний,  не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной  медицинской помощи.  --------------------------------  **-умеет -** определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников;  - провести физикальное обследование пациента (осмотр,  пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.);  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях, с гнойно-септическими состояниями, выявлять жизнеонасные нарушения при  кровотечениях;  - проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания.  --------------------------------  **- владеет -** методами:объективного обследования больного, выявления патологических симптомов и синдромов;  - оценивать данные лабораторных, биохимических методов исследования и результаты инструментальных, рентгенологических исследований;  - алгоритмом развернутого  клинического диагноза;  - алгоритмом постановки  предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;  - методами проведения неотложных мероприятий,  медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента;  - показания для плановой госпитализации больных. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи.  Учебная история болезни.  Ситуационные задачи  № 2, 8, 9  Тесты № 7: 1 – 10  Тесты № 8: 1 – 10  Тесты № 9: 1 – 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 7: 11 – 25  Тесты № 8: 11 – 20  Тесты № 9: 11 – 20  Ситуационные задачи  № 10, 17, 18  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Тесты № 7: 11 – 25  Тесты № 8: 21 – 31  Тесты № 9: 1 – 20  Ситуационные задачи  № 19, 21, 22 |
| ПК-11 | готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | **- знает -**  основные принципы оказание  медицинской помощи при неотложных состояниях;  - оказание скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;  оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;  - особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время;  - алгоритм выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.  --------------------------------  **-умеет -** использовать медицинское оборудование при оказании первой помощи, оказать неотложную помощь в экстренных случаях, осуществлять противошоковые мероприятия;  - выявлять жизнеопасные нарушения при кровотечениях,  наложить жгуты, транспортные шины, бинтовые и косыночные повязки, ввести медикаменты через дренажи и микроирригаторы;  - оценить пригодность крови и ее препаратов к трансфузии, проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания;  - разработать план терапевтических  (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;  - оказать неотложную помощь в экстренных случаях.  --------------------------------  **- владеет -** основными врачебными  диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и  угрожающих жизни состояниях (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), владеть методиками их немедленного устранения;  - составлением плана лечебных мероприятий**,** техникой проведения процедур и манипуляций при неотложных остояниях;.  - алгоритмом  выполнения основных  диагностических и лечебных мероприятий по оказанию пергой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;  - методами временной остановки наружных кровотечений;  - методикой  сказания первой медицинской  помощи при травках (транспортная иммобилизация, наложение повязок на рану). | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни.  Ситуационные задачи  № 1, 13, 14  Тесты № 18: 1 – 10  Тесты № 19: 1 – 10  Тесты № 20: 1 – 15  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 18: 11 – 20  Тесты № 19: 11 – 20  Тесты № 20: 15 – 30  Ситуационные задачи  № 20, 27, 28  ----------------------------  Доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.  Демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  Тесты № 18: 1 – 10  Тесты № 19: 21 – 30  Тесты № 20: 21 – 30  Ситуационные задачи  № 29, 30, 31 |

Структура и содержание раздела «Фонд оценочных средств»

**Модуль 3 – Переломы и повреждения позвоночника и таза**

**1. Карта оценки компетенций**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Коды формируемых компетенций** | **Наименование компетенции** | **Этапы формирования компетенций** | **Средства оценки** |
| **Общекультурные компетенции** | | | |
|  |  | - знает  - умеет  - владеет |  |
| **Общепрофессиональные компетенции** | | | |
|  |  | - знает  - умеет  - владеет |  |
| **Профессиональные компетенции** | | | |
| ПК-5 | готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | **- знает** - алгоритм и правила проведения физикального осмотра, клинического обследования.  -------------------------------  -**умеет** - анализировать результаты современных лабораторно- инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала;  - написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного.  --------------------------------  - **владеет -** методиками проведения и интерпретации опроса, физикального осмотра, клинического обследования, навыками оценки результатов современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного . операционного и секционного материала;  - заполнением карты амбулаторного и стационарного больного. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Ситуационные задачи № 1, 2, 3  Тесты № 15: 1 – 25  Тесты № 16: 1 – 25  Тесты № 17: 1 – 45  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты № 1: 1 – 30  Тесты № 2: 12 – 16,  30 – 33  Ситуационные задачи № 1, 2, 3  ---------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.    Ситуационные задачи № 10, 11, 12 |
| ПК-6 | способностью к определению- у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, МКБ X пересмотра. | **знает**  - структуру МКБ-10, цели и задачи, решаемые при ее использовании  --------------------------------  -**умеет** выделить основные  патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы, требующие использования МКБ-10  **-------------------------------**  - **владеет** методикой использования МКБ-10 при заполнении медицинской документации | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 16: 1 – 10  Тесты № 17: 1 – 10  Ситуационные задачи № 6, 7, 8  **--------------------------**  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 15: 10 – 25  Тесты № 16: 10 – 25  Ситуационные задачи № 10, 11, 12  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.  Ситуационные задачи № 10, 11, 12 |
| ПК-8 | способностью к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами | **знает** - этиологию, патогенез, клинические синдромы, принципы диагностики, лечения, реабилитации пациентов при различных нозологических формах;  - патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - методику определения площади обожженной поверхности, особенности наложения контурных повязок при ожоговой болезни и холодовой травме;  -------------------------------  -**умеет**  - выявлять и анализировать клинические синдромы, провести диагностику, назначить лечение и реабилитацию;  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - оценить объективный статус пациента, данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях.  --------------------------------  - **владеет** методами клинической диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний при различных нозологических формах, оценить прогноз. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 17: 1 - 45  Ситуационные задачи № 13, 14, 15  -----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Ситуационные задачи № 16, 17,18  ---------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.  Ситуационные задачи № 16, 17,18 |
| ПК-9 | готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. | **- знает -** основные патологические симптомы, синдромы в хирургии и травматологии;  - алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - план обследования,  основные симптомы заболеваний  внутренних органов;  - клинические  проявления основных  хирургических синдромов;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;  - правила заполнения типовой медицинской документации;  - правила оформления документов временной нетрудоспособности.  -------------------------------  **-умеет -** провести обследование  больного;  - оценить полученные данные;  - сформулировать синдромальный и клинический  диагноз и наметить план дополнительных методов исследования;  - заполнить историю болезни; амбулаторную карту, оценить результаты  обследований пациента.  --------------------------------  **-владеет -** методами общеклинического  обследования (расспрос, осмотр,  пальпация, перкуссия,  аускультация, определение свойств артериального пульса,  измерение артериального давления);  - агоритмом развернутого клинического  диагноза;  - алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к  соответствующему  врачу – специалисту. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни  Ситуационные задачи  № 32, 33, 36  Тесты №1: 1 – 10 Тесты № 3: 1 – 10 Тесты № 4: 1 – 10  Тесты № 5: 1 – 10  Тесты № 6: 1 – 10  Тесты № 14: 1 – 10  Тесты № 15: 1 – 10  Тесты № 16: 1 – 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты №1: 11 – 20 Тесты № 3: 11 – 20  Тесты № 4: 11 – 20  Тесты № 5: 11 – 20  Тесты № 6: 11 – 20  Тесты № 14: 11 – 20  Тесты № 15: 11 – 20  Тесты № 16: 11 – 20  Ситуационные задачи  № 32, 33, 36  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Тесты №1: 21 – 30 Тесты № 3: 1 – 20  Тесты № 4: 21 – 33  Тесты № 6: 21 – 40  Тесты № 14: 21– 30  Тесты № 15: 15 – 25  Тесты № 16: 15 – 25  Ситуационные задачи  № 32, 33, 36 |
| ПК-10 | готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи. | **- знает -** принципы клинического  обследования хирургического  больного;  - диагностику неотложных, острых состояний;  - оценить данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - основные патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний,  не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной  медицинской помощи.  --------------------------------  **-умеет -** определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников;  - провести физикальное обследование пациента (осмотр,  пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.);  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях, с гнойно-септическими состояниями, выявлять жизнеонасные нарушения при  кровотечениях;  - проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания.  --------------------------------  **- владеет -** методами:объективного обследования больного, выявления патологических симптомов и синдромов;  - оценивать данные лабораторных, биохимических методов исследования и результаты инструментальных, рентгенологических исследований;  - алгоритмом развернутого  клинического диагноза;  - алгоритмом постановки  предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;  - методами проведения неотложных мероприятий,  медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента;  - показания для плановой госпитализации больных. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи.  Учебная история болезни.  Ситуационные задачи  № 32  Тесты № 15: 1 – 10  Тесты № 16: 1 – 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 15: 11 – 20  Тесты № 16: 11 – 20  Ситуационные задачи  № 33  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Тесты № 15: 15 – 25  Тесты № 16: 15 – 25  Ситуационные задачи  № 32, 33, 36 |
| ПК-11 | готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | **- знает -**  основные принципы оказание  медицинской помощи при неотложных состояниях;  - оказание скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;  оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;  - особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время;  - алгоритм выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.  --------------------------------  **-умеет -** использовать медицинское оборудование при оказании первой помощи, оказать неотложную помощь в экстренных случаях, осуществлять противошоковые мероприятия;  - выявлять жизнеопасные нарушения при кровотечениях,  наложить жгуты, транспортные шины, бинтовые и косыночные повязки, ввести медикаменты через дренажи и микроирригаторы;  - оценить пригодность крови и ее препаратов к трансфузии, проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания;  - разработать план терапевтических  (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;  - оказать неотложную помощь в экстренных случаях.  --------------------------------  **- владеет -** основными врачебными  диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и  угрожающих жизни состояниях (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), владеть методиками их немедленного устранения;  - составлением плана лечебных мероприятий**,** техникой проведения процедур и манипуляций при неотложных остояниях;.  - алгоритмом  выполнения основных  диагностических и лечебных мероприятий по оказанию пергой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;  - методами временной остановки наружных кровотечений;  - методикой  сказания первой медицинской  помощи при травках (транспортная иммобилизация, наложение повязок на рану). | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни.  Ситуационные задачи  № 1  Тесты № 15: 1 – 10  Тесты № 16: 1 – 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 15: 11– 20  Тесты № 16: 11– 20  Ситуационные задачи  № 1  ----------------------------  Доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.  Демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  Тесты № 15: 15 – 25  Тесты № 16: 15 – 25  Ситуационные задачи  № 1 |

Структура и содержание раздела «Фонд оценочных средств»

**Модуль 4 – Политравма**

**1. Карта оценки компетенций**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Коды формируемых компетенций** | **Наименование компетенции** | **Этапы формирования компетенций** | **Средства оценки** |
| **Общекультурные компетенции** | | | |
|  |  | - знает  - умеет  - владеет |  |
| **Общепрофессиональные компетенции** | | | |
|  |  | - знает  - умеет  - владеет |  |
| **Профессиональные компетенции** | | | |
| ПК-5 | готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | **- знает** - алгоритм и правила проведения физикального осмотра, клинического обследования.  -------------------------------  -**умеет** - анализировать результаты современных лабораторно- инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала;  - написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного.  --------------------------------  - **владеет -** методиками проведения и интерпретации опроса, физикального осмотра, клинического обследования, навыками оценки результатов современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного . операционного и секционного материала;  - заполнением карты амбулаторного и стационарного больного. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 18: 1 – 10,  Тесты № 19: 1 – 10  Тесты № 20: 1 – 10  Ситуационные задачи № 26, 27  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты № 18: 11 – 20,  Тесты № 19: 11 – 20  Тесты № 20: 11 – 20  Ситуационные задачи № 28, 29  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.    Ситуационные задачи № 1, 8 |
| ПК-6 | способностью к определению- у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, МКБ X пересмотра. | **знает**  - структуру МКБ-10, цели и задачи, решаемые при ее использовании  --------------------------------  -**умеет** выделить основные  патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы, требующие использования МКБ-10  **-------------------------------**  - **владеет** методикой использования МКБ-10 при заполнении медицинской документации | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 18: 1 – 10,  Тесты № 19: 21 – 30  Тесты № 20: 21 – 30,  Ситуационные задачи № 30, 31  **----------------------------**  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты №18: 1 – 10  Тесты № 19: 1 – 10  Тесты № 20: 1 – 10,  Ситуационные задачи № 26, 27  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий. Ситуационные задачи № 1, 10, 20 |
| ПК-8 | способностью к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами | **знает** - этиологию, патогенез, клинические синдромы, принципы диагностики, лечения, реабилитации пациентов при различных нозологических формах;  - патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - методику определения площади обожженной поверхности, особенности наложения контурных повязок при ожоговой болезни и холодовой травме;  -------------------------------  -**умеет**  - выявлять и анализировать клинические синдромы, провести диагностику, назначить лечение и реабилитацию;  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - оценить объективный статус пациента, данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях.  --------------------------------  - **владеет** методами клинической диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний при различных нозологических формах, оценить прогноз. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 18: 11 – 20  Тесты № 19: 11 – 20  Тесты № 20: 21 – 20  Ситуационные задачи № 28, 29  -----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты № 18: 11 – 20  Тесты № 19: 21 – 30  Тесты № 20: 21 – 30  Ситуационные задачи № 30, 31  ---------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.  Тесты № 18: 11 – 20  Тесты № 19: 21 – 30  Ситуационные задачи  № 29, 30 |
| ПК-9 | готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. | **- знает -** основные патологические симптомы, синдромы в хирургии и травматологии;  - алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - план обследования,  основные симптомы заболеваний  внутренних органов;  - клинические  проявления основных  хирургических синдромов;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;  - правила заполнения типовой медицинской документации;  - правила оформления документов временной нетрудоспособности.  -------------------------------  **-умеет -** провести обследование  больного;  - оценить полученные данные;  - сформулировать синдромальный и клинический  диагноз и наметить план дополнительных методов исследования;  - заполнить историю болезни; амбулаторную карту, оценить результаты  обследований пациента.  --------------------------------  **-владеет -** методами общеклинического  обследования (расспрос, осмотр,  пальпация, перкуссия,  аускультация, определение свойств артериального пульса,  измерение артериального давления);  - агоритмом развернутого клинического  диагноза;  - алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к  соответствующему  врачу – специалисту. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни  Ситуационные задачи  № 26, 27, 28  Тесты № 18: 1 – 10  Тесты № 19: 1 – 10  Тесты № 20: 1 – 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 18: 11 – 20  Тесты № 19: 11 – 20  Тесты № 20: 11 – 20  Ситуационные задачи  № 39, 30, 31  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий    Тесты № 19: 21 – 30  Тесты № 20: 21 – 30  Ситуационные задачи  № 1, 8, 16 |
| ПК-10 | готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи. | **- знает -** принципы клинического  обследования хирургического  больного;  - диагностику неотложных, острых состояний;  - оценить данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - основные патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний,  не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной  медицинской помощи.  --------------------------------  **-умеет -** определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников;  - провести физикальное обследование пациента (осмотр,  пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.);  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях, с гнойно-септическими состояниями, выявлять жизнеонасные нарушения при  кровотечениях;  - проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания.  --------------------------------  **- владеет -** методами:объективного обследования больного, выявления патологических симптомов и синдромов;  - оценивать данные лабораторных, биохимических методов исследования и результаты инструментальных, рентгенологических исследований;  - алгоритмом развернутого  клинического диагноза;  - алгоритмом постановки  предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;  - методами проведения неотложных мероприятий,  медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента;  - показания для плановой госпитализации больных. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи.  Учебная история болезни.  Ситуационные задачи  № 20, 26  Тесты № 18: 1 – 10  Тесты № 19: 1 – 10  Тесты № 20: 1 – 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 18: 11 – 20  Тесты № 19: 11 – 20  Тесты № 20: 11 – 20  Ситуационные задачи  № 1, 8, 16  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Тесты № 18: 1 – 10  Тесты № 19: 21 – 30  Тесты № 20: 21 – 30  Ситуационные задачи  № 20, 26, 27 |
| ПК-11 | готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | **- знает -**  основные принципы оказание  медицинской помощи при неотложных состояниях;  - оказание скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;  оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;  - особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время;  - алгоритм выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.  --------------------------------  **- умеет -** использовать медицинское оборудование при оказании первой помощи, оказать неотложную помощь в экстренных случаях, осуществлять противошоковые мероприятия;  - выявлять жизнеопасные нарушения при кровотечениях,  наложить жгуты, транспортные шины, бинтовые и косыночные повязки, ввести медикаменты через дренажи и микроирригаторы;  - оценить пригодность крови и ее препаратов к трансфузии, проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания;  - разработать план терапевтических  (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;  - оказать неотложную помощь в экстренных случаях.  --------------------------------  **- владеет -** основными врачебными  диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и  угрожающих жизни состояниях (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), владеть методиками их немедленного устранения;  - составлением плана лечебных мероприятий**,** техникой проведения процедур и манипуляций при неотложных остояниях;.  - алгоритмом  выполнения основных  диагностических и лечебных мероприятий по оказанию пергой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;  - методами временной остановки наружных кровотечений;  - методикой  сказания первой медицинской  помощи при травках (транспортная иммобилизация, наложение повязок на рану). | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни.  Ситуационные задачи  № 1, 8  Тесты № 18: 1 – 10  Тесты № 19: 1 – 10  Тесты № 20: 1 – 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 18: 11 – 20  Тесты № 19: 11 – 20  Тесты № 20: 11 – 20  Ситуационные задачи  № 16, 30  ----------------------------  Доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.  Демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  Тесты № 18: 1 – 20  Тесты № 19: 21 – 30  Тесты № 20: 21 – 30  Ситуационные задачи  № 29, 31 |

Структура и содержание раздела «Фонд оценочных средств»

**Модуль 5 – Термические поражения**

**1. Карта оценки компетенций**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Коды формируемых компетенций** | **Наименование компетенции** | **Этапы формирования компетенций** | **Средства оценки** |
| **Общекультурные компетенции** | | | |
|  |  | - знает  - умеет  - владеет |  |
| **Общепрофессиональные компетенции** | | | |
|  |  | - знает  - умеет  - владеет |  |
| **Профессиональные компетенции** | | | |
| ПК-5 | готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | **- знает** - алгоритм и правила проведения физикального осмотра, клинического обследования.  -------------------------------  -**умеет** - анализировать результаты современных лабораторно- инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала;  - написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного.  --------------------------------  - **владеет -** методиками проведения и интерпретации опроса, физикального осмотра, клинического обследования, навыками оценки результатов современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного . операционного и секционного материала;  - заполнением карты амбулаторного и стационарного больного. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Ситуационные задачи № 24, 25  Тесты № 21: 1 – 10,  Тесты № 22: 1 – 10  -------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты №21:11–20  Тесты №22: 11– 20  Ситуационные задачи № 24, 25  -------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Ситуационные задачи № 24, 25 |
| ПК-6 | способностью к определению- у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, МКБ X пересмотра. | **знает**  - структуру МКБ-10, цели и задачи, решаемые при ее использовании  --------------------------------  -**умеет** выделить основные  патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы, требующие использования МКБ-10  **-------------------------------**  - **владеет** методикой использования МКБ-10 при заполнении медицинской документации | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи.  Тесты №21: 21 – 30  Тесты №22: 21 – 30  Ситуационные задачи № 24, 25  **--------------------------**  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты №21: 1– 10  Тесты №22: 1– 10  Ситуационные задачи № 24, 25  **--------------------------**  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий. Ситуационные задачи № 24, 25 |
| ПК-8 | способностью к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами | **знает** - этиологию, патогенез, клинические синдромы, принципы диагностики, лечения, реабилитации пациентов при различных нозологических формах;  - патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - методику определения площади обожженной поверхности, особенности наложения контурных повязок при ожоговой болезни и холодовой травме;  --------------------------------  - **умеет**  - выявлять и анализировать клинические синдромы, провести диагностику, назначить лечение и реабилитацию;  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - оценить объективный статус пациента, данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях.  ---------------------------------  - **владеет** методами клинической диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний при различных нозологических формах, оценить прогноз. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты №21: 11 – 20  Тесты №22: 11 – 20  Ситуационные задачи № 24, 25  -------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты № 21: 21 – 30  Тесты №22: 21 – 30  Ситуационные  задачи № 24, 25  --------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Ситуационные задачи № 24, 25 |
| ПК-9 | готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. | **- знает -** основные патологические симптомы, синдромы в хирургии и травматологии;  - алгоритм постановки диагноза(предварительного, клинического);  - план обследования,  основные симптомы заболеваний внутренних органов;  - клинические  проявления основных  хирургических синдромов;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;  - правила заполнения типовой медицинской документации;  - правила оформления документов временной нетрудоспособности.  -------------------------------  **-умеет -** провести обследование больного;  - оценить полученные данные;  - сформулировать синдромальный и клинический диагноз и наметить план дополнительных методов исследования;  - заполнить историю болезни; амбулаторную карту,  - оценить результаты обследований пациента.  --------------------------------  **- владеет -** методами общеклинического  обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение свойств артериального пульса,  измерение артериального давления);  - агоритмом развернутого клинического диагноза;  - алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к  соответствующему  врачу – специалисту. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни  Ситуационные задачи № 24, 25  Тесты № 21: 1 – 10  Тесты № 22: 1 – 10  -------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты №21: 11 – 20  Тесты №22: 11 – 20  Ситуационные задачи № 24, 25  -------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Тесты №21: 21 – 30  Тесты №22: 21 – 30  Ситуационные задачи № 24, 25 |
| ПК-10 | готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи. | **- знает -** принципы клинического обследования хирургического больного;  - диагностику неотложных, острых состояний;  - оценить данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - основные патологические симптомы, синдромы;  - алгоритм постановки диагноза(предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний,  не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной  медицинской помощи.  --------------------------------  **-умеет -** определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников;  - провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.);  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях, с гнойно-септическими состояниями, выявлять жизнеонасные нарушения при  кровотечениях;  - проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания.  --------------------------------  **- владеет -** методами:объективного обследования больного, выявления патологических симптомов и синдромов;  - оценивать данные лабораторных, биохимических методов исследования и результаты инструментальных, рентгенологических исследований;  - алгоритмом развернутого  клинического диагноза;  - алгоритмом постановки  предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;  - методами проведения неотложных мероприятий,  медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента;  - показания для плановой госпитализации больных. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи.  Учебная история болезни.  Ситуационные задачи № 24, 25  Тесты №21: 1 – 10  Тесты №22: 1 – 10  - -------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты №21: 11 – 20  Тесты №22: 11 – 20  Ситуационные задачи №  № 10, 17, 18  --------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Тесты №21: 21 – 30  Тесты №22: 21 – 30  Ситуационные задачи № 24, 25 |
| ПК-11 | готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | **- знает -**  основные принципы оказание  медицинской помощи при неотложных состояниях;  - оказание скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;  оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;  - особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время;  - алгоритм выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.  --------------------------------  **- умеет -** использовать медицинское оборудование при оказании первой помощи, оказать неотложную помощь в экстренных случаях, осуществлять противошоковые мероприятия;  - выявлять жизнеопасные нарушения при кровотечениях, наложить жгуты, транспортные шины, бинтовые и косыночные повязки, ввести медикаменты через дренажи и микроирригаторы;  - оценить пригодность крови и ее препаратов к трансфузии, проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания;  - разработать план терапевтических  (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;  - оказать неотложную помощь в экстренных случаях.  --------------------------------  **- владеет -** основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и  угрожающих жизни состояниях (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), владеть методиками их немедленного устранения;  - составлением плана лечебных мероприятий**,** техникой проведения процедур и манипуляций при неотложных состояниях;  - алгоритмом  выполнения основных  диагностических и лечебных мероприятий по оказанию пергой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;  - методами временной остановки наружных кровотечений;  - методикой  сказания первой медицинской  помощи при травках (транспортная иммобилизация, наложение повязок на рану). | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни.  Ситуационные задачи № 24, 25  Тесты № 21: 1 – 10  Тесты № 22: 1 – 10  -------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 21: 11– 20  Тесты № 22: 11– 20  Ситуационные задачи № 24, 25  -------------------------  Доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.  Демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  Тесты №21: 21 – 30  Тесты №22: 21 – 30  Ситуационные задачи № 24, 25 |

Структура и содержание раздела «Фонд оценочных средств»

**Модуль 6 – Ортопедические заболевания**

**1. Карта оценки компетенций**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Коды формируемых компетенций** | **Наименование компетенции** | **Этапы формирования компетенций** | **Средства оценки** |
| **Общекультурные компетенции** | | | |
|  |  | - знает  - умеет  - владеет |  |
| **Общепрофессиональные компетенции** | | | |
|  |  | - знает  - умеет  - владеет |  |
| **Профессиональные компетенции** | | | |
| ПК-5 | готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | **- знает** - алгоритм и правила проведения физикального осмотра, клинического обследования.  -------------------------------  -**умеет** - анализировать результаты современных лабораторно- инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала;  - написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного.  --------------------------------  - **владеет -** методиками проведения и интерпретации опроса, физикального осмотра, клинического обследования, навыками оценки результатов современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного . операционного и секционного материала;  - заполнением карты амбулаторного и стационарного больного. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 23: 1 – 10,  Тесты № 24: 1 – 10  Тесты № 25: 1 – 10  Тесты № 29: 1 - 10  Ситуационные задачи № 32, 33  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты № 23: 11 – 25,  Тесты № 24: 11 – 25  Тесты № 25: 11 – 25  Тесты № 29: 11 - 20  Ситуационные задачи № 34, 35  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Ситуационные задачи № 34, 37 |
| ПК-6 | способностью к определению- у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, МКБ X пересмотра. | **знает**  - структуру МКБ-10, цели и задачи, решаемые при ее использовании  --------------------------------  -**умеет** выделить основные  патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы, требующие использования МКБ-10  **-------------------------------**  - **владеет** методикой использования МКБ-10 при заполнении медицинской документации | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 26: 1 – 10,  Тесты № 27: 1 – 10  Тесты № 28: 1 – 10  Тесты № 30: 1 - 10  Ситуационные задачи № 36, 37  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты № 26: 11 – 20,  Тесты № 27: 11 – 20  Тесты № 28: 11 – 20  Ситуационные задачи № 33, 34  **----------------------------**  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Ситуационные задачи № 34, 37 |
| ПК-8 | способностью к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами | **знает** - этиологию, патогенез, клинические синдромы, принципы диагностики, лечения, реабилитации пациентов при различных нозологических формах;  - патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - методику определения площади обожженной поверхности, особенности наложения контурных повязок при ожоговой болезни и холодовой травме;  -------------------------------  -**умеет**  - выявлять и анализировать клинические синдромы, провести диагностику, назначить лечение и реабилитацию;  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - оценить объективный статус пациента, данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях.  --------------------------------  - **владеет** методами клинической диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний при различных нозологических формах, оценить прогноз. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи  Тесты № 26: 21 – 30,  Тесты № 27: 21 – 30  Тесты № 28: 1 – 10  Ситуационные задачи № 32, 33  -----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков  Тесты № 26: 5 – 20,  Тесты № 27: 5 – 20  Тесты № 28: 11 – 20  Ситуационные задачи № 34, 37  ---------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Ситуационные задачи № 33, 36 |
| ПК-9 | готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. | **- знает -** основные патологические симптомы, синдромы в хирургии и травматологии;  - алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - план обследования,  основные симптомы заболеваний  внутренних органов;  - клинические  проявления основных  хирургических синдромов;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;  - правила заполнения типовой медицинской документации;  - правила оформления документов временной нетрудоспособности.  -------------------------------  **-умеет -** провести обследование  больного;  - оценить полученные данные;  - сформулировать синдромальный и клинический  диагноз и наметить план дополнительных методов исследования;  - заполнить историю болезни; амбулаторную карту, оценить результаты  обследований пациента.  --------------------------------  **-владеет -** методами общеклинического  обследования (расспрос, осмотр,  пальпация, перкуссия,  аускультация, определение свойств артериального пульса,  измерение артериального давления);  - агоритмом развернутого клинического  диагноза;  - алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к  соответствующему  врачу – специалисту. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни  Ситуационные задачи  № 32, 33, 36  Тесты №23: 1 – 10 Тесты №24: 1 – 10 Тесты №25: 1 – 10  Тесты №26: 1 – 10  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты №23: 11 – 25 Тесты №24: 11 – 25 Тесты №25: 11 – 25  Тесты №26: 11 – 20  Ситуационные задачи  № 36, 37  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Тесты №26: 21 – 30  Тесты №27: 1 – 10 Тесты №28: 1 – 10 Тесты №29: 1 – 10  Тесты №30: 1 – 10  Ситуационные задачи  № 32, 33 |
| ПК-10 | готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи. | **- знает -** принципы клинического  обследования хирургического  больного;  - диагностику неотложных, острых состояний;  - оценить данные лабораторных и инструментальных методов исследования;  - основные патологические симптомы, синдромы;  алгоритм постановки диагноза (предварительного, клинического);  - клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа;  - оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний,  не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной  медицинской помощи.  --------------------------------  **- умеет -** определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников;  - провести физикальное обследование пациента (осмотр,  пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.);  - оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;  - провести первичное обследование систем и органов;  - определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости,  гидро-пневмоторакса;  - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;  - сформулировать клинический диагноз;  - обследовать пациентов при различных травматических повреждениях, с гнойно-септическими состояниями, выявлять жизнеонасные нарушения при  кровотечениях;  - проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания.  --------------------------------  **- владеет -** методами:объективного обследования больного, выявления патологических симптомов и синдромов;  - оценивать данные лабораторных, биохимических методов исследования и результаты инструментальных, рентгенологических исследований;  - алгоритмом развернутого  клинического диагноза;  - алгоритмом постановки  предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;  - методами проведения неотложных мероприятий,  медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента;  - показания для плановой госпитализации больных. | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи.  Учебная история болезни.  Ситуационные задачи  № 32, 35  Тесты №27: 11 – 20 Тесты №28: 11 – 20 Тесты №29: 11 – 20  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты №25: 10 – 25 Тесты №26: 10 – 25 Тесты №27: 10 – 30  Ситуационные задачи  № 33, 37  ----------------------------  Учебная история болезни, этапные эпикризы, демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни. Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий  Тесты №23: 1 – 10 Тесты №24: 1 – 10 Тесты №25: 1 – 10  Ситуационные задачи  № 32, 33, 36 |
| ПК-11 | готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | **- знает -**  основные принципы оказание  медицинской помощи при неотложных состояниях;  - оказание скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;  оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;  - особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время;  - алгоритм выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.  --------------------------------  **- умеет -** использовать медицинское оборудование при оказании первой помощи, оказать неотложную помощь в экстренных случаях, осуществлять противошоковые мероприятия;  - выявлять жизнеопасные нарушения при кровотечениях,  наложить жгуты, транспортные шины, бинтовые и косыночные повязки, ввести медикаменты через дренажи и микроирригаторы;  - оценить пригодность крови и ее препаратов к трансфузии, проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания;  - разработать план терапевтических  (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;  - оказать неотложную помощь в экстренных случаях.  --------------------------------  **- владеет -** основными врачебными  диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и  угрожающих жизни состояниях (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), владеть методиками их немедленного устранения;  - составлением плана лечебных мероприятий**,** техникой проведения процедур и манипуляций при неотложных остояниях;.  - алгоритмом  выполнения основных  диагностических и лечебных мероприятий по оказанию пергой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;  - методами временной остановки наружных кровотечений;  - методикой  сказания первой медицинской  помощи при травках (транспортная иммобилизация, наложение повязок на рану). | Собеседование по вопросам, тесты, ситуационные задачи. Учебная история болезни.  Ситуационные задачи  № 36, 37  Тесты №23: 11 – 25 Тесты №24: 11 – 25 Тесты №25: 11 – 25  ----------------------------  Доклад по больному.  Написание истории болезни, этапного эпикриза. Представление схем алгоритмов действий, рисунков.  Тесты №26: 1 – 10 Тесты №27: 1 – 10 Тесты №28: 1 – 10  Тесты №29: 1 – 10  Ситуационные задачи  № 32, 33  ----------------------------  Доклад больного на конференции травматологов-ортопедов, на клиническом обходе, защита учебной истории болезни.  Планы и алгоритмы диагностических и лечебных действий.  Демонстрация манипуляций, алгоритмов действий,  Тесты №26: 21 – 30 Тесты №27: 21 – 30 Тесты №28: 11 – 20  Тесты №29: 11 – 20  Ситуационные задачи  № 34, 35 |

***2. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости студентов:***

*- перечень заданий для контрольных работ;*

*- перечень тем курсовых работ;*

*- тесты; ситуационные задачи;*

*- кейсы;*

*- алгоритмы выполнения манипуляций;*

*- перечень тем рефератов, эссе, докладов;*

*- перечень вопросов для коллоквиумов.*

***3.******Оценочные средства для промежуточной аттестации студентов:***

*- перечень зачетных и экзаменационных вопросов;*

*- ситуационные задачи;*

*- кейсы;*

*- тесты;*

*- критерии оценки.*

*4.* ***Материалы для проведения государственной итоговой аттестации выпускников****:*

*- программа ГИА;*

*- сборники тестовых заданий и ситуационных задач;*

*- темы выпускных квалификационных работ;*

*- методические материалы по выполнению выпускных квалификационных работ).*

### Задания для контроля знаний

**К модулю 1: Тестовые задания №1 по травматологии, ортопедии**

**для студентов V курса лечебного факультета по теме**

**«МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ»**

1. Ось нижней конечности проходит через:
   1. большой вертел, середину надколенника, I-й палец;
   2. переднюю верхнюю ость, середину надколенника, I-й межпальцевой промежуток;
   3. головку бедра, внутренний мыщелок бедра, I-й палец;
   4. головку бедра, внутренний край надколенника, I-й палец.
2. Ось верхней конечности проходит через:
   1. головку плеча, локтевой отросток, шиловидный отросток луча;
   2. акромиальный отросток, блок плечевой кости, головку локтевой кости;
   3. головку плеча, головку лучевой кости, головку локтевой кости;
   4. головку плеча, головку лучевой кости, шиловидный отросток лучевой кости.
3. Анатомическая длина нижней конечности измеряется:
   1. от передней верхней ости подвздошной кости до наружной лодыжки;
   2. от передней верхней ости до внутренней лодыжки;
   3. от большого вертела до наружной лодыжки;
   4. от передневерхней ости подвздошной кости до внутренней лодыжки.
4. Относительная длина нижней конечности измеряется:
   1. от передней верхней ости до внутренней лодыжки;
   2. от передней верхней ости до наружной лодыжки;
   3. от пупка до внутренней лодыжки;
   4. от мечевидного отростка грудины до внутренней лодыжки.
5. Длина голени измеряется:
   1. от бугристости большеберцовой кости до внутренней лодыжки;
   2. от щели коленного сустава с наружной стороны до наружной лодыжки;
   3. от внутреннего мыщелка бедра до внутренней лодыжки;
   4. от нижнего края надколенника до внутренней лодыжки.
6. Линии Розера-Нелатона и Кулика проводятся:
   1. на рентгенограмме;
   2. на больном;
   3. при сопоставлении рентгенологических данных и костных ориентиров на больном;
   4. на электрорентгенограмме.
7. В норме:
   1. на линии Розера-Нелатона находится верхушка большого вертела, треугольник Бриана равнобедренный;
   2. на линии Розера-Нелатона располагается головка бедра, треугольник Бриана равнобедренный;
   3. на линии Розера-Нелатона находится большой вертел, треугольник Бриана равносторонний;
   4. на линии Розера-Нелатона находится малый вертел.
8. Ротация бедра совершается:
   1. кнаружи в большем объеме, чем кнутри;
   2. одинаково кнутри и кнаружи;
   3. в большем объеме кнутри, чем кнаружи;
   4. кнаружи невозможна.
9. Угол шага измеряется между:
   1. осями правой и левой стоп;
   2. между направлением движения и осью стопы;
   3. между внутренним краем стопы и направлением движения;
   4. между I-ми пальцами обеих стоп.
10. В норме линия Шемакера пересекается со срединной линией:
    1. на уровне или выше пупка;
    2. ниже пупка;
    3. всегда на уровне пупка;
    4. на уровне лонных костей.
11. Ось плеча и линия надмыщелков Маркса пересекаются:
    1. под острым углом, открытым кнутри;
    2. под тупым углом, открытым кнутри;
    3. под прямым углом;
    4. под тупым углом открытым кнаружи.
12. Треугольник Гютера утрачивает равнобедренность:
    1. при надмыщелковом переломе плеча;
    2. при вывихе головки лучевой кости;
    3. при переломе надмыщелков;
    4. при повреждении Монтеджа.
13. Длина кисти измеряется:
    1. от шиловидного отростка луча до кончика II-го пальца;
    2. от середины расстояния между шиловидными отростками до кончика III-го пальца;
    3. от шиловидного отростка луча до кончика III-го пальца;
    4. от шиловидного отростка локтевой кости до кончика III-го пальца.
14. Супинация и пронация стопы происходят:

а) в голеностопном суставе;

б) в таранно-пяточном суставе;

в) в шопаровом суставе;

г) в суставе Лисфранка.

1. Амплитуда движений в голеностопном суставе в среднем:

а) 70º; б) 90º; в) 45º; г) 30º.

1. Угол максимального отведения плеча зависит:
   1. полностью от состояния плечевого сустава и мышечного аппарата;
   2. от степени подвижности лопатки и состояния позвоночника;
   3. от тонуса и силы дельтовидной мышцы;
   4. от положения обследуемого.
2. Физиологические изгибы позвоночника формируются:
   1. до рождения ребенка;
   2. в первые 1,5 года жизни;
   3. в первые 3 года жизни;
   4. в 8-10 лет.
3. Центр тяжести у взрослого человека находится на уровне:
   1. 2-го крестцового позвонка;
   2. 2-го поясничного позвонка;
   3. 12-го грудного позвонка;
   4. 7-го грудного позвонка.
4. Между биспинальной линией и осью бедра угол:

а) острый; б) прямой; в) тупой; г) 45º.

1. Для женщин физиологической нормой является:
   1. genu valgum;
   2. genu varum;
   3. genu rectum;
   4. genu recurvatum.
2. Контрактура называется:
   1. по тому движению, которое сохранено;
   2. по тому движению, которое утрачено;
   3. по возможности активных движений;
   4. по возможности пассивных движений.
3. Ригидность сустава, это:
   1. полное отсутствие движений;
   2. движение в пределах 3-5º;
   3. движения в пределах 10º;
   4. движения в пределах 90º.
4. Анатомическая длина верхней конечности измеряется:
   1. от головки плеча до кончика III-го пальца;
   2. от головки плеча до головки локтевой кости;
   3. от акромиального отростка лопатки до кончика III-го пальца;
   4. от акроминального конца ключицы до кончика III-го пальца.
5. Косолапость – это:
   1. подошвенное сгибание стопы;
   2. приведение стопы;
   3. супинация стопы;
   4. супинация, приведение и подошвенное сгибание стопы.
6. Длина шага измеряется между линиями касания:
   1. заднего края пяток;
   2. кончиков первых пальцев;
   3. середины стоп;
   4. кончиком пальца одной стопы и задним краем пятки другой.
7. При полой стопе угол Богданова:
   1. равен 90º; в) острый;
   2. тупой; г) равен 450 .
8. При плоскостопии угол Богданова:
   1. равен 90º; в) острый;
   2. тупой; г) равен 450 .

28. Положительный симптом Тренделенбурга бывает:

а) при врожденном вывихе бедра;

б) при уменьшенном шеечно-диафизарном угле;

в) при парезе или параличе ягодичных мышц.

г) при всех перечисленных.

29. Пассивное положение больного наблюдается при:

а) переломе ключицы;

б) укорочение нижней конечности;

в) переломе шейки бедренной кости;

г) вывихе в тазобедренном суставе.

30. Вынужденное положение больного наблюдается при:

а) комбинированном переломе лонного и подвздошного сегментов тазового кольца;

б) повреждение грудного отдела позвоночника с нарушением проводимости спинного мозга;

в) переломе бедренной кости с повреждением седалищного нерва;

г) параличе плечевого сплетения верхнего типа.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов для студентов V курса лечебного факультета по теме

«МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. б 2. в 3. в 4. а 5. б 6. б 7. а 8. в 9. б 10. а | 1. в 2. в 3. б 4. б 5. а 6. б 7. б 8. а 9. а 10. а | 1. а 2. б 3. а 4. г 5. а 6. в 7. б 8. г 9. в 10. а |

**К модулю 1: Тестовые задания №2 по травматологии, ортопедии**

**для студентов V курса лечебного факультета по теме**

**«Регенерация костной ткани: виды, фазы»**

1. К хрящевым тканям относится:
   1. ретикулофиброзная;
   2. пластинчатая;
   3. дентиноидная;
   4. эластическая.
2. К костным тканям относится:
   1. пластинчатая;
   2. волокнистая;
   3. гиалиновая;
   4. эластическая.
3. Постоянными клеточными элементами костной ткани являются:
   1. остеобласты;
   2. фибробласты;
   3. ретикулоциты;
   4. адипоциты.
4. Щелочную фосфатазу и остеокальцин секретируют:
   1. остеобласты;
   2. остеокласты;
   3. остеоциты;
   4. фибробласты.
5. Остеокласты совместно с остеобластами участвуют в ремоделировании костных структур:
   1. в эмбриональном остеогенезе;
   2. в постнатальном остеогенезе;
   3. в регенерационном остеогенезе;
   4. во всех вышеуказанных.
6. Участие клеток костной ткани в основных процессах метаболизма, происходящих в кости: правильный ответ:
   1. остеобласты – резорбция матрикса;
   2. остеобласты – минерализация матрикса;
   3. остеобласты – формирование органического матрикса;
   4. остеобласты – протеолиз коллагена и других белков матрикса.
7. Участие клеток костной ткани в основных процессах метаболизма, происходящих в кости: правильный ответ:
   1. остеокласты – резорбция матрикса;
   2. остеокласты – минерализация матрикса;
   3. остеокласты – формирование органического матрикса;
   4. остеокласты – протеолиз коллагена и других белков матрикса,
8. Участие клеток костной ткани в основных процессах метаболизма, происходящих в кости: правильный ответ:
   1. остеоциты – резорбция матрикса;
   2. остеоциты – минерализация матрикса;
   3. остеоциты – формирование органического матрикса;
   4. остеоциты – протеолиз коллагена и других белков матрикса
9. Структурно-функциональной единицей кости как органа являются:
   1. фолькмановские каналы;
   2. гаверсова система;
   3. остеоид;
   4. канальцево-лакунарная система.
10. Физиологическая регенерация направлена на:
    1. замену клеток в ходе онтогенеза;
    2. восстановление ткани или органа после того или иного повреждения;
    3. обеспечение роста костей в длину;
    4. обеспечение роста костей в толщину.
11. Репаративная регенерация направлена на:
    1. замену клеток в ходе онтогенеза;
    2. восстановление ткани или органа после того или иного повреждения;
    3. обеспечение роста костей в длину;
    4. обеспечение роста костей в толщину.
12. Первичное сращение костной ткани возможно при плотном сопоставлении отломков, чтобы расстояние между ними было порядка:
    1. 0,025 мм; в) 0,1 мм;
    2. 0,05 мм; г) 0, 15 мм.
13. Первичное сращение костных фрагментов происходит за счёт:
    1. периостальной мозоли;
    2. интермедиарной мозоли;
    3. эндостальной мозоли;
    4. включая все указанные мозоли.
14. Вторичное сращение костных фрагментов происходит за счёт:
    1. периостальной мозоли;
    2. интермедиарной мозоли;
    3. эндостальной мозоли;
    4. включая - а) и в).
15. Ускорению фазы функциональной адаптации и перестройки костного регенерата способствует:
    1. плотное сопоставление отломков;
    2. стабильная фиксация костных отломков;
    3. дозированная нагрузка на кость;
    4. включая - а) и б).
16. Современные положения материаловедения гласят, что «идеальный» биоматериал для изготовления ортопедических имплантатов должен обладать свойствами:
    1. остеогенностъю;
    2. остеоиндукцией;
    3. остеокондукцией;
    4. всеми перечисленными.
17. Понятие «остеогенность» биоматериала включает:
    1. содержание клеточных источников для остеогенеза;
    2. инициирование остеогенеза;
    3. обладание матрицей для образования новой кости в ходе репаративного остеогенеза;
    4. замещение кости по механическим свойствам.
18. Понятие «остеокондукция» биоматериала включает:
    1. содержание клеточных источников для остеогенеза;
    2. инициирование остеогенеза;
    3. обладание матрицей для образования новой кости в ходе остеогенеза;
    4. замещение кости по механическим свойствам.
19. Понятие «остеоиндукция» биоматериала включает:
    1. содержание клеточных источников для остеогенеза;
    2. инициирование остеогенеза;
    3. обладание матрицей для образования новой кости в ходе репаративного остеогенеза;
    4. замещение кости по механическим свойствам.
20. Понятие «остеопротекция» биоматериала включает:
    1. содержание клеточных источников для остеогенеза;
    2. инициирование остеогенеза;
    3. обладание матрицей для образования новой кости в ходе репаративного остеогенеза;
    4. замещение кости по механическим свойствам.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов для студентов V курса лечебного факультета по теме

**«**Регенерация костной ткани: виды, фазы»

|  |  |
| --- | --- |
| 1. - г 2. - а 3. - а 4. - а 5. - г 6. - в 7. - а 8. - б 9. - б 10. - а | 1. - б 2. - в 3. - б 4. - а 5. - в 6. - г 7. - а 8. - в 9. - б 10. - г |

**К модулю 1: Тестовые задания №3 по травматологии, ортопедии**

**для студентов V курса лечебного факультета по теме**

**« Основные принципы лечения переломов.**

**Консервативное и оперативное лечение»**

1. Какие понятия можно отнести к принципам лечения переломов:
   1. медицинская документация;
   2. экстренность;
   3. борьба с шоком;
   4. сохранение жизни больного.
2. Этапы оказания медицинской помощи:
   1. амбулаторно-поликлиническая помощь;
   2. первая медицинская помощь;
   3. стационарная помощь;
   4. скорая медицинская помощь.
3. Квалифицированная медицинская помощь при переломах выполняется в учреждениях:
   1. участковая больница;
   2. районная больница;
   3. центральная районная больница;
   4. областная больница.
4. Первичная обработка перелома включает:
   1. первичную хирургическую обработку ран;
   2. обезболивание;
   3. репозицию;
   4. всё перечисленное.
5. Основная цель лечебной иммобилизации в функциональном положении:
   1. снятие отёка тканей;
   2. уменьшение боли;
   3. репозиция перелома;
   4. в случае анкилозирования сустава конечность остаётся функциональной.
6. К принципам репозиции относят:
   1. учёт возраста пострадавшего;
   2. обработка ран;
   3. иммобилизация;
   4. манипуляция периферическим отломком.
7. Возможные сроки применения местного обезболивание при переломах:
   1. в течение первых 6-ти часов;
   2. в течение 24-х часов;
   3. в течение 48 часов;
   4. в течение 72 часов.
8. Недостатки внутрикостной анестезии:
   1. короткие сроки анестезии;
   2. возможность кратковременной интоксикации;
   3. ограниченность анатомических зон применения;
   4. применение в стационарных условиях.
9. Допустимая максимальная однократная доза применения новокаина:
   1. 100 мг; в) 400 мг;
   2. 300 мг; г) 500 мг.
10. При осуществлении футлярной блокады по А.В.Вишневскому используют раствор новокаина концентрации:
    1. 0,1%;
    2. 0,25%;
    3. 0,5%;
    4. 1,0%.
11. К закрытым операциям относят:
    1. редрессации;
    2. устранение вывихов;
    3. остеоклазии;
    4. правильно – а, б.
12. Остеоклазия – это метод:
    1. открытая репозиция перелома;
    2. остеотомия кости открытым способом;
    3. закрытая коррекция деформаций с насильственным переломом;
    4. закрытая репозиция перелома.
13. Кто дал впервые научное обоснование методу постоянного вытяжения:
    1. немецкий учёный Барденгейер(1889 г.);
    2. Steinmann (1907 г.);
    3. Kirshner (1922 г.);
    4. Вегнер К.Ф. (1926 г.).
14. К открытым операциям относят:
    1. блокады;
    2. пункции;
    3. остеосинтез;
    4. правильно – а, б, в.
15. Тенодез – это операция:
    1. освобождение сухожилий из рубцов;
    2. шов сухожилия;
    3. рассечение сухожилия;
    4. ограничение движений в суставах за счёт подшивания сухожилий.
16. Абсолютное показание к оперативному лечению переломов:
    1. угроза перфорации кожи острыми отломками;
    2. оскольчатые переломы;
    3. интерпозиция;
    4. вторично открытый перелом.
17. Основными принципами в развитии погруж­ного биологичного остеосинтеза на современном этапе являются:
    1. безукоризненная стабильная внутренняя фиксация костных отлом­ков;
    2. идеаль­ная анатомическая репозиция;
    3. максимальное сохранение кровообращения в области перелома и малая инвазивность хирургичесkого доступа;
    4. правильно – а, б, в.
18. Показаниями к накостному компрессионному остеосинтезу служат:
    1. поперечные переломы длинных костей;
    2. винтообразные переломы длинных костей;
    3. оскольчатые переломы;
    4. внутрисуставные переломы.
19. Показаниями к накостному нейтрализующему остеосинтезу служат:
    1. поперечные переломы длинных костей;
    2. косопоперечные переломы длинных костей;
    3. оскольчатые переломы;
    4. внутрисуставные переломы.
20. Показаниями к накостному опорному остеосинтезу служат:
    1. поперечные переломы длинных костей;
    2. винтообразные переломы длинных костей;
    3. оскольчатые переломы;
    4. внутрисуставные переломы.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов для студентов V курса лечебного факультета по теме

по теме « Основные принципы лечения переломов. Консервативное и оперативное лечение»

### 

|  |  |
| --- | --- |
| 1. - б 2. - б 3. - в 4. - г 5. - г 6. - г 7. - г 8. - б 9. - г 10. - б | 1. - г 2. - в 3. - а 4. - г 5. - г 6. - в 7. - в 8. - а 9. - в 10. - г |

**К модулю 1: Тестовые задания №4 по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме**

**«ГИПСОВАЯ ТЕХНИКА. СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ»**

1. При латеральном переломе шейки бедренной кости скелетное вытяжение накладывается за:
   1. бугристость большеберцовой кости;
   2. надмыщелковую область бедра;
   3. за вертельную область бедра;
   4. за надлодыжечную область.
2. Скелетное вытяжение является методом:

а) иммобилизации; в) реабилитации;

б) репозиции костных отломков; г) асептики.

1. Показаны к лечению на скелетном вытяжении переломы трубчатых костей:

а) с короткой линией излома; в) без смещения отломков;

б) с длинной линией излома; г) «бампер» перелом.

1. Используется ли ручная репозиция отломков при лечении переломов длинных трубчатых костей на скелетном вытяжении:

а) да; в) индивидуально;

б) нет; г) в зависимости от состояния больного.

1. После вправления вывиха бедра показано:

а) наложение гипсовой иммобилизации; в) назначение ЛФК, массажа;

б) скелетного вытяжения; г) металлоостеосинтез.

1. При сгибательном компрессионном переломе в шейном отделе позвоночника предпочтительней наложение скелетного вытяжения за:

а) теменные бугры; в) на петле Глиссона;

б) скуловые дуги; г) «клеевое» вытяжение.

1. Гипсовая лонгета состоит из:

а) 4-х; в) 12-ти;

б) 6-ти; г) 20-ти слоев гипсового бинта.

1. «Шарнирная» гипсовая повязка показана при лечении:
   1. переломов «луча» в типичном месте;
   2. открытых переломов длинных трубчатых костей;
   3. метаэпифизарных переломов длинных трубчатых костей;
   4. при переломах обеих костей предплечья.
2. Является ли открытый перелом длинной трубчатой кости противопоказанием для лечения в гипсовой повязке:

а) да; в) в зависимости от состояния больного;

б) нет; г) в зависимости от вида перелома.

1. При лечении переломов лодыжек в гипсовой повязке последняя рассекается:

а) до верхней трети гипсовой повязки; в) по всей длине;

б) до уровня голеностопного сустава; г) не рассекается.

1. Разрезная гипсовая повязка после репозиции отломков должна быть догипсована в циркулярную на:

а) 7-е сутки; в) 3-4 сутки после наложения;

б) 14-е сутки; г) 10-е сутки.

1. Можно ли судить о консолидации перелома диафиза трубчатой кости по рентгенограммам, сделанным в гипсовой повязке:

а) да; в) в зависимости от локализации;

б) нет; г) в зависимости от давности травмы

1. Фистулография – метод рентгенологического обследования при:
   1. ложном суставе трубчатой кости;
   2. доброкачественной опухоли кости;
   3. остеомиелите;
   4. злокачественной опухоли кости.
2. Рентгенологическими признаками сформировавшегося ложного сустава являются:
   1. диастаз между отломками;
   2. склероз кортикального слоя;
   3. «закрытие» костномозгового канала с образованием «замыкательных» пластинок;
   4. атрофия концов отломков.
3. При использовании метода электрорентгенографии экономится:

а) рентгеновская пленка; в) писчая бумага;

б) время обследования; г) реактивы.

1. Наиболее часто при костной травматической патологии используется рентгеновское обследование в:

а) одной; в) трех;

б) двух; г) четырех проекциях.

1. Наиболее часто при лечении перелома « луча в типичном месте»

используются:

* 1. скелетное вытяжение;
  2. гипсовая повязка;
  3. функциональный метод;
  4. остеосинтез в аппарате Илизарова.

1. Показанием к лечению на скелетном вытяжении является:
   1. медиальный перелом шейки бедра;
   2. перелом шейного отдела позвоночника;
   3. перелом одного ребра;
   4. перелом остистого отростка позвонка.
2. Противопоказанием для лечения больного в торакобрахальной
   1. гипсовой повязке является:
   2. интоксикационный психоз;
   3. сердечнолёгочная патология;
   4. шизофрения;
   5. хроническая почечная недостаточность.
3. При наложении скелетного вытяжения спица проводится через:

а) диафиз; в) метафиз;

б) эпифиз; г) всё правильно.

1. Торакокраниальная гипсовая повязка используется при лечении:

а) первого шейного позвонка; в) первого поясничного позвонка;

б) первого грудного позвонка; г) 12-го грудного позвонка.

1. При лечении огнестрельного перелома показано:

а) скелетное вытяжение; в) накостный остеосинтез;

б) внутрикостный остеосинтез; г) костная пластика.

1. Клеевое скелетное вытяжение показано у:

а) детей;

б) лиц пожилого возраста;

в) при переломах шейного отдела позвоночника;

г) при переломах таза.

24. Показаниями для скелетного вытяжения служат:

а) тяжелые и множественные повреждения конечностей;

б) жировая эмболия;

в) открытые переломы с повреждением мышц;

г) косые и винтообразные диафизарные переломы длинных трубчатых костей.

25. Противопоказания для скелетного вытяжения:

а) оскольчатые переломы длинных трубчатых костей;

б) около-внутрисуставные переломы;

в) некритическое поведение больного;

г) вторично-открытые переломы длинных трубчатых костей.

26. Кто является родоначальником метода скелетного вытяжения в России:

а) К.Ф.Вегнер; в) Н.К.Митюнин;

б) М.И.Ситенко; г) В.В.Ключевский;

27. Противопоказанием для наложения гипсовой повязки является:

а) множественная и сочетанная травма конечностей;

б) анаэробная инфекция;

в) открытые переломы;

г) тяжелая черепно-мозговая травма.

28. Показания для применения гипсовой кокситной повязки:

а) внутрисуставной перелом мыщелков большеберцовой кости;

б) медиальный перелом шейки бедра со смещением;

в) перелом диафиза бедренной кости в нижней трети;

г) перелом костей таза.

29. Показания для применения лонгетной гипсовой повязки:

а) перелом ладьевидной кости кисти;

б) перелом лучевой кости в типичном месте;

в) перелом надколенника без смещения;

г) перелом локтевого отростка без смещения.

30. Наиболее грозное осложнение в гипсовой повязке:

а) ишемические расстройства в первые сутки;

б) пролежни с дальнейшим формированием остеомиелита;

в) вторичное смещение отломков;

г) остеопороз.

31. В отличие от обычной рентгенографии контрастная рентгенография выявляет:

а) подвывих фрагмента мелкого сустава;

б) повреждения хрящевой прослойки сустава;

в) скрытую полость с секвестрами в трубчатой кости;

г) патологический перелом.

32. Особенности рентгенологического исследования при переломах двукостного сегмента:

а) рентгенография в двух проекциях;

б) рентгенография в трех проекциях;

в) рентгенография с захватом ближайшего к перелому сустава;

г) рентгенография выше и нижележащих суставов.

33. Обязательное выполнение рентгенограмм в случаях:

а) флегмоны мягких тканей;

б) жалоб больного на боли в области диафиза трубчатой кости;

в) ишемических расстройств на конечностях;

г) наличия отеков на конечностях.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме

«ГИПСОВАЯ ТЕХНИКА. СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 - б  2 - а  3 - б  4 - а  5 - б  6 - б  7 - б  8 - в  9 - б  10 - в  11 - в | 12 - б  13 - в  14 - в  15 - а  16 - б  17 - б  18 - б  19 - б  20 - в  21 - а  22 - а | 23 - а  24 - г  25 - в  26 - а  27 - б  28 - в  29 - г  30 - а  31 - в  32 - г  33 - б |

**К модулю 1: Тестовые задания №5 по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме**

**«Рентгенологическая диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата»**

1. Противопоказания к проведению неотложного рентгенологического исследования:
   1. травматический шок;
   2. внутрибрюшное кровотечение;
   3. подъём температуры тела до 390 ;
   4. открытый перелом сегмента конечности.
2. Неотложное рентгенологическое исследование при шоке может быть выполнено:
   1. в рентгенологическом кабинете;
   2. в операционной;
   3. в реанимационном отделении;
   4. в палате.
3. Процессы в кости, проявляющиеся увеличением костного вещества:
   1. гиперостоз;
   2. периостоз;
   3. эностоз;
   4. правильно – а) и б).
4. Процессы в кости, проявляющиеся изменением костной структуры:
   1. остеосклероз;
   2. эбурнеация;
   3. остеолиз;
   4. правильно всё вышеперечисленное.
5. Периоститы в виде игольчатых теней, спикулы характерны для:
   1. опухоли;
   2. остеомиелита;
   3. сифилиса;
   4. туберкулёза.
6. Отслоенный обызвествлённый периост в виде козырька, периостальный козырёк или треугольник Кодмана характерен для:
   1. хондросаркомы;
   2. саркомы Юинга;
   3. остеогенной саркомы;
   4. фибросаркомы.
7. Слоистые периоститы в виде нескольких параллельных линейных теней наблюдаются:
   1. при кортикальном остеомиелите;
   2. при саркоме Юинга;
   3. при хроническом остеомиелите;
   4. при сифилисе.
8. Бахромчатые, кружевные периоститы наблюдаются при:
   1. опухоли;
   2. остеомиелите;
   3. болезни Пэджета (деформирующий остит);
   4. туберкулёзе.
9. Абсолютные рентгенологические признаки перелома:
   1. линия перелома;
   2. деформация оси конечности;
   3. деформация кости в области повреждения;
   4. мелкие свободно лежащие костные осколки.
10. Рентгенологические особенности огнестрельного перелома кости:
    1. большое количество осколков;
    2. перелом с несколькими радиарными трещинами;
    3. наличие металлических инородных тел в кости или в мягких тканях;
    4. правильно всё вышеперечисленное.
11. Неполные переломы (трещины) кости типичны:
    1. при повреждениях свода черепа;
    2. при эпифизарных переломах;
    3. при переломах пяточной кости;
    4. при повреждениях позвоночника.
12. Своеобразная рентгеновская картина переломов – не видна линия перелома при:
    1. при повреждениях свода и основания черепа;
    2. при эпифизарных переломах;
    3. при переломах пяточной кости;
    4. при переломах тел позвонков.
13. Рентгенологические признаки подвывиха сегмента конечности:
    1. неполное соответствие суставных поверхностей;
    2. клиновидная форма рентгеновской суставной щели;
    3. смещение оси вывихнутой кости;
    4. правильно всё вышеперечисленное.
14. В норме радиосуставной угол, угол наклона суставной площадки лучевой кости равен:
    1. 5 – 7 0; в) 9 – 12 0 ;
    2. 7 – 9 0; г) 12 – 15 0 .
15. В норме угол Белера, угол суставной части пяточной кости равен:
    1. 5 – 10 0; в) 20 – 40 0 ;
    2. 10 – 20 0; г) 40 – 50 0 .
16. Рентгенологические признаки ложного сустава:
    1. видимость линии перелома;
    2. смещение костных фрагментов;
    3. образование замыкательной пластинки костномозгового канала;
    4. остеопороз костей.
17. Рентгенологический контроль за заживлением переломов начинается:
    1. непосредственно после репозиции отломков;
    2. после спадания отёка на 9 – 12 день;
    3. через 30 дней после перелома;
    4. по снятию гипсовой повязки.
18. Рентгенологические признаки остеоартроза:
    1. сужение рентгеновской суставной щели;
    2. костно-суставные разрастания;
    3. субхондральный склероз;
    4. всё вышеперечисленное.
19. Рентгенологический контроль формирования костной мозоли начинается:
    1. непосредственно после репозиции отломков;
    2. после спадания отёка на 9 – 12 день;
    3. через 30 дней после перелома;
    4. по снятию гипсовой повязки.
20. Рентгенологические признаки воспалительного поражения сустава (артрита):
    1. остеопороз суставных концов костей;
    2. сужение и неровность рентгеновской суставной щели;
    3. деструктивные очаги в субхондральном слое губчатого костного вещества эпифизов;
    4. всё вышеперечисленное.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме

по теме «Рентгенологическая диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата**»**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. - б 2. - б 3. - г 4. - г 5. - а 6. - в 7. - а 8. - б 9. - а 10. - г | 1. - а 2. - г 3. - г 4. - в 5. - в 6. - в 7. - а 8. - г 9. - в 10. - г |

**К модулю 1: Тестовые задания №6 по травматологии, ортопедии**

**для студентов V курса лечебного факультета по теме**

**«Реабилитация В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ»**

1. Реабилитация подразделяется в зависимости от поставленных задач на:
   1. медицинскую, физическую, профессиональную;
   2. меди­цинскую, социальную, экономическую;
   3. меди­цинскую, социальный; психологическую;
   4. меди­цинскую, социальную и профессиональную.
2. Целью реабилитации является:
   1. компенсирование некачественного лечения;
   2. компенсирование недолеченности;
   3. компенсирование остаточных явлений болезни и посттравматических последствий;
   4. реабилитационная профилактика и восстановление.
3. Медицинская реабилитация начинается:
   1. с первым контактом больного с медицинской помощью;
   2. при выписке из стационара или окончания амбулаторного лечения;
   3. с момента определения группы инвалидности;
   4. по стиханию острого периода па­тологического процесса.
4. Превентивная медицинская реабилитация направлена на:
   1. профилактику прогрессирования патологического процесса и осложнений;
   2. рациональный подбор терапевтических средств и проведение лечебного курса;
   3. функциональную адаптацию;
   4. проведение восстановительного лечения.
5. Критерии продолжительности реабилитации и окончания:
   1. реабилитационные меры становятся не эффек­тивными;
   2. кли­ническое выздоровление;
   3. устранения признаков болезни или повреждения;
   4. восстановление функции и работоспособности.
6. К основным принципам медицинской реабилитации относят:
   1. бесплатность;
   2. доступность;
   3. периодичность;
   4. очередность и последовательность.
7. Показания для лечения на курортах с последствиями травм ОДС:
   1. неправильно сросшийся перелом;
   2. фиброзный анкилоз;
   3. посттравматические артриты с ограничением подвижности суставов;
   4. с осложнением гнойным процессом.
8. Гипербарооксигенотерапия, гипербарическая оксигенация (ГБО) показана:
   1. многооскольчатые и двойные переломы;
   2. переломы костей с обширным повреждением окружающих мягких тканей;
   3. замедленная консолидация перелома;
   4. всё перечисленное.
9. УВЧ - терапия показана:
   1. переломы ко­нечностей с введенными металлофиксаторами;
   2. острые, подострые и длительно текущие воспалительные процессы;
   3. хронический остеомиелит в фазе обострения;
   4. ложный сустав.
10. Противопоказания к лечебной гимнастике и массажу:
    1. хронический остеомиелит;
    2. после репозиции, оперативного вмеша­тельства, наложения скелетного вытяжения или гипсовой повяз­ки;
    3. при выраженном атеросклерозе;
    4. при переломах длинных трубчатых костей впервые 7-10 дней.
11. Для большего расслабления мышц конечностям и корпусу больного должно быть придано положение, при котором:
    1. точки прикрепления напряженных мышц сближены;
    2. точки прикрепления напряженных мышц удалены;
    3. "безвольное" расслабление мышц;
    4. снижается болевой синдром.
12. Физические упражнения при острой травме предупреждают:
    1. развитие мышечной атрофии и тугоподвижности суставов;
    2. тромбоэмболические осложнения;
    3. увеличение отёка;
    4. лимфостаз.
13. К общим противопоказаниям к применению ЛФК при острой травме относятся:
    1. состояние больного и высокая температура тела;
    2. экстрасистолия;
    3. атония кишечника;
    4. пожилой и старческий возраст.
14. Клинико-физиологическое обоснование применения лечебной гимнастики при плоскостопии определяется:
    1. общей слабостью мышечно-связочного аппарата;
    2. хроническим переутомлением мышечно-связочного аппарата, поддерживающего свод стопы;
    3. избыточным весом;
    4. болями в мышцах ног, стоп, появляющимися после ходьбы или длительного стояния, появлением отеков стоп к вечеру;
15. При переломах конечностей с гиподинамической атрофией мышц после снятия гипса назначают:
    1. электрическое поле УВЧ;
    2. свето-тепловые ванны;
    3. динамические и интерференционные токи;
    4. электрофорез пеллоидина.
16. Наиболее выраженным противоотечным действием при переломах костей конечностей (на 2-е сутки перелома с наложенной гипсовой повязкой) обладает:
    1. переменное магнитное поле;
    2. диадинамические токи;
    3. индуктотермия;
    4. ультразвук.
17. При травматической гематоме, локализующейся в мягких тканях на 5-е сутки после травмы, целесообразно назначение:
    1. переменное или постоянное магнитное поле;
    2. компрессы с желчью медицинской;
    3. УВЧ - терапия;
    4. ультразвук.
18. При растяжении связок голеностопного сустава через 2-3 часа после травмы применяют:

а) электрическое поле УВЧ; в) холод;

б) лазер; г) ультразвук.

1. При термических ожогах давностью 1 год с келлоидными рубцами целесообразно назначить:
   1. йод-электрофорез;
   2. дарсонвализацию;
   3. электромагнитное поле СВЧ (460 МГц);
   4. лазер.
2. При обморожениях III степени в ранние сроки для улучшения кровообращения целесообразно назначить:
   1. электрическое поле УВЧ;
   2. ультрафиолетовое облучение сегментарно;
   3. переменное магнитное поле;
   4. лазер.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов 5 курса лечебного факультета

по теме «Реабилитация В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ»

|  |  |
| --- | --- |
| 1. - г 2. - г 3. - г 4. - а 5. - а 6. - б 7. - в 8. - г 9. - б 10. - а | 1. - а 2. - а 3. - а 4. - г 5. - а 6. - в 7. - б 8. - в 9. - б 10. - а |

**К модулю 1:** Тестовые задания №7 по травматологии, ортопедии  
для студентов **V курса лечебного факультета по теме**

«ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ. ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ»

1. Иммобилизация – это:

а) обездвиживание;

б) создание покоя;

в) создание вынужденного положения;

г) ограничение объема движений.

2. Шина Крамера является:

а) лечебной;

б) транспортно-лечебной;

в) транспортной;

г) асептической.

3. Лечебная иммобилизация – это:

а) гипсовая повязка;

б) асептическая повязка;

в) герметизирующая повязка;

г) изолирующая повязка.

4. Шина Дитерихса используется для иммобилизации:

а) верхней конечности;

б) костей свода черепа;

в) позвоночника;

г) нижней конечности.

5. Шина ЦИТО является:

а) транспортной;

б) транспортно-лечебной;

в) индивидуальной;

г) средством борьбы с инфекцией.

6. Транспортная шина накладывается на срок:

а) не более 1,5 часов;

б) не более 2 часов;

в) на срок транспортировки пострадавшего;

г) в зависимости от сезона года.

7. При переломе ребер лечебная иммобилизация:

а) не показана; в) в зависимости от количества сломанных ребер;

б) показана; г) при наличии гемоторакса.

8. Лестничная шина должна моделироваться по:

а) форме поврежденной конечности;

б) форме здоровой конечности;

в) не должна моделироваться;

г) по обстоятельствам.

9. Гипсовая лонгета используется для транспортной иммобилизации:

а) да; в) в зависимости от характера перелома;

б) нет; г) не используется, если имеется открытый перелом.

10. Шина Дитерихса является:

а) транспортной;

б) транспортно-лечебной;

в) индивидуальной;

г) средством борьбы с инфекцией.

11. При циркулярном ожоге конечности транспортная шина:

а) уменьшает болевой синдром;

б) уменьшает отёк поврежденной конечности;

в) уменьшает вероятность инфицирования;

г) не следует накладывать.

12. Транспортная иммобилизация при повреждении сосуда является средством профилактики:

а) инфекции;

б) травматического шока;

в) вторичного кровотечения;

г) столбняка.

13.  Подкожные повреждения мышц чаще всего возникают:

а) при действии прямой травмы;

б) в результате микротравмы;

в) из-за резкого некоординированного сокращения мышц;

г) вследствие патологического состояния мышц и сухожилий.

14.  Растяжение мышц обычно сопровождается:

а) кровоизлиянием;

б) выраженным отеком;

в) лимфаденитом;

г) лимфангоитом.

15.  Разрыв сухожильно-мышечной части наиболее часто возникает в области:

а) длинной головки двуглавой мышцы плеча;

б) короткой головки двуглавой мышцы плеча;

в) четырехглавой мышцы бедра;

г) двуглавой мышцы бедра.

16.  Чаще всего при травмах происходит подкожный разрыв:

а) сухожилий разгибателей пальцев кисти;

б) сухожилий разгибателей пальцев стопы;

в) сухожилий длинной головки двуглавой мышцы плеча;

г) ахиллова сухожилия.

17. При ушибе мягких тканей при выраженном отёке в первые часы показано:

а) сухое тепло, иммобилизация в мягкой повязке;

б) местно «холод», иммобилизация в мягкой повязке;

в) Рентгенография, местно «холод», иммобилизация в гипсовой повязке;

г) УЗИ-исследование, местно «холод», иммобилизация в гипсовой повязке.

18. При повреждении дистальной ножки двуглавой мышцы плеча мышечное брюшко смещается:

а) кверху; в) не смещается;

б) книзу; г) смещается кверху при физической нагрузке.

19. При повреждении сухожилия глубокого сгибателя пальцев кисти отсутствует:

а) активное разгибание ногтевой фаланги;

б) активное сгибание ногтевой фаланги;

в) активное сгибание средней фаланги;

г) активное сгибание ногтевой и средней фаланги.

20. Повреждение пяточного сухожилия сопровождается:

а) резким снижением тыльного сгибания стопы;

б) резким снижением подошвенного сгибания стопы;

в) резким снижением тыльного и подошвенного сгибания стопы;

г) резким снижением сгибания в коленном суставе.

21. Существенную роль в дифферен­циальной диагностике растяжения связок и ушиба тканей играют:

а) выяснение механизма травмы;

б) болезненность по­врежденной связки;

в) ненормальная подвижность в су­ставе;

г) правильно все перечисленное.

22. Растяжение сухожилия четырехглавой мышцы бедра в результате ее сокращения в момент травмы сопровождается:

а) отсутствием пальпаторно определяемого дефекта над над­коленником;

б) определением пальпаторно дефекта над над­коленником;

в) ограничением активного сгибания голени в коленном суставе;

г) ограничением активного разгибания голени в коленном суставе.

23. При повреждении надостной мышцы плеча нарушается:

а) сгибание плеча;

б) отведение плеча;

в) наружная ротация плеча;

г) внутренняя ротация плеча.

24. При повреждении подлопаточной мышцы плеча нарушается:

а) сгибание плеча;

б) отведение плеча;

в) наружная ротация плеча;

г) внутренняя ротация плеча.

25. При повреждении подостной мышцы плеча нарушается:

а) сгибание плеча; в) наружная ротация плеча;

б) отведение плеча; г) внутренняя ротация плеча.

Ответы на **т**естовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме

«ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ. ПОВРЕЖДЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 – а  2 – в  3 – а  4 – г  5 – б  6 – в | 7 – а  8 – а  9 – а  10 – б  11 – а  12 – в | 13 – г  14 – а  15 – в  16 – а  17 – г  18 – а | 19 – б  20 – б  21 – г  22 – а  23 – б  24 – г  25 – в |

**К модулю 2:** Тестовые задания №8 по травматологии, ортопедии  
для студентов V **курса лечебного факультета по теме**

**«ТРАВМАТИЧЕСКИЕ Вывихи в суставах конечностей»**

* 1. Застарелыми вывихами плеча считают по срокам их возникновения:

а) до 3 дней;

б) от 3 дней до 3 недель;

в) от 3 недель до 6 недель;

г) более 3 недель.

* 1. Отличительный клинический признак подвывиха от вывиха голени:

а) выпрямленное положение конечности и укорочение ее;

б) слегка согнутое положение конечности без укорочения;

в) активные движения в суставе невозможны;

г) значительный отек голени и стопы.

* 1. Наиболее характерным симптомом для вывиха является:

а) сильная боль;

б) "костный" хруст;

в) возможность производить пассивные движения;

г) "пружинящие" движения.

* 1. Для какого вывиха бедра характерно следующее положение ноги: умеренно согнута в тазобедренном суставе, приведена и ротирована кнутри:

а) задневерхний подвздошный;

б) передневерхний лонный;

в) передненижний запирательный;

г) задненижний седалищный.

* 1. Симптом «клавиши» при вывихе ключицы:

а) является достоверным признаком разрыва акромиально-ключичного сочленения;

б) является признаком сочетания вывиха ключицы с пе­реломом акромиального отростка лопатки;

в) заключается в резком западении ключицы;

г) определяется при вывихе грудинного отдела клю­чицы.

* 1. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется:

а) признаком Маркса;

б) симптомом "треугольной подушки";

в) симптомом "клавиши";

г) пружинящим движением в плечевом поясе.

* 1. Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит:

а) при полном разрыве акромиально-ключичной и ключично-клювовидной связок;

б) при разрыве только акромиально-ключичной связки;

в) при разрыве только клювовидно-ключичной связки;

г) при растяжении ключично-акромиальной связки.

* 1. Для уточнения диагноза "полный" или "неполный" вывих акромиального конца ключицы необходима рентгенограмма:

а) надплечья, в положении больного лежа;

б) надплечья, в положении больного стоя;

в) обоих надплечий, стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны;

г) обоих надплечий в положении больного "лежа".

1. Срок иммобилизации верхней конечности после оперативного вправления и восстановления связок по поводу полного вывиха ключицы составляет:

а) 2 недели;

б) 4-5 недель;

в) 8 недель;

г) 12 недель.

1. Из стернальных вывихов ключицы наиболее часто встречается:

а) надгрудинный;

б) предгрудинный;

в) загрудинный;

г) двусторонний.

1. Наиболее часто вывихи возникают:

а) в тазобедренном суставе;

б) в коленном суставе;

в) в плечевом суставе;

г) в локтевом суставе.

1. К типу "передних" относятся вывихи плеча:

а) подклювовидный;

б) подлопаточный;

в) внутриклювовидный;

г) правильно а) и в);

1. Вывих плеча часто сопровождается переломом:

а) малого бугорка;

б) большого бугорка;

в) шиловидного отростка лопатки;

г) ключицы;

1. Плечо при внутриклювовидном вывихе кажется:

а) удлиненным;

б) укороченным;

в) длина не изменена;

г) деформированным.

1. После вправления несвежего вывиха плечо следует фиксировать с помощью:

а) косыночной повязки;

б) мягкой повязки;

в) гипсовой лангетной повязки;

г) торако-бронхиальной повязки;

1. Ограничение нагрузки на плечо после вправления вывиха составляет:

а) 1,5 месяца; в) 3 месяца;

б) 2 месяца; г) 6 месяцев;

1. Предплечье выглядит удлиненным при вывихе:

а) кпереди;

б) кзади;

в) с расхождением костей;

г) кнутри.

1. Наиболее характерным симптомом для вывиха является:

а) сильная боль;

б) "костный" хруст;

в) возможность производить пассивные движения;

г) "пружинящие" движения.

1. Привычный вывих возникает в связи:

а) с повреждением плечевого сплетения;

б) с повреждением сухожилия длинной головки бицепса;

в) с разрывом и слабости капсулы плечевого сустава;

г) с неправленным травматическим вывихом.

1. Застарелый вывих плеча следует лечить:

а) консервативно (попытка вправить);

б) на отводящей шине;

в) с применением скелетного вытяжения;

г) оперативно (открытым или аппаратным методом).

1. Восстановление трудоспособности после оперативного лечения привычного вывиха происходит через:

а) 1 месяц;

б) 2 месяца;

в) 3-5 месяцев;

г) 8-10 месяцев.

1. При перилунарном вывихе вывихиваются следующие кости запястья:

а) полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу;

б) головчатая кость по отношению к полулунной;

в) полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу;

г) ладьевая и головчатая кости по отношению к многогранной.

1. При вывихе полулунной кости вывихиваются следующие кости запястья:

а) полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу;

б) головчатая кость по отношению к полулунной;

в) полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу;

д) ладьевидная, головчатая и гороховидная по отношению к полулунной.

1. После одномоментного закрытого вправления перилунарного вывиха трудоспособность восстанавливается через:

а) 2-3 недели;

б) 3-4 недели;

в) 4-5 недель;

г) 5-6 недель.

1. При застарелом вывихе грудинного конца ключицы допустимы следующие операции:

а) вправление и фиксация без удаления измененного диска;

б) резекцию медиальной части ключицы;

в) металлоостеосинтез;

г) вправление и фиксация после удаления измененного диска.

1. После вправления вывиха плеча накладывают фиксирующую повязку сроком:

а) на 3 недели; в) на 5 недели;

б) на 4 недели; г) на 6 недель.

1. При вывихе головки плеча часто травмируется:

а) подмышечный нерв;

б) шейное сплетение;

в) подключичная вена;

г) подключичная артерия.

1. Застарелый вывих плеча более 3-месячной давности целесообразно:

а) вправить закрытым способом;

б) вправить открытым способом;

в) вопрос о целесообразности открытого вправления решается в зависимости от возраста;

г) оперировать с артродезом сустава.

1. Тактика лечения вывиха головки плечевой кости с одновременным переломом ее хирургической шейки у пациентов молодого возраста:

а) показано закрытое вправление вывиха по Джанелидзе с последующим одномоментнымсопоставлением и фиксацией гипсовой повязкой;

б) показано оперативное лечение;

в) оперативное лечение не показано;

г) лечение на скелетном вытяжении.

1. После вправления головки лучевой кости при ее изолированном вывихе предплечью придают положение:

а) супинации и сгибания в локтевом суставе;

б) пронации и сгибания в локтевом суставе;

в) среднее между пронацией и супинацией со сгибанием;

г) разогнутое положение в локтевом суставе.

1. При вывихе головки лучевой кости может быть поврежден:

а) локтевой нерв или его ветви;

б) срединный нерв или его ветви;

в) лучевой нерв или его ветви;

г) повреждений нервов не бывает.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета

по теме «ВЫВИХИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ**»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. - г 2. - б 3. - г 4. - а 5. - а 6. - в 7. - б 8. - в 9. - б 10. - б | 1. - в 2. - г 3. - б 4. - б 5. - г 6. - в 7. - а 8. - г 9. - в 10. - г | 1. - б 2. - б 3. - а 4. - г 5. - б 6. - б 7. - а 8. - в 9. - б 10. - а 11. - в |

**К модулю 2:** Тестовые задания №9 по травматологии, ортопедии  
для студентов VI **курса лечебного факультета по теме**

**« ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ»**

1. Под термином «остеомиелит» в настоящее время понимают инфекционно-воспалительное поражение:

а) костной ткани (остит);

б) костного мозга (миелит);

в) надкостницы (периостит) и окружающих мягких тканей;

г) правильно всё.

1. Клинически и рентгенологически можно определить картину хронического остеомиелита:

а) через 10 – 20 дней;

б) через 20 – 30 дней;

в) через 30 – 40 дней;

г) через 40 – 50 дней.

1. Оперативное лечение хронического посттравматического остеомиелита предусматривает:

а) перфорацию кости;

б) секвестрэктомию;

в) металлостеосинтез;

г) костную пластику.

1. Гематогенный остеомиелит чаще встречается:

а) у детей;

б) у подростков;

в) у взрослых;

г) одинаково часто во всех возрастных группах.

5. Остеомиелит с наличием сепсиса или признаками амилоидоза паренхиматозных органов требует:

а) многочисленный секвестрэктомий;

б) костной пластики с наложением компрессионно-дистракционного аппарата,

с постоянным длительным орошением и дренированием раны, с последующей миофасциально-дерматомной пластикой;

в) ампутации как "калечащей" операции;

г) ампутации как "восстановительной" операции.

6. При нагноительных процессах в костях, тканях или в суставах с начинающимся истощением показана:

а) быстрая ампутация конечности с наложением глухого шва;

б) артротомия, резекция пораженных костей, костно-пластическая операция, постоянное длительное орошение и дренирование;

в) быстрая ампутация круговым способом, без стягивающих и направляющих швов;

г) частичная некрэктомия.

7. При огнестрельных ранениях костей таза реже всего встречаются осложнения:

а) продолжающееся артериальное и венозное кровотечение

б) гнойные затеки в мягкие ткани

в) остеомиелитический процесс в костях таза

г) образование несросшихся переломов костей таза

8. Развитие остеомиелита при множественных и сочетанных повреждениях опорно- двигательного аппарата обусловлено комплексом причин, в том числе:

а) снижением общей и местной резистентности организма;

б) тромбозом мелких сосудов в зоне открытого перелома;

в) недостаточностью радикальной первичной хирургической обработки;

г) всем перечисленным.

9. Начало острого гематогенного остеомиелита характеризуется:

а) резкими болями и болевой контрактурой;

б) реактивным артритом;

в) высокой температурой и повышенной СОЭ;

г) всем перечисленным.

10. Кортикальный абсцесс характеризуется наличием:

а) коркового секвестра;

б) центрального секвестра;

в) проникающего секвестра;

г) трубчатого секвестра.

11. Хронический посттравматический остеомиелит диагностируется на основании наличия:

а) гнойного свища и костного секвестра;

б) гнойной обширной раны;

в) рецидивирующего мягко-тканного свища;

г) на рентгенограммах округлой формы деструкции кости.

12. Хронический посттравматический остеомиелит следует дифференцировать:

а) с посттравматическим периоститом;

б) с абсцессом Броди и склерозирующим остеомиелитом Гарре;

в) с остеогенной саркомой;

г) со всеми вышеперечисленными.

13. Хронический посттравматический остеомиелит может привести:

а) к амилоидозу паренхиматозных органов;

б) к сепсису и флегмонам;

в) к озлокачествлению процесса;

г) ко всему вышеперечисленному.

14. Показания к операции при хроническом остеомиелите:

а) длительно существующие мягко-тканные свищи;

б) остеомиелитические полости, окруженные выраженным склерозом, которые могут поддерживать гноетечение и существование свища;

в) склеротические изменения кости;

г) деформации сегмента конечности.

15. У больных со свищевой формой хронического остеомиелитапри отсутствии выраженных проявлений гнойного процесса проводить антибиотикотерапию:

а) целесообразно;

б) нецелесообразно;

в) в комбинации не стероидными пртивовоспалительными препаратами;

г) в комбинации с физиотерапией и ГБО.

16. Трепанация кости по методике Орра (1929) представляет:

а) с помощью пилы Джигли;

б) рассечение надкостницы, её отслоение, наносят сверлом отверстия и их соединяют долотом;

в) наносят сверлом отверстия в кости и их соединяют долотом;

г) дисковой пилой выпиливают в кости паз.

17. Для заполнения костных полостей при лечении хронического остеомиелита применяется

метод по Шеде (1886):

а) с гемопломбой;

б) с жировой тканью;

в) с костной крошкой;

г) с мышцей.

18. Для заполнения костных полостей при лечении хронического остеомиелита применяется

метод по Шультену (1897):

а) с гемопломбой;

б) с жировой тканью;

в) с костной крошкой;

г) с мышцей.

19. Замещение сегментарного дефекта длинной кости с восстановлением ее длины, функции и опороспособности конечности методом Илизарова выполняется:

а) при костном дефекте до 1 см;

б) при костном дефекте до 2 см;

в) при костном дефекте до 3 см;

г) при костном дефекте более 3 см.

20. Для ликвидации ложного сустава с костным дефектом на фоне хронического остеомиелита применяют:

а) компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову;

б) внутрикостный металлоостеосинтез с блокировнием;

в) биологичный накостный металлоостеосинтез;

г) всё перечисленное.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета

по теме **«**ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ***»***

|  |  |
| --- | --- |
| 1 – г  2 – в  3 – г  4 – г  5 – г  6 – г  7 – г  8 – г  9 – г  10 – а | 11 – а  12 – г  13 – г  14 – б  15 – б  16 – б  17 – а  18 – г  19 – г  20 – а |

**К модулю 2: Тестовые задания №10 по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме**

**«ПЕРЕЛОМЫ И ВЫВИХИ КОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА И ПЛЕЧА»**

1. После вправления вывиха плеча для иммобилизации используется:

* 1. повязка Дезо;
  2. шина Кузьминского;
  3. повязка Вайнштейна;
  4. шина Дитерихса.

2. Срок иммобилизации после вправления плеча составляет:

1. 1 неделя;
2. 2 недели;
3. 3 недели;
4. 1,5 месяца.

3. Отметьте частое осложнение диафизарного перелома плечевой кости на уровне средней трети и нижней трети:

1. повреждение плечевой артерии;
2. повреждение лучевого нерва;
3. повреждение трехглавой мышцы;
4. повреждения срединного нерва.

4. При передненижнем вывихе плеча лучше использовать вправление по методу:

1. Кохера;
2. Гиппократа;
3. Джанелидзе;
4. Мота.

5. При переломе шейки плеча средние сроки иммобилизации составляют:

1. 3 недели;
2. 4 недели;
3. 1,5 месяца;
4. 2,5 месяца.

6. Средние сроки консолидации диафизарного перелома плеча составляют:

1. 4 недели;
2. 6 недель;
3. 2 месяца;
4. 4 месяца.

7. Укажите наиболее часто встречающиеся признаки переднего подклювовидного вывиха плеча:

1. отведение плеча;
2. приведение плеча;
3. смещение продольной оси плеча кнутри;
4. выступание головки плечевой кости кзади.

8. При нижнем вывихе плеча происходит увеличение длины верхней конечности:

1. анатомической;
2. функциональной;
3. относительной;
4. кажущейся.

9. При «стабильном» переломе мыщелков плечевой кости предпочтительнее:

1. гипсовая иммобилизация;
2. скелетное вытяжение;
3. чрескостный остеосинтез;
4. накостный металлоостеосинтез.

10. Переломы большого бугорка плечевой кости со смещением опасны:

1. повреждением плечевого нервного сплетения;
2. повреждением подкрыльцовой артерии;
3. ограничением отведения плеча;
4. повреждением клювовидного отростка лопатки.

11. Характерным клиническим признаком перелома большого бугорка плечевой кости является нарушение:

1. сгибания плеча;
2. разгибания плеча;
3. наружной ротации плеча;
4. внутренней ротации плеча.

12. Перелом верхней трети плеча – это перелом:

1. хирургической шейки;
2. анатомической шейки;
3. диафиза плеча;
4. головки плеча.

13. Для вколоченных переломов шейки плеча не характерно:

1. патологическая подвижность отломков;
2. локальная болезненность;
3. ограничение объема движений в плечевом суставе;
4. увеличение объема мягких тканей верхней трети плеча.

14. Для вывихов плечевой кости характерно:

1. симптом «пружинящих» движений;
2. увеличение объема движений в поврежденном суставе;
3. усиление пульсации на лучевой артерии;
4. ограничение объема движений в пальцах кисти.

15. При переломе диафиза плеча используют гипсовую повязку:

1. Вайнштейна-Смирнова;
2. торакобрахиальную;
3. Волковича;
4. Дезо.

16. Привычный вывих плеча – это:

1. заболевание;
2. травма;
3. врожденный дефект развития скелета;
4. патологический перелом.

17. При поперечном переломе плеча со смещением наиболее показан:

1. репозиционный остеосинтез;
2. чрескостный остеосинтез;
3. интрамедуллярный остеосинтез;
4. экстрамедуллярный остеосинтез.

18. При переломе мыщелков плеча со смещением изменяется:

1. линия Розера-Нелатона;
2. треугольник Бриана;
3. треугольник Гютера;
4. линия Шумахера.

19. Наиболее часто встречающейся вывих плеча:

а) задний;

б) верхний;

в) передний верхний;

г) передний нижний.

20. Для лечения перелома ключицы используется:

а) повязка Дезо;

б) лонгета Волковича;

в) шина Кузьминского;

г) шина ЦИТО.

21. При переломе ключицы со смещением надплечье:

а) укорачивается;

б) удлиняется;

в) не изменяется;

г) ротируется.

22. Срок иммобилизации при переломе ключицы составляет:

а) 2 - 3 недели;

б) 4 - 6 недель;

в) 2 месяца;

г) 3 месяца.

23. При переломе суставного отростка лопатки со смещением предпочтительно использовать:

а) скелетное вытяжение;

б) чрескостный остеосинтез;

в) функциональный метод;

г) костную пластику.

24. Метод выбора лечения при оскольчатом внутрисуставном чрезмыщелковом переломе плечевой кости со смещением:

а) мягкая фиксирующая повязка;

б) гипсовая повязка с репозицией;

в) скелетное вытяжение;

г) открытая репозиция с металлоостеосинтезом.

25. Противопоказания к закрытой репозиции перелома плечевой кости:

а) косой перелом верхней трети;

б) винтообразный перелом средней трети;

в) оскольчатый перелом нижней трети;

г) повреждение лучевого нерва.

26. Внутрисуставные переломы проксимального конца плечевой кости:

а) перелом анатомической шейки;

б) перелом хирургической шейки;

в) перелом бугорков плечевой кости;

г) эпифизеолизы головки.

27. К подбугоркоым переломам плечевой кости относятся:

а) чрезбугорковые переломы;

б) перелом анатомической шейки;

в) перелом головки плечевой кости;

г) перелом плечевой кости в верхней трети диафиза.

28. При абдукционном переломе хирургической шейки плеча угол, образованный фрагментами, открыт:

а) кнутри и кзади;

б) кнаружи и кзади;

в) кнутри и кпереди;

г) углового смещения нет.

29. При аддукционном переломе хирургической шейки плеча отломки смещены так, что образуют угол, открытый:

а) кнутри и кзади; в) кнаружи и кпереди;

б) кнаружи и кзади; г) кнутри и кпереди.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме

### «ПЕРЕЛОМЫ И ВЫВИХИ КОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА И ПЛЕЧА»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 – а  2 – в  3 – б  4 – а  5 – г  6 – г  7 – а  8 – б  9 – б  10 – в | 11 – в  12 –в  13 – а  14 – а  15 – б  16 – а  17 – в  18 – в  19 – г  20 – в | 21 – а  22 – б  23 – а  24 – г  25 – г  26 – а  27 – а  28 – б  29 – а |

**К модулю 2: Тестовые задания №11 по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме  
«ПЕРЕЛОМЫ И ВЫВИХИ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ»**

1. Контрактура Фолькмана – это осложнение при переломах:
   1. локтевого отростка;
   2. шиловидного отростка локтевой кости;
   3. перелома дистального метаэпифиза костей предплечья;
   4. перелома Беннета.
2. Перелом локтевого отростка со смещением подлежит лечению:
   1. в гипсовой повязке;
   2. на скелетном вытяжении;
   3. оперативному лечению;
   4. функциональному методу лечения.
3. Для какого из перечисленных переломов характерен гемартроз:
   1. перелом локтевого отростка;
   2. перелом верхней трети лучевой кости;
   3. перелом дистального метафиза лучевой кости;
   4. перелом средней трети отдела костей предплечья.
4. Средний срок сращения перелома лучевой кости в типичном месте:

а) 3 недели; б) 4 недели; в) 6 недель; г) 2 месяца.

1. Средний срок сращения перелома диафиза локтевой кости составляет:

а) 1,5 месяца; в) 2,5 месяца;

б) 2 месяца; г) 4 месяца.

1. Переломовывих основания I пястной кости это:
   1. повреждение Монтеджа;
   2. повреждение Галеацци;
   3. повреждение Беннета;
   4. повреждение Роланда.
2. Переломы ладьевидной кости запястья опасны:
   1. несращением;
   2. повреждением нервов;
   3. повреждением артериальной дуги;
   4. повреждением сухожилий.
3. Оскольчатые переломы ногтевых фаланг опасны:
   1. повреждением сухожилий;
   2. повреждением нервов;
   3. повреждением сосудов;
   4. вывихом.
4. Повреждение Монтеджа – это:
   1. перелом верхней трети локтевой кости;
   2. перелом средней трети обеих костей предплечья;
   3. перелом локтевой кости и вывих головки лучевой кости;
   4. перелом дистальных метаэпифизов обеих костей предплечья.
5. Перелом лучевой кости в типичном месте – это:
   1. оскольчатый перелом дистального метаэпифиза;
   2. поперечный перелом дистального метаэпифиза;
   3. перелом диафиза в нижней трети;
   4. перелом дистальных метаэпифизов обеих костей предплечья.
6. Средние сроки консолидации перелома пястной кости:
   1. 10 дней;
   2. 14 дней;
   3. 3 недели;
   4. 4-6 недель.
7. Сглаженность анатомической «табакерки» характерно для:
   1. перелома лучевой кости в типичном месте;
   2. перелома основания I пястной кости;
   3. перелома венечного отростка;
   4. диафизарного перелома костей предплечья.
8. При переломе диафизов обеих костей предплечья со смещением подлежит лечению:
   1. в гипсовой повязке;
   2. скелетным вытяжением;
   3. оперативному лечению;
   4. функциональному лечению.
9. Радиоульнарный угол в норме составляет:

а) 5º ; в) 90º;

б) 15º; г) 30º.

1. Основным методом лечения переломов лучевой кости в типичном месте со смещением является:
   1. закрытая ручная репозиция;
   2. остеосинтез в аппарате Илизарова;
   3. костная пластика;
   4. металлоостеосинтез.
2. Наиболее часто встречающимся переломом костей запястья является перелом:
   1. ладьевидной;
   2. гороховидной;
   3. головчатой;
   4. многогранной.
3. Средний срок консолидации перелома ногтевой фаланги пальца составляет:

а) 4 недели; в) 3 недели;

б) 6 недель; г) 8 недель.

1. Основным методом лечения переломов костей запястья без смещений является:
   1. оперативное лечение;
   2. скелетное вытяжение;
   3. гипсовая иммобилизация;
   4. накостный металлоостеосинтез.
2. Средний срок сращения перелома ладьевидной кости составляет:

а) 2,5 месяца; в) 4 месяца;

б) 1 месяц; г) 6 месяцев.

1. Угол наклона суставной поверхности лучевой кости составляет:

а) 3 - 5 градусов; в) 30 градусов;

б) 15 градусов; г) 45 градусов.

1. Перелом венечного отростка со смещением опасен:

а) ограничением объёма движения;

б) повреждением лучевого нерва;

в) повреждением лучевой артерии;

г) нарушением функциональной длины конечности.

22. Туннельный синдром характерен для не вправленного перелома:

а) ногтевой фаланги;

б) сесамовидной кости;

в) «луча» в типичном месте;

г) первой пястной кости.

23. Перелом с/3 лучевой кости - это перелом:

а) апофиза; в) метафиза;

б) диафиза; г) эпифиза.

24. Перелом «боксера» - это перелом:

а) ногтевой фаланги;

б) основной фаланги;

в) ладьевидной кости;

г) первой пястной кости.

1. Показанием для оперативного лечения перелома локтевого отростка

является смещение:

а) 1мм; в) 6-8мм

б) 3-5мм; г) 1-1,5см.

26. Повреждение Галиацци – это:

а) изолированный перелом локтевой кости;

б) изолированный перелом лучевой кости;

в) перелом локтевой кости и вывих головки лучевой;

г) перелом лучевой кости и вывих головки локтевой.

27. При переломе локтевого отростка со смещением невозможно

а) активное разгибание предплечья

б) активное сгибание предплечья

в) пассивное разгибание предплечья

г) ротационные движения предплечья

28. Сроки иммобилизации при переломе головки и шейки лучевой кости:

а) 1 неделя; в) 6 недель;

б) 3 недели; г) 8 недель.

29. При переломах костей предплечья гипсовая повязка должна быть наложена до:

а) верней трети плеча;

б) до средней трети плеча;

в) до верхней трети предплечья;

г) до средней трети предплечья.

30. Задний вывих предплечья характеризуется:

а) деформацией тканей локтевого сустава;

б) движения в локтевом суставе болезненны;

в) конечность удлинена;

г) в локтевом сгибе пальпируется дистальный эпифиз плеча.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме  
«ПЕРЕЛОМЫ И ВЫВИХИ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 - в  2 - в  3 - а  4 - в  5 - в  6 - в  7 - а  8 - а  9 - в  10 - б | 11 - в  12 - б  13 - в  14 - г  15 - а  16 - а  17 - в  18 - в  19 - а  20 - б | 21 - а  22 - в  23 - б  24 - г  25 - б  26 - г  27 - а  28 - б  29 - б  30 - г |

**К модулю 2: Тестовые задания № 12 по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме**

**«ПЕРЕЛОМЫ И ВЫВИХИ БЕДРА. ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА»**

1. Переломы шейки бедра чаще наблюдаются:

а) у молодых людей;

б) у де­тей;

в) у пожилых людей;

г) у людей среднего возраста.

2. Под каким видом обезболивания следует вправлять травмати­ческий вывих бедра:

а) местная анестезия;

б) проводниковая анестезия;

в) наркоз;

г) внутрикостная анестезия.

3. При абдукционных переломах шеечно-диафизарный угол:

а) увеличивается;

б) уменьшается;

в) остается неизменным;

г) ротируется.

4. При аддукциионных переломах шеечно - диафизарный угол:

а) увеличивается;

б) уменьшается;

в) остается неизменным;

г) ротируется.

5. Шеечно-диафизарный угол у человека составляет в среднем:

а) 101°;

б) 127°;

в) 138°;

г) 145°.

6. При подвздошном вывихе бедра большой вертел расположен:

а) выше линии Розер-Нелатона;

б) на линии Розер-Нелатона;

в) ниже линии Розер-Нелатона;

г) положение большого вертела относительно линии не меняется.

7. Выделите определяющий клинический признак вывиха в лю­бом суставе:

а) расслабление мышц, окружающих сустав;

б) напряжение мышц, окружающих сустав;

в) «пружинящее сопротивление» при попытке пассивных движений;

г) деформация сустава.

8. Вколоченные переломы шейки бедра, как правило, бывают при:

а) варусных переломах;

б) вальгусных переломах;

в) латеральных переломах;

г) переломах головки бедренной кости.

9. Значительное смещение отломков при переломе шейки бедра характерно для:

а) абдукционного перелома;

б) аддукционного перелома;

в) вколоченного перелома;

г) перелома большого вертела.

10. Укорочение конечности, наружная ее ротация характерны для:

а) абдук­ционного перелома шейки бедра;

б) аддукционного перелома шейки бедра;

в) вколоченного перелома;

г) перелома без смещения отломков.

11. При каком переломе резко нарушается линия Розера-Нелатона, треуголь­ник Бриана:

а) абдукционный перелом шейки бедра;

б) аддукционный перелом шейки бедра;

в) переломе без смещений;

г) вколоченном.

12. Опасное возможное осложнение перелома наружного мыщелка большеберцовой кости со смещением отломков:

а) повреждение связок коленного сустава;

б) перелом головки малоберцовой кости;

в) повреждение нерва;

г) повреждение сосуда.

13. Укажите связку коленного сустава, ограничивающую отведение (абдукцию) голени:

а) задняя крестообразная;

б) наружная боковая;

в) внутренняя боковая;

г) передняя крестообразная.

14. Основным методом оперативного лечения свежих переломов шейки бед­ра является:

а) компрессионно-дистракционный остеосинтез;

б) кост­ная пластика;

в) металлоостеосинтез;

г) скелетное вытяжение.

15. Неблагоприятные результаты лечения переломов шейки бедра обуслов­лены:

а) ограничением подвижности в суставе;

б) деформирующим арт­розом;

в) асептическим некрозом головки бедра;

г) ограничением нагрузки.

16. Клиника чрезвертельных переломов во многом сходна:

а) с перелома­ми диафиза бедра;

б) с перелома­ми шейки бедра;

в) с перелома­ми нижнего эпиметафиза бедра;

г) переломом вертлужной впадины

17. Назовите связку коленного сустава, ограничивающую приведение (аддукцию) голени:

а) внутренняя боковая;

б) передняя крестообразная;

в) задняя крестообразная;

г) наружная боковая.

18. Симптом, указывающий на повреждение мениска:

а) симптом Байкова;

б) симптом Тренделенбурга;

в) симптом Лассега;

г) симптом «переднего выдвижного ящика».

19. Деформация в виде галифе наблюдается при диафизарных переломах бедра:

а) в верхней трети;

б) в средней трети;

в) в нижней трети;

г) внутрисуставных переломах.

20. Типичное смещение дистального отломка при переломе диафиза бедра в нижней трети:

а) вперед; в) кнутри;

б) кнаружи; г) назад.

21. Возможное опасное осложнение диафизарных переломов бедра в н/з с типичным смещением отломков:

а) повреждения сухожилий;

б) повреж­дения нервов;

в) повреждения сосудов;

г) капсулы сустава.

22. Повреждение крестообразных связок объективно подтверждается:

а) рентгенографически;

6) симптомами «выдвижного ящика»;

в) анамнезом;

г) УЗИ-исследованием.

23. Наиболее распространенный метод оперативного лечения диафизарных переломов бедра:

а) компрессионно-дистракционный остеосинтез;

б) костная пластика;

в) металлоостеосинтез;

г) скелетное вытяжение.

24. Средние сроки консолидации диафизарных переломов бедра при консер­вативном лечении:

а) 1-2 месяца; в) 8-10 месяцев;

б) 4-6 месяцев; г) 10-12 месяцев.

25. Переломы мыщелков бедренной кости являются:

а) внесуставными; в) околосуставными;

б) внутрисуставными; г) диафизарными.

26. Симптом баллотирования надколенника наблюдается при переломах:

а) мыщелков бедра;

б) диафизарных переломах;

в) надмыщелковых переломах бедра;

г) краевых переломах.

27. При переломе наружного мыщелка бедра со смещением отломков наблю­дается типичная деформация конечности под углом открытым:

а) впе­ред; в) кнутри;

б) назад; г) кнаружи.

28. При переломе внутреннего мыщелка бедра со смещением отломков воз­никает деформация конечности:

а) варусная; в) рекурвация;

б) вальгусная; г) антеверзия.

29. Закрытый интрамедуллярный металлоостеосинтез диафизарных переломов бедра проводится путем введения стержня:

а) через разрез в облас­ти большого вертела;

б) в области мыщелков бедра;

в) через разрез в области концов отломков;

г) через разрез в области малого вертела.

30. Переломы надколенника с расхождением отломков требуют лечения:

а) гипсовая повязка;

б) ручная репозиция отломков, гипсовая повязка;

в) скелетное вытяжение;

г) оперативное лечение.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме  
«ПЕРЕЛОМЫ И ВЫВИХИ БЕДРА. ПОВРЕЖДЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 – в  2 – в  3 – а  4 – б  5 – б  6 – а  7 – в | 8 – б  9 – б  10 – б  11 – б  12 – в  13 – в  14 – в  15 – в | 16 – б  17 – г  18 – а  19 – а  20 – г  21 – в  22 – б  23 – в | 24 – б  25 – б  26 – а  27 – г  28 – а  29 – а  30 – г |

**К модулю 2: Тестовые задания № 13 по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме**

**«ПЕРЕЛОМЫ И ВЫВИХИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ И СТОПЫ»**

1. При переломе внутреннего мыщелка большеберцовой кости со смещением отломков развивается деформация конечности:
   1. под углом, открытым кнутри;
   2. под углом, открытым кпереди;
   3. под углом, открытым кнаружи;
   4. под углом, открытым кзади.
2. При переломах мыщелков большеберцовой кости со смещением отломков не используется метод лечения:
   1. скелетное вытяжение;
   2. вправление и гипсовая повязка;
   3. оперативное;
   4. функциональный.
3. При переломе наружного мыщелка большеберцовой кости со смещением отломков имеет место деформация конечности:
   1. под углом, открытым кнутри;
   2. под углом, открытым кнаружи;
   3. под углом, открытым кпереди;
   4. под углом, открытым кзади.
4. Переломы мыщелков большеберцовой кости относятся:
   1. к внутрисуставным переломам;
   2. к внесуставным переломам;
   3. к околосуставным переломам;
   4. к диафизарным переломам.
5. Возможное осложнение перелома наружного мыщелка большеберцовой кости со смещением отломков:
   1. повреждение связок коленного сустава;
   2. перелом головки малоберцовой кости;
   3. повреждение нерва;
   4. повреждение сосуда.
6. Скелетное вытяжение при переломах мыщелков большеберцовой кости следует проводить:
   1. при согнутом под прямым углом коленном суставе;
   2. в выпрямленном положении конечности;
   3. при сгибании в коленном суставе под углом 130º;
   4. при сгибании в коленном суставе под углом 90º.
7. Основным методом консервативного лечения свежих диафизарных переломов костей голени является:
   1. гипсовая повязка;
   2. вправление, гипсовая повязка;
   3. скелетное вытяжение;
   4. функциональный.
8. Эффективным методом оперативного лечения открытых переломов диафиза костей голени с разрушением тканей считается:
   1. металлоостеосинтез внутрикостный;
   2. костная пластика;
   3. компрессионно-дистракционный остеосинтез;
   4. металлоостеосинтез накостный.
9. Несращение переломов костей голени чаще наблюдается при локализации их:

а) в верхней трети; в) в нижней трети;

б) в средней трети; г) на границе средней и нижней трети.

1. Средние сроки консолидации переломов обеих костей голени при консервативном лечении:
   1. 2 - 3 месяца;
   2. 4 - 6 месяцев;
   3. 8 - 10 месяцев;
   4. 10 - 12 месяцев.
2. Перелом Дюпюитрена, это:
   1. пронационный перелом;
   2. супинационный перелом;
   3. компрессионный перелом;
   4. перелом без смещения отломков.
3. Трехлодыжечный перелом (перелом Десто), это:
   1. перелом обеих лодыжек и малоберцовой кости;
   2. перелом обеих лодыжек и таранной кости;
   3. перелом обеих лодыжек и пяточной кости;
   4. перелом обеих лодыжек и заднего (переднего) края большеберцовой кости.
4. При переломе типа Дюпюитрена наблюдается смещение стопы:

а) кнутри; в) вверх;

б) кнаружи; г) вниз.

1. Переломы лодыжек, это:
   1. внутрисуставные переломы;
   2. внесуставные;
   3. околосуставные;
   4. надсуставные.
2. При аддукционных переломах лодыжек наблюдается смещение стопы:

а) кнутри; в) вниз;

б) кнаружи; г) вверх.

1. При повреждениях нижнего межберцового синдесмоза наблюдается смещение стопы кнаружи:
   1. при разрыве дельтовидной связки;
   2. задней связки наружной лодыжки;
   3. передней связки наружной лодыжки;
   4. при растяжении дельтовидной связки.
2. При свежих переломах лодыжек репозицию производят, как правило:
   1. под местным обезболиванием;
   2. под наркозом;
   3. ИВЛ с миорелаксантами;
   4. внутрикостной анестезией.
3. Для фиксации отломков при вправлении свежих переломов лодыжек, в основном, применяют:
   1. гипсовую повязку;
   2. скелетное вытяжение;
   3. аппарат Илизарова;
   4. металлоостеосинтез.
4. Переломы тела таранной кости являются:
   1. внутрисуставными переломами;
   2. внесуставными переломами;
   3. околосуставными;
   4. краевыми.
5. Позднее осложнение переломов таранной кости с большим смещением отломков:
   1. повреждение нервов;
   2. повреждение сосудов;
   3. асептический некроз таранной кости;
   4. повреждение сухожилий пальцев стопы.
6. Раннее осложнение переломов таранной кости с большим смещением отломков:
   1. повреждение сосудов;
   2. повреждение нервов;
   3. некроз кожи;
   4. повреждение сухожилий пальцев стопы.
7. Укажите наиболее частый механизм травмы при переломах пяточной кости:
   1. падение с высоты на ноги;
   2. подворачивание стопы кнаружи;
   3. подворачивание стопы вовнутрь;
   4. падение с высоты своего роста.
8. Укажите способ определения величины смещения отломков при переломах тела пяточной кости:
   1. треугольник Богданова;
   2. высота стопы;
   3. угол Белера;
   4. высота свода стопы.
9. Укажите нормальную величину смежного угла суставной поверхности пяточной кости:
   1. 90 - 100º;
   2. 40 - 60º;
   3. 20 - 40º;
   4. 10 - 15º.

25. Показания к операции при переломах костей голени:

а) косой и винтообразный переломы;

б) наличие инфицированных ран на голени;

в) нестабильность репозиции;

г) перелом в нижней трети голени.

26. Возможные осложнения закрытого вывиха голени:

а) флегмона, абсцесс мягких тканей;

б) тромбоз подколенных сосудов;

в) бурсит;

г) травматический миозит.

27. Основной метод лечения свежего вывиха голени:

а) закрытое вправление, пункция сустава, гипсовая иммобилизация;

б) закрытое вправление, пункция сустава, скелетное вытяжение;

в) открытое вправление, внеочаговая фиксация;

г) открытое вправление, пластика связок, гипсовая иммобилизация.

28. При свежем подтаранном вывихе стопы необходимо:

а) закрытое вправление, гипсовая иммобилизация;

б) закрытое вправление, скелетное вытяжение;

в) открытое вправление, внеочаговая фиксация;

г) открытое вправление, пластика связок, гипсовая иммобилизация.

29. Вывих в суставе Лисфранка стопы происходит в:

а) в области сочленения дистального ряда костей предплюсны с плюсневыми костями;

б) в области сочленения костей предплюсны с фалангами пальцев;

в) в области плюснефаланговом сочленении;

г) в области таранно-ладьевидном сочленении.

30. Объективные методы исследования при вывихе в коленном суставе при нарушении кровообращения на дистальных отделах конечности:

а) КТ-исследование;

б) МРТ-исследование;

в) рентгенография;

г) УЗДГ сосудов.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов V курса лечебного факультета по теме  
«ПЕРЕЛОМЫ И ВЫВИХИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ И СТОПЫ»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 – а  2 – г  3 – б  4 – а  5 – в  6 – б  7 – в | 8 – в  9 – а  10 – б  11 – а  12 – г  13 – б  14 – а | 15 – а  16 – а  17 – а  18 – а  19 – а  20 – в  21 – в  22 – а | 23 – в  24 – в  25 – в  26 – б  27 – а  28 – а  29 – а  30 – г |

**К модулю 2: Тестовые задания № 14 по травматологии, ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме  
«АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЁМ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПУНКТЕ»**

1. Материально-техническую базу здравоохранения составляют:

а) сеть учреждений здравоохранения;

б) коечный фонд и оснащенность аппаратурой;

в) укомплектованность врачебными кадрами;

г) все перечисленное.

2. Заболеваемость населения определяет:

а) совокупность вновь возникших в данном году заболеваний;

б) количество посещений в данном году;

в) распространенность заболеваний в данном году;

г) общее количество обращений и посещений в данном году.т

3. К показателям заболеваемости с временной утратой трудоспособности относятся:

а) число случаев нетрудоспособности на 100 работающих;

б) число дней нетрудоспособности на 100 работающих;

в) длительность 1 случая нетрудоспособности;

г) все перечисленное.

4. Экспертизу стойкой нетрудоспособности проводят:

а) министерство здравоохранения;

б) фонд социального страхования;

в) министерство труда и социальной защиты;

г) ни один из перечисленных.

5. Экспертизой трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения занимаются:

а) лечащий врач;

б) заведующий отделением;

в) заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности;

г) все перечисленное.

6. Среди неэпидемических заболеваний первое место среди причин инвалидности занимают:

а) профессиональные заболевания;

б) травмы и последствия травмы;

в) злокачественные новообразования;

г) сердечно-сосудистые заболевания.

7. Среди всех заболеваний в Российской Федерации травма занимает:

а) 1 место;

б) 2 место;

в) 3 место;

г) 4 место.

8. Из 1000 городских жителей в течение года получают травму примерно:

а) 1-10 человек;

б) 50-90 человек;

в) 100-130 человек;

г) 150-200 человек.

9. Среди всех видов амбулаторных травм по количеству преобладают:

а) раны и ссадины;

б) ушибы и растяжения;

в) переломы и вывихи;

г) ожоги и отморожения.

10. К категории бытовой травмы относится травма:

а) во вне рабочего времени, полученная при спасении человеческой жизни;

б) во время рабочего процесса на территории предприятия;

в) у газетного киоска за пределом территории предприятия во время рабочего

перерыва;

г) в магазине после окончания рабочего времени по пути с работы.

11. Круглосуточная амбулаторная травматологическая служба организуется в одной из поликлиник города (городского административного района) с числом жителей:

а) на 100 тыс населения;

б) на 150 тыс населения;

в) на 200 тыс населения;

г) на 250 тыс населения.

12. В среднем в течение года термическую травму получают:

а) 1 из 1000 человек;

б) 5 из 1000 человек;

в) 10 из 1000 человек;

г) 15 и более из 1000 человек.

13. Наиболее частой причиной инвалидности при термических ожогах является:

а) незавершенная ожоговая болезнь (гранулирующие раны, язвы, пролежни);

б) послеожоговые рубцы, контрактуры и деформации;

в) нарушение функции кистей рук;

г) ампутация конечностей.

14. Рекомендуемые штатные нормативы поликлиники по приказу МЗ РФ от 15.05.2012г. № 543н врача травматолога-ортопеда для приема взрослых больных, исходя из 1 должности на численность прикрепленного населения:

а) 1 должность на 20000 взрослого населения;

б) 1 должность на 20500 взрослого населения;

в) 1 должность на 21000 взрослого населения;

г) 1 должность на 21500 взрослого населения.

15. Рекомендуемые штатные нормативы Травмпункта и Кабинета травматологии и ортопедии по приказу МЗ РФ от 12.11.2012г. № 901н врача травматолога-ортопеда для приема взрослых больных, исходя из 1 должности на численность прикрепленного населения:

а) 1 должность на 10000 взрослого населения;

б) 1 должность на 15000 взрослого населения;

в) 1 должность на 20000 взрослого населения;

г) 1 должность на 25000 взрослого населения.

16. Рекомендуемые штатные нормативы Травмпункта и Кабинета травматологии и ортопедии по приказу МЗ РФ от 12.11.2012г. № 901н врача травматолога-ортопеда для приема детей, исходя из 1 должности на численность прикрепленного населения:

а) 1 должность на 12000 взрослого населения;

б) 1 должность на 12500 взрослого населения;

в) 1 должность на 13000 взрослого населения;

г) 1 должность на 13500 взрослого населения.

17. Основными функциями Травмпункта по приказу МЗ РФ от 12.11.2012г. № 901н являются:

а) обеспечение диагностической и лечебной помощи больным с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы, обратившихся для оказания неотложной медицинской помощи;

б) проведение мероприятий по первичной профилактике травм и развития заболеваний костно-мышечной системы и направление больных с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы по профилю "травматология и ортопедия" для оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинской организации;

в) оказание специализированной медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" с применением консервативных и (или) хирургических (в том числе микрохирургических) методов лечения на основе утвержденных стандартов медицинской помощи;

г) оказание специализированной медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" с применением консервативных и (или) хирургических (в том числе микрохирургических) методов лечения на основе утвержденных стандартов медицинской помощи.

18. Основными функциями Кабинета травматологии и ортопедии поликлиники по приказу МЗ РФ от 12.11.2012г. № 901н являются:

а) обеспечение диагностической и лечебной помощи больным с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы, обратившихся для оказания неотложной медицинской помощи;

б) проведение мероприятий по первичной профилактике травм и развития заболеваний костно-мышечной системы и направление больных с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы по профилю "травматология и ортопедия" для оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинской организации;

в) оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы по профилю "травматология и ортопедия";

г) оказание специализированной медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" с применением консервативных и (или) хирургических (в том числе микрохирургических) методов лечения на основе утвержденных стандартов медицинской помощи.

19. Основными функциями Поликлинического отделения по профилю «Травматологгия и ортопедия» по приказу МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. N 901н являются:

а) обеспечение диагностической и лечебной помощи больным с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы, обратившихся для оказания неотложной медицинской помощи;

б) проведение мероприятий по первичной профилактике травм и развития заболеваний костно-мышечной системы и направление больных с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы по профилю "травматология и ортопедия" для оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинской организации;

в) оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы по профилю "травматология и ортопедия";

г) оказание специализированной медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия" с применением консервативных и (или) хирургических (в том числе микрохирургических) методов лечения на основе утвержденных стандартов медицинской помощи.

20. Хирургические операции в травматолого-ортопедических отделениях поликлиник:

а) блокады, пункции;

б) вправление вывихов в плечевом суставе и др.;

в) репозиция переломов - лучевой кости в типичном мест и др.;

г) первичная хирургическая обработка ран;

д) все перечисленное.

21. Круглосуточная амбулаторная травматологическая служба организуется в одной из поликлиник областного центра с числом жителей:

а) на 100 тыс населения;

б) на 150 тыс населения;

в) на 200 тыс населения;

г) на 250 тыс населения.

22. Обязательными условиями работы травматологических кабинетов и травматологических пунктов (отделений) являются:

а) отдельное административное лечебно-профилактическое учреждение;

б) размещение на базе приемных отделений больниц или станций скорой помощи;

в) оказание только плановой медицинской помощи в дневное время суток;

г) лечение пострадавшего одним врачом от момента обращения до выздоровления.

23. Лечению в ортопедическом кабинете для взрослых подлежат больные с заболеваниями:

а) последствия травм опорно-двигательного аппарата - контрактуры, ложные суставы, несросшиеся переломы и др.;

б) злокачественные опухоли костей и мягких тканей;

в) ревматический полиартрит;

г) ожоги, отморожения.

24. Травматологические кабинеты и пункты (отделения) ведут учетно-отчетную документацию по экспертизе трудоспособности:

а) талон уточненных диагнозов (ф. 025-2/У);

б) контрольные карты диспансерных больных (ф. 30);

в) журнал выдачи листков нетрудоспособности (ф. 36);

г) журнал направлений на госпитализацию (с указанием причин отказа).

25. Медицинскими показаниями к оказанию неотложной амбулаторной помощи являются следующие состояния:

а) травматические вывихи в суставах нижней конечности;

б) ограниченные ожоги (менее 10% поверхности тела) и отморожения, не требующие хирургического вмешательства;

в) закрытые переломы костей (без смещения или со смещением отломков, поддающихся репозиции и удержанию); \*

г) единичные переломы ребер с повреждения плевры.

26. Медицинская амбулаторная помощь может оказываться в следующих условиях:

а) не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение;

б) предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения;

в) в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение;

г) при всех перечисленных.

27. Врачом-травматологом-ортопедом амбулаторно оказывается медицинская помощь:

а) первичная доврачебная медико-санитарная помощь;

б) первичная врачебная медико-санитарная помощь;

в) первичная специализированная медико-санитарная помощь;

г) скорая специализированная, медицинская помощь.

28.При выявлении онкологического заболевания травматологического или ортопедического профиля лечение и наблюдение больного, не требующего комбинированного и (или) сочетанного лечения, осуществляется:

а) врачом-онкологом;

б) врачом-хирургом;

в) врачом-хирургом-онкологом;

г) врачом-травматологом-ортопедом, прошедшим профессиональную переподготовку по специальности "онкология".

29. Плановая медицинская помощь оказывается:

а) при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни;

б) при проведении профилактических мероприятий;

в) при состояниях, не требующих экстренной и неотложной помощи;

г) всех перечисленных.

30. Диагноз болезни Дейчлендера устанавливается рентгенологически от начала клинических проявлений по мере формирования лоозеровеской зоны не ранее:

а) 7 – 10 дней;

б) 10 – 15 дней;

в) 15 – 20 дней;

г) 20 – 25 дней.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме

«АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЁМ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПУНКТЕ»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 – г  2 – а  3 – г  4 – в  5 – г  6 – г  7 – в  8 – в  9 – б  10 – г | 11 – в  12 – а  13 – б  14 – б  15 – б  16 – б  17 – а  18 – в  19 – г  20 – д | 21 – а  22 – г  23 – а  24 – в  25 – в  26 – а  27 – в  28 – г  29 – г  30 – а |

VI курс, 11 семестр

==================================================

**К модулю 3: Тестовые задания № 15 по травматологии, ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме  
«ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА»**

1. В каких из нижеперечисленных случаев противопоказано лечение компрессионных переломов грудного и поясничного отделов позвоноч­ника методом одномоментной реклинации:

а) неосложненные компрес­сионные переломы;

б) переломовывихи с замыканием суставных от­ростков;

в) переломы дужек;

г) разгибательные переломы позвоноч­ника.

2. Какой вид обезболивания используют для одномоментной реклинации компрессионных переломов поясничных позвонков:

а) общее обезболи­вание;

б) местное обезболивание;

в) паравертебральную анестезию;

г) в/мышечное введение анальгетиков.

3. Назовите сроки нетрудоспособности больных с компрессионными пере­ломами поясничных позвонков, леченных методами одномоментной или постепенной реклинации:

а) до 2-х месяцев; в) до 6 месяцев; б) до 4-х месяцев; г) более 6 месяцев.

4. К стабильному перелому позвонка относят:

а) компрессионный перелом тела позвонка 3 степени;

б) переломовывих позвонка;

в) компрессионный перелом тела позвонка 1 степени и отрыв передне-верхнего угла тела позвонка;

г) компрессионный перелом тела позвонка 2 степени.

5. К нестабильному перелому позвонка относят:

а) компрессионный перелом 1 степени;

б) компрессионный перелом 2 степени;

в) компрессионный перелом 3 степени;

г) отрыв передне-верхнего или передне- нижнего угла тела позвонка.

6. Какое осложнение может возникнуть после одномоментной реклинации компрессионных переломов поясничных позвонков:

а) травматический шок;   
б) острая почечная недостаточность;   
в) паралитическая непро­ходимость кишечника;  
г) острый инфаркт миокарда.

7. Назовите средние сроки иммобилизации позвоночника в реклинирующем гипсовом корсете при компрессионных переломах поясничных позвонков умеренной степени:

а) 2 недели; в) 2 месяца;

б) 1 месяц; г) 4 месяца и более.

8. В шейном отделе позвоночника наиболее часто повреждается:

а) 1 позвонок;

б) 4 позвонок;

в) 6 позвонок;

г) 7 позвонок.

9. Показания к одномоментной репозиции (реклинации) тела позвонка:

а) компрессионный перелом тела позвонка I степени;

б) компрессионные переломы с переломом дужек и суставных отростков;

в) компрессионный перелом 2 и 3 степени;

г) компрессионный перелом позвонка с нарушением проводимости спинного мозга.

1. Показания к функциональному методу лечению повреждений позвоночника:

а) осложненные компрессионные переломы;

б) компрессионные переломы 1 степени;

в) компрессионные переломы 3 степени;

г) переломы остистых и поперечных отростков.

1. Пострадавшего с тяжелым повреждением спинного мозга в грудном и поясничном отделах позвоночника при наличии только мягких носилок следует транспортировать:

а) на спине;

б) на левом боку;

в) на правом боку;

г) на животе.

12. Из анатомических структур поясничных позвонков чаще всего ломается:

а) поперечный отросток;

б) остистый отросток;

в) суставные отростки;

г) дужка позвонка.

13. Из перечисленных ниже поясничных и крестцового позвонков чаще всего травмируются:

а) 1-й поясничный и 2-й поясничный позвонки;

б) 3-й поясничный позвонок;

в) 4-й поясничный позвонок;

г) 5-й поясничный позвонок и 1-й крестцовый позвонок.

14. Клиническая картина позы Томпсона при травме позвоночника:

а) больной не может нагнуться;

б) больной сидит, опираясь на руки;

в) больной стоит, распрямив позвоночник;

г) больной лежит и не может присесть.

15. Наиболее вероятный механизм компрессионных переломов нижнегрудных и верхнепоясничных позвонков:

а) сгибание;

б) разгибание;

в) наклоны в правую или левую стороны;

г) ротация.

16. При лечении переломов шейных позвонков, осложненных повреждением спинного мозга, применяется:

а) ляминэктомия;

б) скелетное вытяжение;

в) рассечение передней продольной и выйной связки;

г) резекция суставных отростков позвонков;

17. Симптом «прилипшей пятки» возникает при переломе позвоночника:

а) в шейном отделе;

б) в грудном отделе;

в) в поясничном отделе;

г) при осложнённых переломах позвоночника.

18. Концентрация раствора новокаина, используемого для обез­боливания переломов позвоночника:

а) 0,25% раствор; в) 1,0% раствор; б) 0,5% раст­вор; г) 2% раствор.

19. Локализация переломов позвоночника наиболее опасная для спинного мозга: а) тело позвонка; в) попереч­ные отростки; б) дужки позвонка; г) остистые отростки.

20. Выберите функциональный метод лечения переломов тел позвонков в грудном и поясничном отделах:

а) фиксация корсетом;

б) метод постепенной репозиции;

в) постельный режим в течение 1,5–2 мес. и комплекс ЛФК для укрепления мышц спины;

г) одномоментная реклинация позвоночника.

21. Если вывих произошел между 6-м и 7-м шейным позвонками, то вывихнутым позвонком считается:

а) 6-й позвонок;

б) 5-й позвонок;

в) 4-й позвонок;

г) 7-й позвонок.

22. Под каким видом обезболивания производятся ручное вправление подвывихов и вывихов шейных позвонков:

а) общее обезболивание;

б)местное обезболивание;

в) в/мышечное введение раствора промедола;

г) внутривенный наркоз.

23. При консервативном лечении неосложненных переломов грудного отдела позвоночника чаще всего применяются:

а) скелетное вытяжение за кости черепа;

б) вытяжение за голову петлей Глиссона;

в) функциональный метод;

г) скелетное вытяжение за кости таза.

24. Перелом позвонков типа Джефферсона:

а) взрывной перелом С1 шейного позвонка;

б) взрывной перелом С2 шейного позвонка;

в) взрывной перелом С3 шейного позвонка;

г) взрывной перелом С4 шейного позвонка.

25. При повреждениях позвоночника лечение Гало-аппаратом является методом выбора:

а) на уровне С1-С2 шейных позвонков;

б) на уровне С3-С4 шейных позвонков;

в) на уровне С5-С7 шейных позвонков;

г) на уровне Th1-Th2 грудных позвонков.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме

«ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 – б  2 – б  3 – г  4 – в  5 – в  6 – в  7 – г  8 – в  9 – в | 10 – б  11 – г  12 – а  13 – а  14 – б  15 – а  16 – а  17 – в | 18 – в  19 – б  20 – в  21 – а  22 – г  23 – в  24 – а  25 – а |

**К модулю 3: Тестовые задания № 16 по травматологии, ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме  
«ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА»**

1. Транспортировка пострадавшего с множественным переломом костей таза:

а) в положении по Волковичу;

б) с использованием тазового бандажа;

в) лежа на спине, ноги слегка согнуты в коленных суставах и связаны между собой, тазовый бандаж;

г) с использованием транспортных шин.

2. Перелом вертлужной впадины и центральный вывих бедра возникает:

а) при падении с высоты на седалищные бугры;

б) при сжатии таза в переднезаднем направлении;

в) при сдавлении таза сбоку или при падении на большой вертел;

г) при падении с высоты на ноги.

3. К краевым переломам костей таза относят:

а) перелом дна вертлужной впадины;

б) вертикальный перелом крестца;

в) перелом лонной и седалищной костей;

г) поперечный перелом крестца.

4. Назовите сроки иммобилизации и лечения на скелетном вытяжении пе­реломов костей таза с нарушением его непрерывности и смещением костных отломков:

а) 2 недели; в) 8 недель; б) 4 недели; г) 10-12 недель.

5. Назовите сроки нетрудоспособности больных с краевыми переломами таза не нарушающими непрерывность тазового кольца с небольшим смещением отломков: а) 2 недели; в) 6 недель; б) 4 недели; г) 8 не­дель.

6. При каких повреждениях перелом костей таза является доминирующим:

а) перелом лонной кости, перелом бедра в средней трети;

б) перелом таза типа Мальгеня, разрыв селезенки;

в) центральный вывих бедра, перелом шейки плеча со смещением:

г) разрыв симфиза, внутричерепная гематома.

7. Чаще всего при переломах костей таза повреждаются:

         а) простата у мужчин и яичники у женщин;

         б) уретра, простатическая ее часть;

        в) дистальная часть мочеиспускательного канала;

         г) мочевой пузырь.

8. Какие повреждения таза могут возникнуть при родах:

а) перелом седалищной кости;

б) перелом гребня подвздошной гости;

в) разрыв симфиза;

г) перелом Мальгеня.

9. При каких переломах таза чаще встречается повреждения уретры и мочевого пузыря:

а) при краевых переломах таза;

б) при переломах заднего полукольца;

в) при переломах переднего полукольца;

г) при переломах в области запирательного отверстия.

10. Методы лечения переломов таза без смещения отломков:

а) скелет­ное вытяжение; б) оперативное лечение;

в) консервативное лечение в положении по Волковичу;

г) гипсовая иммобилизация.

11. В каком направлении происходит смещение большого вертела при центральных переломовывихах бедра:

а) кверху; б) кнаружи;

в) кнутри; г) книзу.

12. При каких переломах таза следует ожидать развитие травматического (геморрагического) шока:

а) при краевых переломах таза;

б) при переломах без нарушения тазового кольца;

в) при двойных односторонних переломах таза со смещением отломков

г) разрыве лонного сочленения

13. Внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову показана:

а) при краевых переломах таза;

б) при пере­ломах переднего полукольца;

в) при вертикальных, двойных перело­мах тазового кольца;

г) при переломе седалищных костей.

14. Обезболивание при краевых переломах таза:

а) анестезия по Школьникову-Селиванову;

б) местная анестезия; в) поясничная новокаиновая блокада;

г) паранефральная блокада.

15. К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся:

         а) перелом крыла подвздошной кости

         б) перелом лонной кости

      в) перелом лонной и седалищной костей с одной стороны

        г) перелом лонной и седалищной костей с разных сторон

16. При каких повреждениях таза и тазобедренного сустава определяется симптом «прилипшей пятки»:

а) перелом гребня подвздошной кос­ти;

б) перелом лонной кости;

в) перелом лонной и седалищной кос­ти в области запирательного отверстия с одной стороны;

г) пере­лом передней верхней ости подвздошной кости.

17. В каком направлении смещаются костные отломки при двойном одно­стороннем переломе костей таза:

а) книзу; в) кнаружи;   
б) кверху; г) кнутри.

18. Из перечисленных ниже симптомов, указывающих на повреждение тазовых органов являются основными:

         а) задержка самостоятельного мочеиспускания;

         б) болезненное мочеиспускание;

         в) наличие крови в моче;

         г) гематома ягодичной области.

19. Вертикальная нестабильность таза возникает при;

а) переломе обеих лонных костей;

б) вертикальном переломе крестца;

в) разрыве крестцово-подвздошного и лонного сочленений;

г) переломе подвздошной и седалищной костей.

20. Наиболее вероятные переломы при сдавлении тазового кольца во фронтальном направлении:

а) поперечный перелом крестца, копчика;

б) вертикальный перелом крестца; в) перелом вертлужной впадины;

г) разрыв симфиза.

21. Переломы костей таза, возникающие при падении с высоты на седалищные бугры:

а) разрыв симфиза; в) вертикальные переломы подвздошной кости;  
б) перелом Мальгеня; г) перелом крестца.

22. Для лечения переломов костей таза типа Мальгеня используют:

а) наложение кокситной повязки;

б) метод скелетного вытяжения;

в) остеосинтез;

г) деротационный сапожок.

23. Лечение разрыва лонного сочленения в ранние сроки проводится методом:

а) лечения на гамаке;

б) открытого погружного металлоостеосинтеза;

в) внеочагового остеосинтеза;

г) скелетного вытяжения.

24. Лечение нестабильных переломов переднего и заднего полуколец таза проводится:

а) лежа на спине с ногами, полусогнутыми в коленных суставах;

б) усиленным тазовым бандажом;

в) скелетным вытяжением за мыщелки бедра по оси конечности;

г) с помощью гамака.

25. При оказании специализированной помощи среди вариантов обезболивания в качестве противошокового мероприятия при переломах костей таза предпочтительным является:

а) обезболивание наркотиками;

б) местное обезболивание по А.В.Вишневскому;

в) анестезия по Школьникову-Селиванову;

г) проводниковая анестезия.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме «ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 – в  2 – в  3 – г  4 – г  5 – в  6 – в  7 – б  8 – в | 9 – г  10 – в  11 – в  12 – в  13 – в  14 – б  15 – в  16 – в  17 – б | 18 – в  19 – б  20 – в  21 – б  22 – б  23 – а  24 – в  25 – в |

**Тестовые задания № 17 по травматологии, ортопедии  
для студентов V,VI курсов лечебного факультета по теме  
РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ**

1. Укажите уровень прикрепления круглого пронатора к лучевой кости:

а) проксимальная треть; в) дистальная треть;

б) средняя треть; г) шиловидный отросток.

2. Уровень прикрепления мышц-супинаторов предплечья к луче­вой кости:

а) дистальная треть; в) проксимальная треть;

б) средняя треть; г) шиловидный отросток.

3. Уровень прикрепления квадратного пронатора к лучевой кости:

а) дистальная треть; в) проксимальная треть;

б) средняя треть; г) шиловидный отросток.

4. Место прикрепления сухожилия поверхностного сгибателя пальца кисти:

а) основная фаланга; в) ногтевая фаланга;

б) средняя фаланга; г) сесамовидная кость.

5. Дистальная граница сухожильных влагалищ сгибателей пальцев кисти:

а) основание ногтевых фаланг; в) середина средних фаланг;

б) основание средних фаланг; г) головки пястных костей.

6. Проксимальная граница сухожильных влагалищ сгибателей II-IУ пальцев кисти:

а) уровень головок пястных костей;

б) уровень оснований пястных костей;

в) уровень дистального ряда костей запястья;

г) уровень проксимального ряда костей запястья.

7. Проксимальная граница синовиальных сумок кисти:

а) уровень дистального ряда костей запястья;

б) уровень лучезапястного сустава;

в) уровень дистального отдела предплечья;

г) уровень проксимального ряда костей запястья.

8. Среднее значение радиоульнарного угла в норме:

а) 60°; б) 30°; в) 45°; г) 90°.

9. Средняя величина ладонного наклона суставной поверхности лучевой кости:

а) 0°; б) 10°; в) 30°; г) 25°.

10. Кость, от которой начинается длинный разгибатель 1-го пальца кисти:

а) наружный надмыщелок плеча; в) лучевая;

б) внутренний надмыщелок плеча; г) локтевая.

11. Кость, от которой начинается короткий разгибатель 1-го пальца кисти:

а) наружный надмыщелок плеча; в) лучевая;

б) внутренний надмыщелок плеча; г) локтевая.

12. Укажите отделы плечевой кости, расположенные в полости локтевого сустава:

а) блок; в) внутренний надмыщелок;

б) наружный надмыщелок; г) малый бугорок.

13. При передненижнем вывихе плеча дистальный его отдел:

а) отведен от туловища; в) согнут;

б) приведен к туловищу; г) разогнут.

14. При вывихе плеча надплечье со стороны вывиха:

а) удлинено; в) укорочено;

б) не изменено по длине; г) отведено.

15. При заднем вывихе плеча сгибательно-разгибательные движения:

а) не ограничены; в) не возможны;

б) возможны, но в меньшем объеме; г) увеличены в объеме.

16. По чьему методу во время вправления плечо приводится к туловищу, ротируется за предплечье кнаружи, локтевой сустав в достигнутом ранее положении скользит в сторону подмышечной впадины на здоровой стороне, кисть руки со стороны вывиха забрасывается на надплечье со здоровой стороны.  
 а) Кохера; в) Мота;

б) Джанелидзе; г) Гиппократа.

17. При переломе диафиза плеча в средней и дистальной трети чаще других образований повреждается:

а) локтевая артерия; в) локтевой нерв;

б) лучевой нерв; г) лучевая артерия.

18. При абдукционном переломе хирургической шейки плеча угол между отломками открыт:

а) кнутри; в) кзади;

б) кнаружи; г) кпереди.

19. При аддукционном переломе хирургической шейки плеча угол между отломками открыт:

а) кнутри; в) кзади;

б) кнаружи; г) кпереди.

20. В образовании верхнего свода плечевого сустава участвуют отростки лопатки:

а) акромиальный; в) клювовидный;

б) суставной; г) стернальный.

21. Основной метод лечения переломов хирургической шейки плеча – это:

а) открытое вправление; в) чрескостный остеосинтез;

б) скелетное вытяжение; г) гипсовая повязка.

22. Основной вид анестезии при вправлении вывиха плеча:

а) общее обезболивание; в) футлярная анестезия;

б) местное обезболивание; г) проводниковая анестезия.

23. При лечении надмыщелковых переломов на скелетном вытяжении спица проводится:

а) через надмыщелки плеча; в) через лучевую кость;

б) через локтевой отросток; г) через обе кости предплечья.

24. Интрамедуллярный остеосинтез предпочтителен при переломах плеча:

а) косых; в) поперечных;

б) оскольчатых; г) винтообразных.

25. При наличии показаний к операции накостный остеосинтез  
компрессирующей пластиной или винтами предпочтителен при переломах плеча:

а) поперечных; в) винтообразных;

б) косых; г) мелкооскальчатых.

26. Для восстановления функции верхней конечности сразу после вправления вывиха плеча необходимы:

а) лечебная гимнастика; в) массаж плечевого сустава;

б) иммобилизация; г) физиотерапия.

27. Привычный подклювовидный вывих плеча является показанием:

а) иммобилизации гипсовой повязкой сроком до двух месяцев;

б) наложению скелетного вытяжения;

в) к операции укрепления передней стенки плечевого сустава;

г) металлоостеосинтезу.

28. При переломе диафиза плеча дистальнее прикрепления дельтовидной  
мышцы центральный отломок находится в положении:

а) отведения; в) сгибания;

б) приведения; г) разгибания.

29. Ограничивает ли передняя крестообразная связка смещение голени кпереди:

а) да; в) по обстоятельствам;

б) нет; г) индивидуально.

30. Ограничивает ли задняя крестообразная связка смещение голени кзади:

а) да; ) индивидуально;

б) нет; г) в зависимости от наличия гемартроза.

31. Укажите место прикрепления передней крестообразной связки к бедренной кости:

а) латеральная поверхность наружного мыщелка;

б) медиальная поверхность наружного мыщелка;

в) медиальная поверхность внутреннего мыщелка;

г) латеральная поверхность внутреннего мыщелка.

32. Выделите место прикрепления задней крестообразной связки к бедренной кости:

а) латеральная поверхность наружного мыщелка;

б) латеральная поверхность внутреннего мыщелка;

в) медиальная поверхность наружного мыщелка;

г) медиальная поверхность внутреннего мыщелка.

33. Укажите положение ноги, при котором емкость коленного сустава  
становится наибольшей:

а) полное сгибание в колене; в) максимальное разгибание в колене;

б) небольшое сгибание в колене; г) сгибание под углом 45º.

34. Укажите положение ноги, при котором емкость коленного сустава становится наименьшей:

а) полное разгибание в колене; в) небольшое сгибание в колене;

б) максимальное сгибание в колене; г) сгибание под углом 45º.

35. Подчеркните место прикрепления крестообразных связок коленного сустава к большеберцовой кости:

а) бугристость большеберцовой кости;

б) поперечная связка колена;

в) межмыщелковое возвышение;

г) наружный мыщелок большеберцовой кости.

36. Укажите связку коленного сустава, ограничивающую отведение (абдукцию) голени:

а) задняя крестообразная; в) внутренняя боковая;

б) наружная боковая; г) передняя крестообразная.

37. Назовите связку коленного сустава, ограничивающую приведение (аддукцию) голени:

а) внутренняя боковая; в) задняя крестообразная;

б) передняя крестообразная; г) наружная боковая.

38. Укажите, как прикрепляются мениски к большеберцовой кости:

а) всей своей поверхностью;

б) наружной своей полуокружностью;

в) внутренней своей полуокружностью.

г) к межмыщелковому возвышению большеберцовой кости.

39. Выделите движение в коленном суставе, при котором мениски смещаются вместе с бедром:

а) разгибание; в) сгибание;

б) вращение; г) приведение.

40. Отметьте образование большеберцовой кости, к которому прикрепля­ется собственная связка надколенника:

а) суставной край наружного мыщелка; в) бугристость;

б) суставной край внутреннего мыщелка; г) межмыщелковое возвышение.

41. Укажите место прикрепления наружной боковой связки коленного сустава:

а) наружный мениск; в) поперечная связка колена;

б) головка малоберцовой кости; г) верхняя треть м/берцовой кости.

42. Абсолютное показание к оперативному лечению перелома бедренной кости:

а) вторично-открытый перелом; в) перелом со смещением;

б) косой перелом; г) поперечный перелом.

43. Под множественной травмой при механических **п**овреждениях конечностей подразумевают:

а) одиночные переломы костей;

б) внутрисуставные переломы костей;

в) переломы нескольких сегментов конечностей;

г) мелкооскольчатые переломы.

44. Под сочетанной травмой при механических повреждениях понимают:

а) переломи бедра и голени с одной или с двух сторон;

б) переломы костей конечностей или позвоночника или таза с

одновре­менным повреждением внутренних органов;

в) переломы верхних и нижних конечностей (например, плеча и бедра,

предплечья и голени и т.п.);

г) повреждения полых и паренхиматозных органов при тупой травме

живота;

45. При переломах костей таза показан следующий вид обезболивания:

а) паравертебральная блокада;

б) обезболивание по Шнеку;

в) блокада по Школьникову-Селиванову;

г) проводниковая анестезия.

Ответы на тестовые задания по травматологии ортопедии  
для студентов V, VI курсов лечебного факультета по теме  
РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 – б  2 – в  3 – а  4 – б  5 – а  6 – а  7 – в  8 – б  9 – б  10 – г  11 – г  12 – а | 13 – а  14 – в  15 – б  16 – а  17 – б  18 – б  19 – а  20 – а  21 – б  22 – б  23 – б | 24 – в  25 – б  26 – б  27 – в  28 – а  29 – а  30 – а  31 – б  32 – б  33 – б  34 – б | 35 – в  36 – в  37 – г  38 – б  39 – б  40 – в  41 – б  42 – г  43 – в  44 – б  45 – в |

**К модулю 4: Тестовые задания № 18 по травматологии, ортопедии  
 для студентов VI курса лечебного факультета по теме**

**« Множественные и сочетанные повреждения опорно-двигательного аппарата»**

1. К изолированным травмам следует относить повреждение:

а) одного внутреннего органа, в пределах одной полости, либо одного сегмента конечности;

б) двух или более органов в одной анатомической области или повреждения двух и более сегментов конечностей;

в) двух и более анатомических областей тела в различных сочетаниях: голова, шея, грудь, живот, позвоночник, таз, конечности;

г) в результате механической и термической травмы одновременно.

2. К множественным травмам следует относить повреждение:

а) одного внутреннего органа, в пределах одной полости, либо одного сегмента конечности;

б) двух или более органов в одной анатомической области или повреждения двух и более сегментов конечностей;

в) двух и более анатомических областей тела в различных сочетаниях: голова, шея, грудь, живот, позвоночник, таз, конечности;

г) в результате механической и термической травмы одновременно.

3. К сочетанным травмам следует относить повреждение:

а) одного внутреннего органа, в пределах одной полости, либо одного сегмента конечности;

б) двух или более органов в одной анатомической области или повреждения двух и более сегментов конечностей;

в) двух и более анатомических областей тела в различных сочетаниях: голова, шея, грудь, живот, позвоночник, таз, конечности;

г) в результате механической и термической травмы одновременно.

4. К комбинированным травмам следует относить повреждение:

а) одного внутреннего органа, в пределах одной полости, либо одного сегмента конечности;

б) двух или более органов в одной анатомической области или повреждения двух и более сегментов конечностей;

в) двух и более анатомических областей тела в различных сочетаниях: голова, шея, грудь, живот, позвоночник, таз, конечности;

г) в результате механической и термической травмы одновременно.

5. Жировая эмболия обычно возникает после тяжёлой травмы через:

а) 1 сутки; в) 3 суток;

б) 2 суток; г) 6 суток и более.

6. Множественные и сочетанные повреждения наиболее часто встречаются в возрастной группе:

а) трудоспособного возраста

б) детского и юношеского возраста

в) пожилого и старческого возраста

г) верно а) и б)

7.Среди множественных и сочетанных повреждений превалирует:

а) травма грудной клетки и ее органов;

б) черепно-мозговая травма и перелом конечностей;

в) травма брюшной полости и костей таза;

г) тяжелые множественные повреждения опорно-двигательного аппарата.

8. Летальность при множественных и сочетанных повреждениях в отдаленном периоде после травмы обусловлена:

а) тяжелой черепно-мозговой травмой;

б) тромбоэмболией легочной артерии;

в) жировой эмболией;

г) гнойными осложнениями.

9. При множественной и сочетанной травме повреждение пяточных костей наиболее часто сочетается:

а) с переломом таранной кости;

б) с переломом костей стопы;

в) с переломом позвоночника;

г) с переломом костей таза;

10. В комплексе направленной патогенетической терапии в раннем периоде тяжелой сочетанной травмы входят следующие мероприятия:

а) коррекция гемодинамических расстройств с восполнением дефицита объема циркулирующей крови;

б) адекватное обезболивание и иммобилизация поврежденных костных фрагментов;

в) коррекция метаболических нарушений;

г) все перечисленное

11. Обезболивание на догоспитальном этапе при множественных и сочетанных повреждениях заключается:

а) в анестезии мест переломов;

б) в проведении новокаиновых блокад в сочетании с введением ненаркотических аналгетиков;

в) в обезболивании закисью азота;

г) в введении наркотических аналгетиков.

12. Наиболее целесообразным видом обезболивания у больных с тяжелой сочетанной травмой черепа и опорно-двигательного аппарата, находящихся в состоянии травматического шока, является:

а) пролонгированная внутрикостная гемостатическая блокада в комбинации с внутривенным наркозом;

б) масочный и ингаляционный наркоз;

в) эндотрахеальный наркоз;

г) внутривенный наркоз.

13. Стабилизацию костных фрагментов при тяжелой сочетанной травме опорно-двигательного аппарата наиболее целесообразно осуществлять:

а) скелетным вытяжением;

б) гипсовой повязкой;

в) аппаратом внешней фиксации;

г) внутрикостным фиксатором.

14. Регенерация костной ткани при переломо-вывихах у пострадавших с множественной травмой опорно-двигательного аппарата характеризуется:

а) замедлением процесса регенерации;

б) увеличением сроков консолидации;

в) увеличением сроков иммобилизации;

г) течением, аналогичным течению репаративных процессов при изолированной травме.

15. В профилактике гнойных осложнений при открытых множественных переломах конечностей основное значение имеет:

а) введение антибактериальных препаратов в область открытых переломов;

б) первичная хирургическая обработка ран;

в) внутрикостные пролонгированные новокаиновые блокады с антибиотиками;

г) футлярные новокаиновые блокады с антибиотиками.

16. Остеосинтез при повреждении опорно-двигательного аппарата в сочетании с травмой внутренних органов осуществляют:

а) одномоментно с оперативным вмешательством по поводу повреждения внутреннего органа;

б) после жизнеспасающих операций и стабилизации жизненных функций организма;

в) параллельно с проведением противошоковых мероприятий;

г) верно а) и в).

17. Инвалидность при политравме в основном определяется:

а) тяжестью повреждения опорно-двигательного аппарата;

б) диагностическими ошибками;

в) дефектами лечения;

г) осложнениями при травме.

18. При переломе плечевой кости и костей предплечья репозицию следует начинать:

а) с предплечья;

б) с плеча;

в) одновременно с плеча и предплечья;

г) последовательно с интервалом в 1-2 дня.

19. Хирургическая тактика «DAMAGE CONTROL» при лечении тяжёлых ранений и травм подразумевает:

а) оперативное лечение всех повреждений, как внутренних органов, так и опорно-двигательного аппарата в первые часы от травмы с одновременным проведением противошоковой терапии;

б) оперативное лечение повреждений, как внутренних органов, так и опорно-двигательного аппарата расчленяется на два этапа: выполняются минимальные жизнеспасающие непродолжительные операции, каждая операция расчленяется на этапы с проводением интенсивной терапии до полной стабилизации гемодинамических показателей. Через 5-7 суток и позже — малоинвазивный остеосинтез переломов длинных костей;

в) оперативное лечение всех повреждений, как внутренних органов, так и опорно-двигательного аппарата после проведения противошоковой терапии и стабилизации гемодинамики;

г) оперативное лечение всех повреждений внутренних органов после проведения противошоковой терапии и стабилизации гемодинамики, а повреждения опорно-двигательного аппарата – через 7-10 дней.

20. Внутрикостный остеосинтез бедра с рассверливанием костномозгового канала, выполненный в первые сутки после сочетанной травмы, резко усиливает:

а) жировую эмболизацию;

б) тромбоэмболию;

в) синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания;

г) респираторный дистресс-синдром.

Ответы на тестовые задания по травматологии ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме «Множественные и сочетанные повреждения опорно-двигательного аппарата**»**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 – а  2 – б  3 – в  4 – г  5 – в  6 – а  7 – б  8 – г  9 – в  10 – г | 11 – б  12 – в  13 – в  14 – а  15 – б  16 – б  17 – а  18 – б  19 – б  20 – а |

**К модулю 4: Тестовые задания № 19 по травматологии, ортопедии  
 для студентов VI курса лечебного факультета по теме**

**«ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК. СИНДРОМ СДАВЛЕНИЯ»**

1. При травматическом шоке наблюдаются изменения со стороны:
   1. Сердечнососудистой системы;
   2. органов дыхания;
   3. органов выделения;
   4. всех перечисленных органов и систем.
2. Укажите наиболее распространенную в настоящее время теорию патогенеза травматического шока:
   1. нервно-рефлекторная;
   2. кровоплазмопотери;
   3. токсическая;
   4. эндокринных нарушений.
3. Укажите, какая система реагирует, прежде всего, при развитии у человека травматического шока:
   1. органы дыхания;
   2. Сердечнососудистая;
   3. органы выделения;
   4. ЦНС.
4. Гемодинамические показатели при шоке II степени:
   1. Р-80, АД – 120/80;
   2. Р-100, АД – 100/70;
   3. Р-120, АД – 80/40;
   4. Р-140, АД – 50/20.
5. Ориентировочная кровопотеря при шоке II степени у раненого:
   1. 1-1,5 л;
   2. 1,5-2 л;
   3. 3 л;
   4. 4 л.
6. Степень шока при гемодинамических показателях Р‑100, АД-100/60:
   1. I ст.;
   2. II ст.;
   3. III ст;
   4. IVст.
7. Гемодинамические показатели при терминальном состоянии:
   1. Р-150, АД-30;
   2. Р-130, АД-40,
   3. Р нитев., АД-0;
   4. Р-180, АД-20.
8. Объем инфузионной терапии в 1-е сутки при шоке средней тяжести:
   1. 0,5-1 л;
   2. 1-1,5 л;
   3. 2-3 л;
   4. 4-5 л.
9. Используется ли обычно цельная кровь при лечении травматического шока I степени:
   1. да;
   2. нет;
   3. по обстоятельствам;
   4. индивидуально.
10. Применяется ли переливание крови при лечении шока средней степени тяжести:
    1. да;
    2. нет;
    3. индивидуально;
    4. в зависимости от вида травматического шока.
11. Какую часть составляет кровь в объеме инфузионной терапии при шоке III степени:
    1. 20%;
    2. 30%;
    3. 50%;
    4. 70%.
12. Какую часть составляет кровь в общем объеме инфузии при геморрагическом шоке:
    1. 20%;
    2. 30%;
    3. 50%;
    4. 70%.
13. Какую часть объема инфузии составляет кровь при шоке средней тяжести:
    1. 15-20%;
    2. 30-35%;
    3. 40-50%;
    4. 70%.
14. На каком этапе медицинской эвакуации начинают переливать кровь для лечения травматического шока:
    1. само- и взаимопомощи;
    2. доврачебная помощь;
    3. МПП;
    4. ОМедБ, ОМО.
15. Профилактикой травматического шока при оказании первой медицинской помощи является:
    1. введение обезболивающих средств;
    2. временная остановка наружного кровотечения;
    3. транспортная иммобилизация переломов;
    4. все перечисленное.
16. Какой группы кровь, как правило, переливают на этапе первой врачебной помощи:
    1. одной группы кровь;
    2. от универсального донора;
    3. не переливается;
    4. компоненты крови.
17. На каком уровне следует поддерживать гематокрит при проведении инфузионной терапии травматического шока:
    1. 15-20%;
    2. 30-35%;
    3. 40-45%;
    4. 50-70%.
18. При каком минимальном АД можно транспортировать раненого в состоянии травматического шока:
    1. АД-120/80;
    2. АД-100/70;
    3. АД-80/40;
    4. АД-60/30.
19. При каком минимальном АД можно начинать оперативное лечение у раненых в состоянии травматического шока (кроме неотложных состояний):
    1. АД-120/80;
    2. АД-100/70;
    3. АД-80/60;
    4. АД-60/0.
20. Какой элемент из комплекса токсических веществ наиболее часто обнаруживается и оказывает пагубное действие при синдроме длительного сдавления (СДС):

а) серотонин; в) простогландины;

б) кинины; г) миоглобин.

1. Какие внутренние органы больше всего страдают в стадии токсемии при СДС:

а) легкие; в) печень;

б) сердце; г) почки.

1. Наиболее частая причина смерти при СДС:

а) ОДН;

б) ОСН;

в) ОПН;

г) поражения ЦНC.

1. Повреждение нервных стволов в травмированной конечности при СДС является:

а) обязательным признаком СДС;

б) сопутствующим признаком;

в) дополнительным признаком;

г) выявляется в редких случаях.

1. В клиническом течении синдрома сдавления обычно выделяют:
   1. 2 периода;
   2. 3 периода;
   3. 4 периода;
   4. 5 периодов.
2. СДС средней тяжести наблюдается при сдавлении конечности в течение:
   1. до 2 час.;
   2. 2 - 4 час.;
   3. до 6 час.;
   4. 8 - 12 час.
3. По тяжести клинического течения СДС (М.И.Кузин) выделяют:
   1. 2 степени СДС;
   2. 3 степени СДС;
   3. 4 степени СДС;
   4. 5 степеней СДС.
4. Характерным симптомом раннего периода СДС является:
   1. нарушение сознания;
   2. нарушение дыхания;
   3. олигурия, анурия;
   4. диарея.
5. Выделите основное патологическое проявление промежуточного периода  
   синдрома длительного сдавления:

а) острая почечная недостаточность;

б) прогрессирующий травматический отек конечности;

в) некроз кожи и мышц конечности;

г) травматический неврит, контрактура суставов.

1. В каких случаях проводится операция фасциотомия:
   1. при отеке конечности;
   2. при субфасциальном отеке, вызывающим нарушение  
      кровообращения в конечности;
   3. не делается вообще;
   4. при критическом состоянии пострадавшего.
2. Инфузионная терапия при СДС средней и тяжелой степени  
   составляет в сутки:
   1. 1 - 1,5 л.; в) 2-3 л.
   2. 1,5 - 2 л.; г) 4-5 л.

Ответы на тестовые задания по военной хирургии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме

«ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК. СИНДРОМ СДАВЛЕНИЯ»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 – г  2 – б  3 – б  4 – в  5 – 6  6 – а | 7 – в  8 – в  9 – б  10 – а  11 – г  12 – в | 13 – б  14 – г  15 – г  16 – в  17 – б  18 – б | 19 – б  20 – г  21 – г  22 – в  23 – а  24 – б | 25 – в  26 – в  27 – в  28 – а  29 – б  30 – г |

**К модулю 4: Тестовые задания № 20 по травматологии, ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме**

**«ОТКРЫТЫЕ И ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ»**

1. Вторичная девиация раневого канала возникает за счет:

а) изменения траектории полета пули в тканях организма;

б) повреждения тканей с различной эластичностью

в) хаотического вращения пули в тканях;

г) пороховых газов.

2. Первичный некроз возникает за счет:

а) механического повреждения ткани ранящим снарядом;

б) избыточного давления воздуха в "пульсирующей полости";

в) нарушения кровообращения в тканях стенок раневого канала;

г) ожога тканей.

3. Сочетанное повреждение, это:

а) ранение несколькими ранящими снарядами;

б) повреждение органов из различных систем организма;

в) повреждение различными этиологическими факторами;

г) множественный перелом.

4. Наиболее часто сквозные ранения возникают при:

а) пулевых ранениях;

б) осколочных ранениях;

б) ранениях вторичными ранящими снарядами;

г) минно-взрывной травме.

5. В зоне молекулярного сотрясения возникает:

а) денатурация белков;

б) вакуолизация жиров;

в) гидролиз углеводов;

г) омыление жиров.

6. Основным этапом ПХО раны является:

а) некрэктомия; в) дренирование;

б) некротомия; г) туалет раны.

7. Главной целью ПХО раны является:

а) профилактика инфекционных осложнений;

б) восстановление целости поврежденных органов;

в) ушивание раны;

г) санация раны.

8. Некрэктомия огнестрельной раны производится:

а) в пределах мертвых тканей;

б) в пределах живых тканей;

в) по ситуации;

г) в зависимости от опыта хирурга.

9. Введение столбнячного анатоксина показано на этапе:

а) само- и взаимопомощи;

б) доврачебной помощи;

в) первой врачебной помощи;

г) квалифицированной помощи.

10. Большинство антисептиков, использующихся для туалета раны при ПХО, обладают:

а) бактерицидным действием;

б) бактериостатическим действием;

в) интактны;

г) прижигающим действием.

11. Провизорный шов является обычно:

а) первичным швом; в) повторным швом;

б) вторичным швом; г) поздним швом.

12. Вторичный шов накладывается на:

а) "свежую" рану;

б) гранулирующую рану;

в) рубцово-измененную рану;

г) операционную рану.

13. Основным признаком живой ткани является наличие при ПХО:

а) кровотечения;

б) чувствительности;

в) повышение температуры;

г) изменение окраски.

14.При обширных огнестрельных ранениях в области суставов выполняют:

а) ПХО огнестрельной раны;

б) пункция сустава с эвакуацией крови и введением антибиотиков;

в) наложение асептической повязки и гипсовой повязки;

г) правильно – б) и в).

15. Поздней первичной хирургической обработкой считается операция, проведенная после получения ранений через:

а) 12 часов;

б) 48 часов;

в) 48 и более часов;

г) 72 часа.

16. Проточное дренирование в первую очередь показано при ПХО:

а) инфицированной раны;

б) микробно-загрязненной раны;

в) гнойной раны;

г) стерильной раны.

17. Вторичный поздний шов накладывается на:

а) гранулирующую рану;

б) рубцово-измененную рану;

в) на рану после иссечения грануляций;

г) на рану после иссечения рубцов.

18. Может ли гной быть стерильным:

а) да;

б) нет;

в) при применении антибиотиков;

г) в зависимости от вида микроорганизмов.

19. Показан ли интрамедуллярный остеосинтез при ПХО огнестрельного перелома:

а) да;

б) нет;

в) в зависимости от обстоятельств;

г) при наличии антибиотикотерапии.

20. Наиболее часто швы накладываются при ПХО на:

а) глубжележащие ткани;

б) поверхностные ткани;

в) на сосуды, сухожилия, нервы;

г) подкожножировую клетчатку.

21. Возможна ли "стерилизация раны ножом”:

а) да;

б) нет;

в) с одновременным применением антисептиков;

г) в зависимости от сроков проведения ПХО.

22. Пассивный дренаж должен быть удален из раны после ПХО на:

а) 2-е сутки; в) 10-е сутки;

б) 4-е сутки; г) 7-е сутки.

23. Что способствует нагноению огнестрельного перелома, огнестрельной раны после ПХО:

а) отсутствие иммобилизации; в) травматичность;

б) длительность операции; г) металлоконструкции.

24.Что нужно выполнить в первую очередь при огнестрельном переломе с повреждением магистрального сосуда:

а) введение обезболивающих средств и столбнячного анатоксина;

б) наложение асептической повязки;

в) транспортная иммобилизация;

г) наложение кровоостанавливающего жгута.

25. Что нужно выполнить в первую очередь при огнестрельном переломе:

а) введение обезболивающих средств и столбнячного анатоксина;

б) наложение асептической повязки;

в) транспортная иммобилизация;

г) наложение кровоостанавливающего жгута;

26. Отличительные характеристики огнестрельной раны:

а) боль; в) кровотечение;

б) зияние раны; г) наличие зоны первичного некроза.

27. Основная особенность патогенеза огнестрельной раны:

а) формирование пульсирующей полости;

б) микробное загрязнение раны;

в) повреждение сосудов и нервов;

г) инфицирование раны.

28. Проникающие раны характеризуются:

а) повреждением нервов, сосудов, костей;

б) ушибом внутренних органов;

в) повреждением плевры, брюшины, синовиальной оболочки;

г) повреждение мягких тканей.

29.Обширные огнестрельные раны заживают:

а) первичным натяжением;

б) вторичным натяжением;

в) под струпом;

г) без особенностей.

30. Главная цель первичной хирургической обработки раны:

а) удаление нежизнеспособных тканей;

б) ушивание раны;

в) ревизия раневого канала;

г) металлоостеосинтез костей.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме

« Открытые и огнестрельные переломы»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 – б  2 – а  3 – б  4 – а  5 – б  6 – а | 7 – а  8 – б  9 – а  10 – б  11 – а  12 – б | 13 – а  14 – а  15 – в  16 – в  17 – а  18 – а | 19 – б  20 – а  21 – б  22 – а  23 – г  24 – г | 25 – а  26 – г  27 – а  28 – в  29 – б  30 – а |

### К модулю 5: Тестовые задания № 21 по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета по теме

### «ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ. ОЖОГИ, ОТМОРОЖЕНИЯ»

1. Ознобление это:
   1. иммерсионная стопа;
   2. хроническое воздействие холода;
   3. действие сухого мороза;
   4. траншейная стопа.
2. 1% поверхности кожного покрова составляет площадь:
   1. кисти;
   2. стопы;
   3. ладони;
   4. головы-шеи.
3. Первой стадией ожоговой болезни является:
   1. реконвалесценция;
   2. ожоговая токсемия;
   3. шок;
   4. септикотоксемия.
4. Длительность ожогового шока не превышает:
   1. 3-4 дней;
   2. 7-10 дней;
   3. 14 дней;
   4. 3-4 недель.
5. Глубокий ожог – это ожог:

а) I степени; в) IIIа степени;

б) II степени; г) IIIб степени.

1. При ожоге какой степени не имеется пузырей:

а) II степени; в) IIб степени;

б) IIIа степени; г) IV степени.

1. Содержимое пузыря имеет соломенный цвет при ожоге:
   1. I степени;
   2. IIIа степени;
   3. II степени;
   4. IV степени.
2. Содержимое пузыря имеет сукровичный цвет при ожоге:
   1. I степени;
   2. IV степени
   3. II степени;
   4. IIIа степени.
3. Болевая чувствительность кожи будет отсутствовать при ожоге:
   1. IV степени;
   2. I степени
   3. II степени;
   4. IIIа степени.
4. При какой температуре наступает кристаллизация тканевой жидкости:

а) 0ºС; в) -6-7ºС;

б) -3-4ºС; г) -20ºС.

1. При использовании метода Голомидова при лечении отморожений ватноизолирующая повязка является:
   1. согревающим компрессом;
   2. термосом или термостатом;
   3. охлаждающим компрессом;
   4. асептической повязкой.
2. При II степени ожога повреждается:
   1. ростковый слой кожи;
   2. собственно дерма;
   3. фасция;
   4. подкожножировая клетчатка.
3. Что, в первую очередь, способствует получению отморожений:
   1. заболевания сосудов;
   2. цинга;
   3. стресс;
   4. иммунный статус организма.
4. Какое действие на организм оказывает пониженная температура воздуха:
   1. вызывает сужение просвета сосудов;
   2. вызывает расширение просвета сосудов;
   3. не оказывает никакого действия;
   4. вызывает инфекционные осложнения.
5. При лечении поверхностных ожогов «закрытым» способом повязку следует менять:
   1. через 1-2 дня;
   2. через 3-5 дней;
   3. через 7 дней;
   4. не менять до полной эпителизации раны.
6. Какие препараты не используются при лечении отморожений:
   1. дезагреганты;
   2. антикоагулянты;
   3. психотропные средства;
   4. спазмолитики.
7. При большой площади ожога однократную некрэктомию следует выполнять в пределах:

а) 3-5% площади; в) 10-20%;

б) не более 10%; г) до 40%.

1. Септикотоксемия – это:
   1. присутствие в крови токсинов микроорганизмов;
   2. присутствие в крови токсинов распада обожженных тканей;
   3. временное присутствие в крови микробов;
   4. постоянное присутствие в крови микроорганизмов.
2. Какова средняя длительность стадии ожоговой токсемии:

а) 1-2 дня; в) 14-20 дней;

б) 7-10 дней; г) 1 месяц и более.

1. При нагноении содержимого пузырей его цвет имеет:
   1. прозрачно-соломенный цвет;
   2. сукровичный цвет;
   3. мутнеет, становится непрозрачным;
   4. не изменяется.
2. Для септицемии характерна лихорадка и:
   1. гектическая температура;
   2. субфебрильная температура;
   3. ременттирующая;
   4. не характерно изменение температуры.
3. Какая степень ожога относиться к «закрытым» повреждениям:

а) I степень; в) IIIа степень;

б) II степень; г) IV степени.

1. При нагноении ожогового пузыря надо:
   1. вскрыть пузырь;
   2. вскрыть и удалить стенку пузыря;
   3. вскрыть и удалить содержимое, пузырь осадить на дно ожоговой раны;
   4. наложить повязку с антисептиком, не вскрывая пузырь.
2. Какой принцип отогревания больного нужно использовать при действии «сухого» мороза:
   1. изнутри кнаружи;
   2. снаружи внутрь;
   3. от периферии к центру;
   4. сверху вниз.
3. Что является «особенностью» ожогового шока:
   1. медленное снижение АД;
   2. резкое понижение АД;
   3. учащение пульса;
   4. является интоксикацией организма.

26. Первая медицинская помощь при ожогах включает:

а) асептическую повязку;

б) обезболивание;

в) удаление остатков несгоревшей зажигательной смеси;

г) все перечисленное.

27. Методом «ладони» определяют:

а) глубину ожога;

б) площадь ожога;

в) тяжесть состояния пострадавшего;

г) объём плазмопотери.

28. Местные изменения кожи при отморожениях II степени:

а) цианотичность кожи;

б) багрово-красная кожа;

в) темно-красная кожа;

г) нет изменений.

29. Общее переохлаждение тяжелой степени характеризуется:

а) отсутствием сознания и мышечной ригидностью;

б) угнетением сознания и затруднением движений;

в) сонливостью и слабостью;

г) сохранным сознанием и возможностью передвигаться.

30. При общем переохлаждении средней степени температура тела снижается до:

а) 35 – 330; в) 23 – 250;

б) 29 – 270; г) 20 – 210 .

Ответы на тестовые задания по военной хирургии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме

«ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ. ОЖОГИ и ОТМОРОЖЕНИЯ»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 – б  2 – в  3 – в  4 – а  5 – г  6 – г | 7 – в  8 – г  9 – а  10 – в  11 – б  12 – а | 13 – а  14 – а  15 – г  16 – в  17 – б  18 – а | 19 – б  20 – в  21 – в  22 – а  23 – б  24 – а | 25 – а  26 – г  27 – б  28 – б  29 – а  30 – б |

**К модулю 5: Тестовые задания № 22 по травматологии, ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме**

**«ОЖОГИ. ОЖОГОВАЯ БОЛЕЗНЬ »**

1. При II степени ожога повреждается:

* 1. ростковый слой кожи;
  2. собственно дерма;
  3. фасция;
  4. подкожножировая клетчатка.

2. 1% поверхности кожного покрова составляет площадь:

* 1. кисти;
  2. стопы;
  3. ладони;
  4. головы-шеи.

3. Первой стадией ожоговой болезни является:

* 1. реконвалесценция;
  2. ожоговая токсемия;
  3. шок;
  4. септикотоксемия.

4. Длительность ожогового шока не превышает:

* 1. 3-4 дней;
  2. 7-10 дней;
  3. 14 дней;
  4. 3-4 недель.

5. Глубокий ожог – это ожог:

* 1. I степени;
  2. II степени;
  3. IIIа степени;
  4. IIIб степени.

6. При ожогах отсутствуют пузыри при:

* 1. II степени;
  2. IIIа степени;
  3. IIIб степени;
  4. IV степени.

7. Содержимое пузыря имеет соломенный цвет при ожоге:

* 1. I степени;
  2. IIIа степени;
  3. II степени;
  4. IV степени.

8. Содержимое пузыря имеет сукровичный цвет при ожоге:

* 1. I степени;
  2. IV степени;
  3. II степени;
  4. IIIа степени.

9. Болевая чувствительность кожи будет отсутствовать при ожоге:

* 1. IV степени; в) II степени;
  2. I степени; г) IIIа степени.

10. При лечении поверхностных ожогов «закрытым» способом повязку следует менять:

* 1. через 1-2 дня;
  2. через 3-5 дней;
  3. через 7 дней;
  4. не менять до полной эпителизации раны.

11. При большой площади ожога однократную некрэктомию следует выполнять в пределах:

* 1. 3-5% площади;
  2. не более 10%;
  3. 10-20%;
  4. до 40%.

12. Септикотоксемия - это:

* 1. присутствие в крови токсинов микроорганизмов;
  2. присутствие в крови токсинов распада обожженных тканей;
  3. временное присутствие в крови микробов;
  4. постоянное присутствие в крови микроорганизмов.

13. Какова средняя длительность стадии ожоговой токсемии:

* 1. 1-2 дня;
  2. 7-10 дней;
  3. 14-20 дней;
  4. 1 месяц и более.

14. При нагноении содержимого пузырей его цвет имеет:

* 1. прозрачно-соломенный цвет;
  2. сукровичный цвет;
  3. мутнеет, становится непрозрачным;
  4. не изменяется.

15. Для септицемии характерна лихорадка и:

* 1. гектическая температура;
  2. субфебрильная температура;
  3. ременттирующая;
  4. не характерно изменение температуры.

16. Какая степень ожога относиться к «закрытым» повреждениям:

* 1. I степень;
  2. II степень;
  3. IIIа степень;
  4. IV степени.

17. При нагноении ожогового пузыря надо:

* 1. вскрыть пузырь;
  2. вскрыть и удалить стенку пузыря;
  3. вскрыть и удалить содержимое, пузырь осадить на дно ожоговой раны;
  4. наложить повязку с антисептиком, не вскрывая пузырь.

18. Что является «особенностью» ожогового шока:

* 1. медленное снижение АД;
  2. резкое понижение АД;
  3. учащение пульса;
  4. является интоксикацией организма.

19. Первая медицинская помощь при ожогах включает:

а) асептическую повязку;

б) обезболивание;

в) удаление остатков несгоревшей зажигательной смеси;

г) все перечисленное.

20. Методом «ладони» определяют:

а) глубину ожога;

б) площадь ожога;

в) тяжесть состояния пострадавшего;

г) объём плазмопотери.

Ответы на тестовые задания по военной хирургии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме

по теме «Ожоги. ОЖОГОВАЯ БОЛЕЗНЬ »

|  |  |
| --- | --- |
| 1 – а  2 – в  3 – в  4 – а  5 – г  6 – г  7 – в  8 – г  9 – а  10 – г | 11 – б  12 – а  13 – б  14 – в  15 – в  16 – а  17 – б  18 – а  19 – г  20 – б |

### К модулю 6: Тестовые задания № 23 по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета по теме

### «ДЕФОРМИРУЮЩИЙ АРТРОЗ»

1. Деформирующий артроз развивается из-за нарушения трофики:

а) связочного аппарата; в) суставного хряща;

б) капсулы сустава; г) мышц.

2. Остеоартроз это:

а) хроническое прогрессирующее заболевание;

б) острый процесс;

в) инфекционное заболевание ;

г) заболевание с положительной динамикой.

3. Наиболее чаще страдают деформирующим артрозом суставы:

а) тазобедренный и коленный;

б) плечевой и локтевой;

в) голеностопный и суставы стопы;

г) позвоночника.

4. В России общепризнанна классификация деформирующего артроза по Н.С.Косинской, в которой выделяют стадии процесса:

а) 2 стадии; в) 4 стадии;

б) 3 стадии; г) 5 стадий.

5. Этиологические факторы, влияющие на развитие деформирующего артроза :

а) дисплазия суставов;

б) инфекция и травма суставов;

в) нарушение статики конечности и физическая нагрузка на суставы;

г) все перечисленное.

6. В основе механизма развития артроза лежит:

а) дистрофия суставного хряща; в) миосклероз;

б) тромбоз сосудов; г) ограничение объема движений.

7. В Европе широко используется классификация Kelgren (1956г.), в которой выделяют стадии процесса:

а) 2 стадии; в) 4 стадии;

б) 3 стадии; г) 5 стадий.

8. Базисная терапия медикаментозного лечения де­формирующего артроза:

а) антибиотики;

б) сосудистые препараты и гормоны;

в) витаминотерапия;

г) хондропротекторы и нестероидные противовоспалительные препараты.

9. Пункция сустава при синовите позволяет получить:

а) кровь; в) синовиальную жидкость;

б) гной; г) ничего не получает.

10. Основные клинические признаки остеоартроза в начальной стадии заболевания:

а) боль при физической нагрузке, «скованность» сустава;

б) боль постоянная, нарушение функции конечности и оси конечности;

в) сглаженность контуров сустава, местное повышение кожной температуры;

г) укорочение конечности, полное отсутствие движений в суставе.

11. Основные клинические признаки остеоартроза в терминальной стадии заболевания:

а) боль при физической нагрузке, «скованность» сустава;

б) боль постоянная, нарушение функции конечности и оси конечности;

в) сглаженность контуров сустава, местное повышение кожной температуры;

г) укорочение конечности, полное отсутствие движений в суставе.

12. Рентгенологические признаки артроза:

а) расширение рентгенологической щели сустава, дислокация суставных концов;

б) сужение рентгенологической щели сустава, субхондральный склероз, кисты;

в) остеолизис суставных концов, очаги деструкции костной ткани;

г) снижение минеральной плотности костной ткани.

13. У пациента боль возникает периодически по утрам или после перегрузки при стадии:

а) 1 стадия; в) 3 стадия;

б) 2 стадия; г) 4 стадия.

14. Основная цель консервативного лечения деструктивно-дистрофических процессов:

а) рассасывание костных шипов;

б) ликвидация болевого синдрома;

в) восстановление целостности хряща;

г) восстановление движений в суставах.

15. Основные патогенетические цели трофостимулирующих операций при артрозе:

а) снижение повышенного внутрикостного давления и нормализация кровоснабжения;

б) обездвиживание, анкилозирование сустава;

в) восстановление функций сустава и конечности в целом;

г) повышение нагрузки на суставной хрящ, увеличение площади контакта суставных поверхностей, восстановление оси конечности.

16. Основные патогенетические цели стабилизирующих операций при артрозе:

а) снижение повышенного внутрикостного давления и нормализация кровоснабжения;

б) обездвиживание, анкилозирование сустава;

в) восстановление функций сустава и конечности в целом;

г) повышение нагрузки на суставной хрящ, увеличение площади контакта суставных поверхностей, восстановление оси конечности.

17. Основные патогенетические цели мобилизирующих операций при артрозе:

а) снижение повышенного внутрикостного давления и нормализация кровоснабжения;

б) обездвиживание, анкилозирование сустава;

в) восстановление функций сустава и конечности в целом;

г) повышение нагрузки на суставной хрящ, увеличение площади контакта суставных поверхностей, восстановление оси конечности.

18. Основные патогенетические цели декомпрессивных операций при артрозе:

а) снижение повышенного внутрикостного давления и нормализация кровоснабжения;

б) обездвиживание, анкилозирование сустава;

в) восстановление функций сустава и конечности в целом;

г) повышение нагрузки на суставной хрящ, увеличение площади контакта суставных поверхностей, восстановление оси конечности.

19. К нестероидным противовоспалительным препаратам относятся:

а) дипроспан, кеналог;

б) мовалис, нимесил, дексалгин;

в) терафлекс, алфлутоп, структум;

г) нолтрекс, viscoPlus, ферматрон, остенил.

20. К препаратам группы хондропротекторов относятся:

а) дипроспан, кеналог;

б) мовалис, нимесил, дексалгин;

в) терафлекс, алфлутоп, структум;

г) нолтрекс, viscoPlus, ферматрон, остенил.

21. К препаратам группы пролонгированных форм глюкокортикостероидов относятся:

а) дипроспан, кеналог;

б) мовалис, нимесил, дексалгин;

в) терафлекс, алфлутоп, структум;

г) нолтрекс, viscoPlus, ферматрон, остенил.

22. К синтетическим препаратам для эндопротезирования и коррекции вязкоэластических свойств синовиальной жидкости сустава относятся:

а) дипроспан, кеналог;

б) мовалис, нимесил, дексалгин;

в) терафлекс, алфлутоп, структум;

г) нолтрекс, viscoPlus, ферматрон, остенил.

23. В остром периоде остеоартроза показаны:

а) амплипульс, лазеротерапия, магнитотерапия, диадинамические токи;

б) микроволновая терапия, фонофорез с лекарственными препаратами;

в) УВЧ, ЛФК, механотерапия;

г) иммобилизация.

24. После стихания острых явлений остеоартроза показаны:

а) амплипульс, лазеротерапия, магнитотерапия, диадинамические токи;

б) микроволновая терапия, фонофорез с лекарственными препаратами;

в) УВЧ, ЛФК, механотерапия;

г) иммобилизация.

25. Показания к санационно-диагностической артроскопии коленного сустава:

а) повторные блокады и боли в суставе;

б) отсутствие движений в суставе;

в) артроз 3 степени;

г) нестабильность сустава, нарушение оси конечности.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии  
для студентов VI курса лечебного факультета по теме

«ДЕФОРМИРУЮЩИЙ АРТРОЗ»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 – в  2 – а  3 – а  4 – б  5 – г | 6 – а  7 – в  8 – г  9 – в  10 – а | 11 – б  12 – б  13 – а  14 – б  15 – а | 16 – б  17 – в  18 – г  19 – б  20 – в | 21 – а  22 – г  23 – а  24 – б  25 – а |

### К модулю 6: Тестовые задания № 24 по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета по теме

### «ОСТЕОХОНДРОПАТИИ. ОПУХОЛИ КОСТЕЙ»

1. При губчатой остеоме ведущим клиническим симптомом является:

а) боль в области опухоли с иррадиацией в сустав;

б) нарушение функции сустава;

в) косметический дефект;

г) признаки малигнизации образования.

2. Основными методами лечения губчатой и компактной остеомы являются:

а) краевая резекция в пределах здоровых тканей;

б) выжидательная тактика;

в) оперативное лечение не показано;

г) операция проводится только в случае бурного роста остеомы.

3. Наиболее характерными клиническими признаками остеоидной остеомы:

при локализации ее в области длинных трубчатых костей являются;

а) ограничение функции близлежащего сустава;

б) постоянные боли в месте локализации, местное повышение температуры;

в) ночные боли в пораженной области;

г) атрофия мышц конечности.

4. Характерным рентгенологическим признаком при остеоидной остеоме является:

а) разрежение костной ткани на участке остеоидной остеомы;

б) реакция надкостницы в виде луковичного периостата;

в) реакция надкостницы в виде гиперостоза;

г) наличие гнезда остеоидной остеомы в сочетании с окружающим склерозом и периостальной реакцией;

5. При остеоидной остеоме показаны:

а) рентгенотерапия;

б) сегментарная резекция кости с аллопластикой дефекта;

в) достаточно удалить гнездо без удаления склерозированной кости в области

периостита;

г) необходимо удаление склерозированной гиперостозной костной ткани с гнездом

остеоидной остеомы.

6. Ведущим клиническим симптомом при хондробластоме является:

а) сильная боль в пораженном суставе;

б) выраженная припухлость и сосудистый рисунок над пораженной областью;

в) ограничение объема движений в суставе с незначительной припухлостью

и реактивным синовитом;

г) повышение местной температуры, изменение цвета кожных покровов (гиперемия).

7. Гигантоклеточная опухоль (остеокластома) наиболее часто встречается:

а) в детском возрасте до 10 лет;

б) в подростковом возрасте (12-16 лет);

в) опухоль характерна для взрослых (20-40 лет);

г) одинаково часто встречается в любом возрасте.

8. Наиболее типичная локализация гигантоклеточной опухоли:

а) плоские кости;

б) диафизы длинных трубчатых костей;

в) нижний суставной конец бедренной кости и верхний суставной конец большеберцовой кости;

г) тела позвонков.

9. При гигантоклеточной опухоли показана:

а) химиотерапия;

б) лучевая терапия с последующей операцией;

в) операция краевой резекции с аллопластикой;

г) операция сегментарной (околосуставной резекции) или резекция суставного конца с аллопластикой суставным концом или замещением эндопротезом.

10. Особенность болевого синдрома в пораженном отделе скелета при злокачественных опухолях:

а) не исчезают в состоянии покоя, даже при иммобилизации конечности, выраженный болевой синдром в ночное время;

б) боли усиливаются при физической нагрузке;

в) боли усиливаются при иммобилизации и в дневное время;

г) боли непостоянные, преходящие, хорошо купируются анальгетиками.

11. Излюбленная локализация остеогенной саркомы:

а) дистальный метафиз бедренной кости, проксимальный метафиз костей голени;

б) диафизарные отделы бедренной кости и костей голени;

в) проксимальный отдел плечевой кости;

г) дистальный отдел плечевой кости и костей предплечья.

12. Рентгено-и радиочувствительные опухоли костей скелета:

а) саркома Юинга, ретикулярная саркома костной ткани;

б) хондросаркома;

в) остеобластокластома**;**

г) остеоид-остеома, остеома.

13. Болезнь Келлера I это:

а) остеохондропатия ладьевидной кости стопы;

б) остеохондропатия головки II или III плюсневых костей;

в) остеохондропатия полулунных костей кистей;

г) остеохондропатия пяточного бугра.

14. Болезнь Келлера II это:

а) остеохондропатия ладьевидной кости стопы;

б) остеохондропатия головки II или III плюсневых костей;

в) остеохондропатия полулунных костей кистей;

г) остеохондропатия пяточного бугра.

15. Болезнь Кенига или рассекающий остеохондрит это:

а) остеохондропатия латерального мыщелка бедра;

б) остеохондропатия медиального мыщелка бедра;

в) остеохондропатия бугристости большеберцовой кости;

г) остеохондропатия таранной кости.

16. Показания к мозаичной артропластики:

а) доброкачественные опухоли костей;

б) Болезнь Шейерманн-Мау;

в) Болезнь Кёнига (osteochondritis dissecans);

г) Болезнь Лег-Кальве-Пертеса.

17. В основе остеохондропатии лежит процесс:

а) асептический некроз; в) дегенерация;

б) нагноение; г) пограничный с опухолевидным.

18. На сколько клинических стадий делят течение остеохондропатий:

а) 3; в) 5; б) 4; г) 7.

19. Абразивная хондропластика это:

а) костная аутопластика поврежденного участка хряща;

б) удаление поверхностного слоя изношенного участка субхондральной кости артроскопическим инструментом;

в) замещение костно-хрящевых дефектов биокомпозиционными материалами;

г) туннелизация дефекта хряща.

20. Ведущий метод лечения остеохондропатий:

а) оперативный; в) физиотерапевтический;

б) медикаментозный; г) комбинированный.

21. Остеохондропатии это:

а) острый воспалительный гнойный процесс костной ткани;

б) дегенеративно-дистрофический процесс;

в) хронический воспалительный гнойный процесс костной ткани;

г) асептический некроз  губчатой кости, протекающий хронически и дающий осложнения в виде микропереломов.

22. Теории патогенеза остеохондропатий:

а) травматическая; в) сосудистая;

б) метаболическая; г) полиэтиологическая.

23. Дифференциальный диагноз костных опухолей:

а) метаболические костные заболевания, костный инфаркт;

б) острая форма остеомиелита;

в) травматический перелом;

г) ложный сустав.

24. Комбинированное лечение злокачественных опухолей:

а) химиотерапия, лучевая терапия, оперативное лечение;

б) химиотерапия, физиотерапия, оперативное лечение;

в) химиотерапия; витаминотерапия, наркотические препараты;

г) антибиотикотерапия, лучевая терапия, оперативное лечение.

25. Наиболее достоверное диагностическое исследования при костной опухоли:

а) ультразвуковое; в) компьютерная томография;

б) рентгенография; г) гистологическое.

Ответы на **т**естовые задания по травматологии, ортопедии

для студентов VI курса лечебного факультета по теме

«Остеохондропатии. Опухоли костей»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 – в  2 – а  3 – в  4 – г  5 – в | 6 – в  7 – в  8 – в  9 – г  10 – а | 11 – а  12 – а  13 – а  14 – б  15 – б | 16 – в  17 – а  18 – в  19 – б  20 – г | 21 – г  22 – г  23 – а  24 – а  25 – г |

### К модулю 6: Тестовые задания № 25 по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета по теме

### «ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ СТАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СТОП»

1. Формы статического плоскостопия:

а) продольное;

б) поперечное;

в) комбинированное;

г) все перечисленные.

2. Анатомические изменения стопы при плоскостопии:

а) варус стопы, супинация, приведение переднего отдела стопы;

б) эквинус стопы, пронация, приведение переднего отдела стопы;

в) вальгус стопы, пронация, приведение переднего отдела стопы;

г) вальгирование заднего отдела стопы и уплощение продольного свода.

3. Клиническая картина плоскостопия:

а) быстрая утомляемость ног и боль в подошвенном отделе стопы;

б) спастическое состояние мышц голени;

в) хромота и острые боли в голеностопном суставе;

г) болезненность в проекции пяточной кости при ходьбе.

4. Высота продольного свода в норме:

а) меньше 17 мм;

б) 27 – 17 мм;

в) 25 – 35 мм;

г) больше 35 мм.

5. Угол наклона пяточной кости в норме:

а) больше 20 градусов

б) 15 – 20 градусов;

в) 10 – 15 градусов

г) 5 – 10 градусов.

6. Клиника поперечного плоскостопия выражается в:

а) боли по подошвенной поверхности дистальных отделов стоп;

б) боли по подошвенной поверхности в области ладьевидной кости стоп;

в) сгибательная контрактура пальцев;

г) все вышеперечисленное.

7. Молоткообразная деформация пальцев стоп характеризуется:

а) разгибательной установкой пальцев стопы в межфаланговых суставах;

б) сгибательной установкой пальцев стопы в межфаланговых суставах;

в) сгибательно-разгибательной установкой пальцев стопы в межфаланговых суставах;

г) вальгусное отклонение пальцев стоп.

8. Под пяточной шпорой понимают:

а) костную доброкачественную опухоль;

б) экзостоз, остеофит;

в) бурсит;

г) периостит.

9. В основе патогенеза болезни Дойчлендера лежит:

а) функциональная патологическая перестройка кости;

б) чрезмерная физическая нагрузка;

в) одномоментная травматизация;

г) возрастные изменения кости.

10. Подометрический индекс Фриндлянда в норме соответствует:

а) 25; в) 31 - 29;

б) 29 - 27; г) 40 - 31.

11. В норме отклонение I пальца по отношению к I плюсневой кости составляет:

а) 50; в) 90;

б) 70; г) 100.

12. II - ая степень Hallus valgus соответствует отклонению I пальца по отношению к I плюсневой кости (по плантограмме):

а) 10 - 200; в) 30 - 390;

б) 21- 290; г) более 400.

13. Консервативное лечение при продольном и поперечном плоскостопии направлено на:

а) на устранение деформации;

б) ликвидацию отёка;

в) снятие болевого синдрома;

г) улучшение трофических процессов.

14. Оперативное лечение при поперечном плоскостопии показано:

а) при стойком болевом синдроме;

б) при плоскостопии II – III степени;

в) у пациентов старше 40 лет;

г) у детей.

15. Операция по Логрошино (по Б.Бойчеву) при Hallus valgus предусматривает:

а) двойную корригирующую остеотомию I плюсневой кости;

б) резекцию основания проксимальной фаланги I пальца и сбивание экзостоза головки I плюсневой кости;

в) клиновидную резекцию I плюсне-клиновидного сустава с основанием клина, обращенным кнаружи и книзу;

г) сбивание экзостоза головки I плюсневой кости и уё частичная резекция.

16. Операция Брандеса при Hallus valgus предусматривает:

а) двойную корригирующую остеотомию I плюсневой кости;

б) резекцию основания проксимальной фаланги I пальца и сбивание экзостоза головки I плюсневой кости;

в) клиновидную резекцию I плюсне-клиновидного сустава с основанием клина, обращенным кнаружи и книзу;

г) сбивание экзостоза головки I плюсневой кости и уё частичная резекция.

17. При молоткообразной деформации пальцев стоп выполняют операции:

а) ампутация;

б) экзартокуляция;

в) на сухожилиях;

г) резекця головки основной фаланги.

18. При ригидном I пальце стопы выполняют операции:

а) ампутация; в) артропластика;

б) экзартокуляция; г) артродез.

19. Клиника полой стопы:

а) порочная установка стопы в положении тыльного сгибания; активное подошвенное сгибание стопы отсутствует; продольный свод повышается;

б) приведение и супинация переднего отдела истопы, супинация пятки;

в) передний отдел стопы приведен, пронирован и опущен к подошве. Чрезмерно высокий продольный свод. Пяточная кость принимает вертикальное положение;

г) порочная установка стопы в положении подошвенного сгибания. Пятка подтянута кверху и и в опоре не участвует.

20. Клиника варусной стопы:

а) порочная установка стопы в положении тыльного сгибания; активное подошвенное сгибание стопы отсутствует; продольный свод повышается;

б) приведение и супинация переднего отдела истопы, супинация пятки;

в) передний отдел стопы приведен, пронирован и опущен к подошве. Чрезмерно высокий продольный свод;

г) порочная установка стопы в положении подошвенного сгибания. Пятка подтянута кверху и и в опоре не участвует.

21. Клиника конской стопы:

а) порочная установка стопы в положении тыльного сгибания; активное подошвенное сгибание стопы отсутствует; продольный свод повышается;

б) приведение и супинация переднего отдела истопы, супинация пятки;

в) передний отдел стопы приведен, пронирован и опущен к подошве. Чрезмерно высокий продольный свод;

г) порочная установка стопы в положении подошвенного сгибания. Пятка подтянута кверху и и в опоре не участвует.

22. Клиника пяточной стопы:

а) порочная установка стопы в положении тыльного сгибания; активное подошвенное сгибание стопы отсутствует; продольный свод повышается;

б) приведение и супинация переднего отдела истопы, супинация пятки;

в) передний отдел стопы приведен, пронирован и опущен к подошве. Чрезмерно высокий продольный свод;

г) порочная установка стопы в положении подошвенного сгибания. Пятка подтянута кверху и и в опоре не участвует.

23. Функциональный метод исследования стопы - подометрия:

а) метод измерения наружных параметров стопы (индекс продольного свода стопы, поперечный индекс стопы);

б) получение отпечатка стопы на бумаге;

в) изучение временных параметров движения;

г) регистрация биопотенциалов мышц.

24. Функциональный метод исследования стопы - плантография:

а) метод измерения наружных параметров стопы (индекс продольного свода стопы, поперечный индекс стопы);

б) получение отпечатка стопы на бумаге;

в) изучение временных параметров движения;

г) регистрация биопотенциалов мышц.

25. Функциональный метод исследования стопы - подография:

а) метод измерения наружных параметров стопы (индекс продольного свода стопы, поперечный индекс стопы);

б) получение отпечатка стопы на бумаге;

в) изучение временных параметров движения;

г) регистрация биопотенциалов мышц.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета по теме **«**Ортопедические заболевания стоп**»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 – г  2 – г  3 – а  4 – г  5 – б  6 – а  7 – б | 8 – б  9 – а  10 – в  11 – г  12 – в  13 – в | 14 – б  15 – а  16 – б  17 – г  18 – в  19 – в | 20 – б  21 – г  22 – а  23 – а  24 – б  25 – в |

### К модулю 6: Тестовые задания № 26 по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета по теме

### «Врожденный вывих бедра. Врожденная косолапость»

1. Этиологическим фактором при врожденной косолапости является:

а) порок первичной закладки;

б) внутриутробная травма;

в) родовая травма;

г) дисплазия.

2. Основной симптом косолапости:

а) эквинус стопы, супинация, приведение переднего отдела стопы;

б) эквинус стопы, пронация, приведение переднего отдела стопы;

в) вальгус стопы, пронация, приведение переднего отдела стопы;

г) эквинус стопы, приведение переднего отдела стопы;

3. Больной с косолапостью при ходьбе:

а) не хромает;

б) ходит, переступая "нога за ногу";

в) наступает на внутренний край стопы;

г) наступает на наружный край стопы.

4. При косолапости наиболее заинтересованы:

а) длинный сгибатель пальцев;

б) передняя большеберцовая мышца;

в) задняя большеберцовая мышца;

г) длинный сгибатель 1 пальца.

5. Консервативное лечение косолапости начинают:

а) с рождения;

б) через 1 месяц после рождения;

в) через 3 месяца после рождения;

г) в возрасте 1 года.

6. Консервативное лечение косолапости включает:

а) мягкое бинтование и ЛФК;

б) массаж и ЛФК;

в) редрессацию;

г) гипсовые повязки.

7. Консервативное лечение косолапости продолжается:

а) до 6 месяцев;

б) до 1 года;

в) до 5-летнего возраста;

г) до исправления элементов косолапости.

8. Оперативное лечение при врожденной косолапости начинают:

а) с 6-месячного возраста;

б) с 12-месячного возраста;

в) с 9-летнего возраста;

г) с 5-летнего возраста.

9. Наиболее эффективно оперативное лечение при врожденной косолапости на:

а) сухожилиях;

б) сухожильно-связочном аппарате;

в) костях стопы и голени;

г) суставах.

10. Гипсовая иммобилизация после операции при врожденной косолапости продолжается:

а) 2 месяца; в) 6 месяцев;

б) 3 месяца; г) до 1 года.

11. Этиологическим фактором врожденного вывиха бедра (дисплазии) является:

а) травматический фактор

б) дисплазия

в) неправильное членорасположение плода в утробе матери

г нарушение обменных процессов

12. Наиболее часто врожденный вывих бедра (дисплазия) бывает:

а) у лиц женского пола

б) у лиц мужского пола

в) одинаково часто без особой разницы

13. По степени дисплазии головки бедра по отношению к суставной впадине

возможны все перечисленные формы, кроме:

а) предвывиха

б) подвывиха

в) вывиха

г) дисплазии

14. Ведущим симптомом дисплазии тазобедренного сустава в первые месяцы жизни ребенка является:

а) укорочение конечности

б) асимметрия кожных складок

в) симптом "щелчка"

г) ограничение отведения бедер

д) наружная ротация конечности

15. Рентгенологическая картина дисплазии тазобедренного сустава в первые месяцы жизни ребенка:

а) позднее появление ядра окостенения головки

б) изменения величин h и d (уменьшение, увеличение, без перемен)

в) отношение диафиза бедра к линии Омбредана (проходит линия через диафиз бедра, кнутри, кнаружи от него)

г) изменение угла Виберга

д) изменение ацетабулярного угла (увеличение, уменьшение, без перемен)

16. Наиболее точно дисплазию тазобедренного сустава выявляет рентгенологическая схема, разработанная:

а) С.А.Рейнбергом

б) Радулеску

в) Хильгенрейнером

г) Омбреданом

17. Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается:

а) с рождения

б) в возрасте 1 месяца

в) в возрасте 1-2 месяцев

г) в возрасте 3 месяцев и старше

18. Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава

в раннем периоде является:

а) консервативный

б) гипсовые повязки

в) функциональные шины

г) оперативный

19. Клиническая симптоматология врожденного вывиха бедра у детей старше 2 лет включает:

а) хромоту

б) укорочение конечности

в) положительный симптом Тренделенбурга

г) большой вертел выше линии Розер - Нелатона

д) все перечисленное

20. После двухлетнего возраста при различных формах дисплазии тазобедренного сустава наиболее целесообразно применение:

а) гипсовой повязки

б) вытяжения

в) функциональных шин

г) компрессионно-дистракционных аппаратов

д) хирургического лечения (внесуставные или внутрисуставные вмешательства)

21. При консервативном лечении больных с дисплазией (вывихом) тазобедренного сустава наибольшие осложнения дает:

а) метод Лоренца

б) афункциональный метод

в) функциональный метод

г) компрессионно-дистракционный метод

22. При консервативном лечении дисплазии (вывиха) тазобедренного сустава

наиболее часто встречается в качестве осложнения:

а) асептический некроз головки бедра

б) парез седалищного нерва

в) тугоподвижность в суставе и анкилоз

г) все перечисленное

23. Из методов лечебного воздействия при консервативном лечении врожденного вывиха бедра применяются:

а) курортное лечение

б) физиотерапия

в) лечебная гимнастика

г) массаж

д) водные процедуры

24. Оперативные методы лечения врожденного вывиха бедра делятся:

а) на внутрисуставные и внесуставные

б) на костях таза

в) на проксимальном отделе бедра

г) в сочетании с артропластикой сустава

25. Осложнениями после внутрисуставных операций при врожденном вывихе бедра

являются

а) релюксация

б) асептический некроз головки бедра

в) анкилоз

г) контрактуры

д) ограничение движений в суставе

26. По снятии гипсовой повязки после оперативного лечения врожденного вывиха бедра применяются:

а) пассивные физические упражнения

б) активные физические упражнения

в) грязелечение

г) водные процедуры

27. Нагрузка на оперативную конечность при врожденном вывихе бедра разрешается

а) через 2 месяца

б) через 3 месяца

в) через 6 месяцев

г) через 1 год

28. Симптом Маркса – Ортолани:

а) укорочение конечности

б) асимметрия кожных складок

в) симптом "щелчка"

г) ограничение отведения бедер

29. Триада Путти:

а) повышенная скошенность вертлужной впадины, смещение проксимального конца бедра кверху, позднее появление ядра окостенения

б) асимметрия кожных складок, симптом "щелчка", ограничение отведения бедер

в) нарушение линии Шентона, внутренняя ротация бедра, ограничение движений в тазобедренном суставе

г) симптом соскальзывания, ограничение отведения в тазобедренном суставе, асимметрия складок на бедре

30. Сроки выполнения рентгенографического контроля в течение первых 3-х лет после хирургического лечения:

а) 1 раз в 3 месяца

б) 1 раз в 6 месяцев

в) ежегодно

г) 1 раз в 3 года

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии

для студентов VI курса лечебного факультета по теме

**«**Врожденный вывих бедра. Врожденная косолапость

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 - г  2 - а  3 - г  4 - б  5 - а  6 - г  7 - б  8 - в  9 - в  10 - в | 11 - б  12 - а  13 - г  14 - г  15 - а  16 - в  17 - а  18 - а  19 - д  20 - д | 21 - б  22 - а  23 - в  24 - а  25 - б  26 - а  27 - г  28 - в  29 - а  30 - б |

### К модулю 6: Тестовые задания № 27 по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета по теме

**«Сколиотическая болезнь. Остеохондроз»**

1. При сколиозе прогностическое значение в его развитии играет тест Risser:

а) разные степени покрытия подвздошных костей ядрами окостенения;

б) на выпуклой стороне дуги искривления наблюдается относительный остеопороз нижнебоковых сегментов позвонков;

в) на вогнутой стороне искривления расширение межпозвоночных щелей;

г) угол деформации и определения его степени.

2. Наиболее удачной, получившей признание у ортопедов, является классификации определения степени угловой деформации позвоночника:

а) Ферпоссона;

б) Кобба;

в) Е. А. Абальмасовой (1965);

г) В. Д. Чаклина (1958).

3. Какой тип сколиоза относится к наиболее злокачественным искривлениям, как по течению, так и по прогнозу:

а) шейно-грудной, или верхнегрудной;

б) грудной;

в) грудопоясничный (или нижнегрудной);

г) поясничный.

4. Для коррекции сколиотической деформации чаще выполняют операции:

а) клиновидная резекция;

б) дискотомия, энуклеация и открытая папаинизация;

в) сегментарную клиновидную резекцию на вершине искривления в сочетании с коррекцией деформации дистрактором Харрингтона и задним спондилодезом;

г) двухэтапного оперативного лечения сколиоза по Казьмину А.И.

5. Массаж мышц спины при сколиотической деформации позвоночника необходимо выполнять:

а) более активно на вогнутой стороне искривления;

б) более активно на выпуклой стороне искривления;

в) активно на обеих сторонах искривления;

г) с элементами мануальной терапии, направленными на мобилизацию искривления.

6. Показанием к оперативному лечению при искривлении позвоночника является:

а) высокая стабильность первичного искривления позвоночника;

б) стабилизация деформации под действием консервативной терапии;

в) прогрессирование деформации на 5° в год;

г) прогрессирование искривления более 10° в год и если угол деформации больше 30° при большом потенциале роста.

7. Число степеней сколиоза по Чаклину В.Д.

а) 3; в) 5;

б) 4; г) 6.

8. Третья степень деформации позвоночника при сколиозе по Коббу с углом искривления:

а) 15 - 1300; б) 31 - 600; в) 61 - 900; г) больше 900 .

9. Прогрессирование сколиоза продолжается с ростом ребёнка и достигает максимума у девочек в:

а) 9 – 10 лет; в) 14 – 15 лет;

б) 11 – 13 лет; г) 16 – 18 лет.

10. Прогрессирование сколиоза продолжается с ростом ребёнка и достигает максимума у мальчиков в:

а) 9 – 10 лет; в) 14 – 16 лет;

б) 11 – 13 лет; г) 17 – 18 лет.

11. Признак Риссера характеризует:

а) увеличение прогрессирования сколиоза;

б) замедление прогрессирование сколиоза;

в) слабость мышечного корсета;

г) удлинение периода созревания скелета.

12. Признак Риссера определяется по:

а) появлению апофизов подвздошных костей;

б) полному синостозу апофизов подвздошных костей;

в) появлению вторичных половых признаков;

г) остеопорозу тел и дужек позвонков.

13. На врождённый характер сколиотической болезни указывают:

а) врождённая анамалия позвонков (клиновидные позвонки);

б) нейрофиброматоз;

в) мышечная дистрофия;

г) синдром Марфана.

14. Приоритет введения терминов «сколиоз», «кифоз», «лордоз» принадлежит:

а) Гиппократ;

б) Galen;

в) Ambroise Pare;

г) Nicolas Andry.

15. Начальные клинические признаки сколиоза при I степени:

а) асимметрия надплечий и лопаток;

б) формирование реберного горба;

в) отклонение корпуса в сторону основной дуги;

г) фиксированный характер компенсаторных дуг позвоночника.

16. Клинические признаки сколиоза при II степени:

а) асимметрия надплечий и лопаток;

б) формирование реберного горба;

в) отклонение корпуса в сторону основной дуги;

г) фиксированный характер компенсаторных дуг позвоночника.

17. Клинические признаки сколиоза при III степени:

а) асимметрия надплечий и лопаток;

б) формирование реберного горба;

в) отклонение корпуса в сторону основной дуги;

г) фиксированный характер компенсаторных дуг позвоночника.

18. Плоская спина характеризуется:

а) уплощением изгиба в грудном отделе позвоночника;

б) уплощением изгиба в поясничном отделе позвоночника;

в) уплощением изгибов в поясничном и грудном отделе позвоночника;

г) асимметрией треугольников талии..

19. Осанка - это:

а) привычное положение тела при стоянии, выпрямлении позвоночника;

б) удержание тела в строго вертикальном положении;

в) привычное положение тела при стоянии, ходьбе и сидении;

г) положение тела при сидении.

20. Гиперлордоз характеризуется:

а) избыточным изгибом позвоночника вперед на всех уровнях;

б) избыточным искривлением позвоночника назад в области шеи и поясницы;

в) избыточным изгибом позвоночника вперед в области шеи и поясницы, грудной отдел выгибается назад;

г) уплощение изгиба в грудном отделе позвоночника.

21. Методы пассивной коррекции при консервативном лечении сколиоза:

а) водные процедуры, бассейн;

б) массаж;

в) лечебная гимнастика;

г) корсетотерапия.

22. Лучшими видами спорта для детей со сколиозом являются:

а) плавание; в) волейбол, баскетбол;

б) лыжи, коньки; г) всё перечисленное.

23. Детям с непрогрессирующей формой сколиоза I – II или II – III степени по Чаклину В.Д. рекомендуется:

а) пользование ортопедическим корсетом;

б) пользование ортопедическим корсетом при постоянном проведении ЛФК;

в) пользование ортопедическим корсетом при постоянном проведении массажа;

г) не назначать ортопедический корсет.

24. Взрослым после прекращения прогрессирования сколиоза рекомендуется:

а) спорт; в) ходьба;

б) утренняя гимнастика; г) отдых лёжа на спине.

25. Метод компенсации при консервативном методе лечения сколиоза:

а) корригирующий корсет ортопедический;

б) гипсовая кроватка;

в) набойка под каблук или ортопедическая стелька;

г) реклинатор.

26. Межпозвоночный диск, образовавший дефект в замыкающей пластинке позвонка и пролабировавший в тело позвонка, известен как:

а) выпячивание (выпадение) ядра диска;

б) дегенеративный диск с костной шпорой;

в) спондилолиз;

г) узел Шморля.

27. Термин «экструзия» обозначает патологию межпозвонкового диска:

а) начальную стадию формирования грыжи, когда происходит локальное или диффузное выпячивание дегенеративно изменённого фиброзного кольца без

нарушения его целостности;

б) вариант грыжи, когда через трещины в фиброзном кольце происходит смещение пульпозного ядра кнаружи без выхода за пределы фиброзного кольца;

в) выход пульпозного ядра через дефект фиброзного кольца за его пределы;

г) отделение грыжевого фрагмента от диска с миграцией его за пределы межтелового промежутка;

28. Термин «протрузия» обозначает патологию межпозвонкового диска:

а) начальную стадию формирования грыжи, когда происходит локальное или диффузное выпячивание дегенеративно изменённого фиброзного кольца без нарушения его целостности;

б) вариант грыжи, когда через трещины в фиброзном кольце происходит смещение пульпозного ядра кнаружи без выхода за пределы фиброзного кольца;

в) выход пульпозного ядра через дефект фиброзного кольца за его пределы;

г) отделение грыжевого фрагмента от диска с миграцией его за пределы межтелового промежутка;

29. К абсолютным показаниям оперативного лечения остеохондроза относят:

а) компрессию позвоночной артерии;

б) часто рецидивирующий болевой синдром;

в) наличие нестабильности позвоночного сегмента;

г) неэффективность консервативного лечения.

30. К относительным показаниям оперативного лечения остеохондроза относят:

а) неэффективность консервативного лечения;

б) компрессионную миелопатию;

в) синдром конского хвоста с клинической картиной сдавления дурального мешка или корешка;

в) компрессию позвоночной артерии;

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии

для студентов VI курса лечебного факультета по теме

по теме **«**Сколиоз. Остеохондроз позвоночника»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 – б  2 – б  3 – а  4 – а  5 – б  6 – г  7 – б  8 – б | 9 – б  10 – в  11 – б  12 – а  13 – а  14 – б  15 – а  16 – б | 17 – в  18 – в  19 – в  20 – в  21 – г  22 – г  23 – г  24 – б | 25 – в  26 – г  27 – б  28 – б  29 – а  30 – а |

### К модулю 6: Тестовые задания № 28 по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета по теме

**«Эндопротезирование крупных суставов»**

1. Одна из первых попыток замены сустава в мировой практике была предпринята:

а) Willes; в) Smith-Peterson;

б) Gluck, ом; г) A.Moore.

2. В России пионером эндопротезирования крупных суставов был:

а) М.В.Волков; в) И.А.Мовшович;

б) К.М. Сиваш; г) С.В.Вирабов.

3. У больных с коксартрозом III стадии в сочетании с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника показаны:

а) деторсионно-варизирующая остеотомия бедра;

б) артродез тазобедренного сустава;

в) эндопротезирование сустава;

г) остеотомия по Мак-Маррею.

4. Наиболее приемлемой операцией при диспластической коксартрозе I, II стадии с дефицитом покрытия головки у лиц молодого возраста является:

а) эндопротезирование сустава;

б) деторсионно-варизирующая остеотомия;

в) остеотомия по Хиари;

г) правильно б) и в).

5. При коксартрозе III стадии с обеих сторон предпочтительнее:

а) двустороннее эндопротезирование;

б) операция Мак-Маррея с обеих сторон;

в) артродез на одном суставе, на другом – эндопротезирование;

г) вначале произвести операцию эндопротезирования с одной стороны, а при благоприятном исходе произвести эндопротезирование другого сустава.

6. У больного 50 лет с двусторонним коксартрозом III стадии, резким болевым синдромом и ограничением движений в тазобедренных суставах (приводяще-сгибательная контрактура в сагитальной плоскости в пределах 160-100°, ротационных движения нет, отведение бедер отсутствует). Больному показаны:

а) остеотомия по Мак-Маррею с обеих сторон и регулярная консервативная терапия 2 раза в году, включая грязелечение;

б) артропластика с обеих сторон;

в) эндопротезирование двухполюсным протезом с одной стороны и вторым этапом - артродезирование второго сустава;

г) двустороннее эндопротезирование.

7. Операцией выбора при пателло-феморальном артрозе II-III стадии является:

а) операция Банди;

б) эндопротезирование коленного сустава;

в) артродез коленного сустава;

г) артропластика коленного сустава.

8. У молодых лиц 24 - 40 лет с деформирующим артрозом коленного сустава I-II стадии и нестабильностью сустава показана операция:

а) эндопротезирование коленного сустава;

б) артродез коленного сустава;

в) высокая корригирующая остеотомия большеберцовой кости;

г) стабилизирующая операция на коленном суставе с восстановлением связочного аппарата.

9. Для лечения ложных суставов костей с укорочением сегмента конечности применяются:

а) костная пластика; в) ЧКДО;

б) внутрикостный остеосинтез; г) эндопротезирование.

10. Абсолюным противопоказанием к тотальному эндопротезированию является:

а) прогрессирующий остеопороз различного генеза;

б) ВИЧ – инфекция;

в) ожирение III степени;

г) гормональная остеопатия.

11. Относительным противопоказанием к тотальному эндопротезированию является:

а) печёночная недостаточность II – III степени;

б) психические заболевания;

в) гемипарез на стороне планируемой операции;

г) обострение или декомпенсация хронических соматических заболеваний.

12. Показания к эндопротезированию тазобедренного сустава:

а) латеральный перелом шейки бедра;

б) односторонний деформирующий артроз тазобедренного сустава II степени при анкилозе противоположного тазобедренного сустава;

в) двусторонний деформирующий артроз I – II степени;

г) невозможность самостоятельного передвижения.

13. Показания к эндопротезированию коленного сустава:

а) остеоартроз, поддающийся консервативному лечению;

б) первичный артродез коленного сустава в функциональном выгодном положении;

в) двусторонний деформирующий артроз I – II степени;

г) неправильно сросшиеся переломы мыщелков бедренной и большеберцовой костей.

14. Показатель отбора для эндопротезирования - расчет региональной потребности в эндопротезировании взрослого населения [Москалев В.П.,2001]:

а) 12 на 10.000 взрослого населения;

б) 20 на 10.000 взрослого населения;

в) 27 на 10.000 взрослого населения;

г) 35 на 10.000 взрослого населения.

15. Показатель отбора для эндопротезирования при остеоартрозе (ОА) - расчет региональной потребности в эндопротезировании [Москалев В.П.,2001]:

а) 560 на 10.000 больных ОА;

б) 660 на 10.000 больных ОА;

в) 760 на 10.000 больных ОА;

г) 860 на 10.000 больных ОА.

16. Клиника синдрома имплантации костного цемента в периоперационном периоде:

а) гипоксия; легочной гипертензией и снижением сердечного выброса;

б) артериальная гипотония;

в) нарушения ритма и проводимости сердца (в том числе полной поперечной блокадой и остановкой синусового узла),

в) всё перечисленное;

17. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава сопряжено с опасными для жизни осложнениями:

а)синдромом  имплантации  цемента в костную ткань;

б) интраоперационной кровопотерей;

в) ТЭЛА;

г) всем перечисленным.

18. Чтобы уменьшить вред, обусловленныйсиндромом  имплантации костного цемента, применяют следующие подходы:

а)непосредственно перед введением цемента увеличивают FiO2; Введение глюкортикоидных гормонов;

б) поддерживают нормоволемию, основываясь на данных мониторинга ЦВД;

в) промывают канал бедренной кости антисептиком перед введением цемента;

г) правильно – а) и б).

19. Особенности системы тотального эндопротезирования ТС: ABG II Osteonics Howmedica Stryker (США):

а)бесцементная нож­ка протеза укорочена, в метафизарной части имеет по­крытие из гидроксилапатита и фиксируется по проксимальному типу;

б) длинная прямая ножка с пористым по­крытием на 5/8 длины обеспечивает опору на губчатую и кортикальную кость по всей поверхности имплантата, обеспечивает и облегчает правиль­ную его установку в бедренной кости. Шероховатая поверхность «порокоата» идеальна для обес­печения контакта с костным ложем и первичного его крепления по принципу плотной посадки;

в) ножка имеет усеченную форму во фронтальной плоскости, в сагиттальной

пло­скости ножка имеет отчетливое сужение книзу, что придает ей ко­ническую

форму. Ножка относится к имплантатам с метафизарным принци­пом крепления.

Горизонтальные борозды, идущие циркулярно на проксималь­ной части ножки.

г) ножка имеет прямоугольное поперечное сечение, отсутствует воротни­к, суживающаяся в проксимальном направлении клиновидная форма. Гидроксиапатитное покрыти­е в проксимальной части.

20. Неспецифическая профилактика флеботромбозов при эндопротезирование:

а)низкомолекулярный декстран;

б) ацетиловая кислота;

в) статическая эластическая компрессия нижних конечностей, возвышенное положение ног, лечебный дренирующий массаж;

г) всё перечисленное.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии

для студентов VI курса лечебного факультета по теме

по теме **«**Эндопротезирование крупных суставов»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. - б  2. - в  3. - в  4. - г  5. - г | 6. - г  7. - а  8. - г  9. - в  10.- б | 11. - г  12. - б  13. - г  14. - в  15. - г | 16. - г  17 - г  18. - г  19. - а  20. - в |

### К модулю 6: Тестовые задания № 29 по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета по теме

**по теме «Остеохондроз»**

1. Что относится к дегенеративным заболеваниям позвоночника:

а) остеохондроз

б) спондилез

в) спондилоартроз

г) спондилолистез

д) правильно - а, б, в

2. В основе остеохондроза лежит:

а) первичная патология пульпозного ядра

б) патологический процесс в фиброзном кольце и передней продольной связки

в) заболевания межпозвонковых суставов

г) смещение тел позвонков.

3. В основе спондилеза лежит:

а) первичная патология пульпозного ядра

б) патологический процесс в фиброзном кольце и передней продольной связки

в) заболевания межпозвонковых суставов

г) смещение тел позвонков

4. В основе спондилоартроза лежит:

а) первичная патология пульпозного ядра

б) патологический процесс в фиброзном кольце и передней продольной связки

в) заболевания межпозвонковых суставов

г) смещение тел позвонков.

5. В основе спондилолистеза лежит:

а) первичная патология пульпозного ядра

б) патологический процесс в фиброзном кольце и передней продольной связки

в) заболевания межпозвонковых суставов

г) смещение тел позвонков.

6. Этиология остеохондроза:

а) травмы (последствия переломов и повреждения связок)

б) микротравмы (сотрясения позвоночника, однотипные движения, длительное вынужденное положение и т.д.);в) заболевания межпозвонковых суставов

в) аномалии развития {незаращение дужек, люмбализация, сакрализация, тропизм суставных отростков и др.), вызываю­щие нестабильность позвоночника;

г) ревматоидное поражение и сосудистые нарушения (изменения трофики диска вслед­ствие нарушении микроциркуляции).

д) правильно все вышеуказанное

7. Что располагается в центре межпозвонкового диска:

а) тело позвонка

б) фимброзное кольцо

в) полость Лушки

г) пульпозное ядро.

8. Дегенерация межпозвонкового диска начинается:

а) с уменьшения гидрофильности пульпозного ядра

б) с уплотнения тел позвонков

в) с появления остеофитов

г) со склероза межпозвонуовых суставов

9. Схема развития патогенеза развития межпозвонкового остеохондроза:

а) уменьшение гидрофильности пульпозного ядра – нарушение амортизации – уменьшение высоты межпозвонкового промежутка – перемещение пульпозного ядра – склероз замыкательных пластинок остеофитоз – дегенератив­ный процесс на телах смежных позвонков – уменьшение высоты межпозвонкового про­странства

б) нарушение амортизации – уменьшение высоты межпозвонкового промежутка – уменьшение гидрофильности пульпозного ядра – перемещение пульпозного ядра – склероз замыкательных пластинок остеофитоз – дегенератив­ный процесс на телах смежных позвонков – уменьшение высоты межпозвонкового про­странства

в) уменьшение высоты межпозвонкового про­странства – уменьшение гидрофильности пульпозного ядра – нарушение амортизации – уменьшение высоты межпозвонкового промежутка – перемещение пульпозного ядра – склероз замыкательных пластинок остеофитоз – дегенератив­ный процесс на телах смежных позвонков

г) дегенератив­ный процесс на телах смежных позвонков – уменьшение гидрофильности пульпозного ядра – нарушение амортизации – уменьшение высоты межпозвонкового промежутка – перемещение пульпозного ядра – склероз замыкательных пластинок остеофитоз – уменьшение высоты межпозвонкового про­странства

10. Фазы развития остеохондроза:

а) дебюта

б) обострения

в) начальная и нарастания

г) стационарная и регресс

д) правильно в, д

11. Сосудистые расстройства возникают чаще при остеохондрозе:

а) в результате нарушения сосудодвигательной иннервации

б) при механическом сдавление сосудов

в) при компрессии тел позвонков

г) при остеофитозе

12. В зависимости от фазы остеохонд­роза различают неврогенную патологию :

а) раздражение

б) компрессию

в) перерыв проводимости корешка

г) правильно все

13. Что лежит в основе болевого синдрома при остеохондрозе:

а) ирритация нервного корешка

б) нарушение кровообращения и ликвороциркуляции

в) отеком и фиброзом соединительнотканных мембран в окружности корешков

г) правильно все

14. Клиника синдрома позвоночной артерии:

а) головная боль, иррадиирующая от затылка в теменно-височную область, головокружение, тошнота

б) боли в шее, в области надплечья и межлопаточной области. Исчезают при вытяжении

в) корешковый синдром по всей руке, парастезии, болезненность

г) правильно все

15. Гиперлордоз характеризуется:

а) избыточным изгибом позвоночника вперед на всех уровнях;

б) избыточным искривлением позвоночника назад в области шеи и поясницы;

в) избыточным изгибом позвоночника вперед в области шеи и поясницы, грудной отдел выгибается назад;

г) уплощение изгиба в грудном отделе позвоночника.

16. Межпозвоночный диск, образовавший дефект в замыкающей пластинке позвонка и пролабировавший в тело позвонка, известен как:

а) выпячивание (выпадение) ядра диска;

б) дегенеративный диск с костной шпорой;

в) спондилолиз;

г) узел Шморля.

17. Термин «экструзия» обозначает патологию межпозвонкового диска:

а) начальную стадию формирования грыжи, когда происходит локальное или диффузное выпячивание дегенеративно изменённого фиброзного кольца без

нарушения его целостности;

б) вариант грыжи, когда через трещины в фиброзном кольце происходит смещение пульпозного ядра кнаружи без выхода за пределы фиброзного кольца;

в) выход пульпозного ядра через дефект фиброзного кольца за его пределы;

г) отделение грыжевого фрагмента от диска с миграцией его за пределы межтелового промежутка;

18. Термин «протрузия» обозначает патологию межпозвонкового диска:

а) начальную стадию формирования грыжи, когда происходит локальное или диффузное выпячивание дегенеративно изменённого фиброзного кольца без нарушения его целостности;

б) вариант грыжи, когда через трещины в фиброзном кольце происходит смещение пульпозного ядра кнаружи без выхода за пределы фиброзного кольца;

в) выход пульпозного ядра через дефект фиброзного кольца за его пределы;

г) отделение грыжевого фрагмента от диска с миграцией его за пределы межтелового промежутка;

19. К абсолютным показаниям оперативного лечения остеохондроза относят:

а) компрессию позвоночной артерии;

б) часто рецидивирующий болевой синдром;

в) наличие нестабильности позвоночного сегмента;

г) неэффективность консервативного лечения.

20. К относительным показаниям оперативного лечения остеохондроза относят:

а) неэффективность консервативного лечения;

б) компрессионную миелопатию;

в) синдром конского хвоста с клинической картиной сдавления дурального мешка или корешка;

в) компрессию позвоночной артерии;

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии

для студентов VI курса лечебного факультета

по теме **«**Остеохондроз позвоночника»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 – д  2 – а  3 – б  4 – в  5 – г | 6 – д  7 – в  8 – а  9 – а  10 – д | 11 – а  12 – г  13 – г  14 – а  15 – в | 16 – г  17 – б  18 – б  19 – а  20 – а |

### К модулю 6: Тестовые задания № 30 по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета по теме

**« Остеопороз и остеопения в травматологии и ортопедии»**

1. Основное осложнение при остеопорозе:

а) перелом;

б) сердечно-сосудистая патология;

в) деструктивно-дистрофические заболевания (артроз, остеохондроз);

г) хроническая почечная недостаточность.

2. Наиболее часто при остеопорозе встречаются переломы:

а) перелом шейки бедра;

б) перелом диафиза бедра;

в) перелом костей голени;

г) перелом плечевой кости.

3. Механизм получения переломов при остеопорозе:

а) минимальная травма;

б) дорожно-транспортная;

в) падение с высоты;

г) спортивная травма.

4. Костная ткань при остеопорозе становится:

а) склерозированной;

б) пористой;

в) с кистовидной перестройкой;

г) не изменяется.

5. Ежегодно обновляется костная масса на:

а) 1 – 2 %;

б) 4 – 10;

в) 11 – 15%;

г) не обновляется.

6. Костная ткань состоит из компонентов:

а) клеток;

б) минеральных веществ;

в) органического матрикса (межклеточного вещества);

г) из всех перечисленных.

7. Понятие ремоделирование костной ткани включает:

а) резорбцию (рассасывание) костной ткани и замещение ее новой тканью (новое костеобразование);

б) склерозирование костной ткани;

в) резорбцию (рассасывание) костной ткани;

г) новое костеобразование.

8. Типы остеопении костной ткани:

а) остеопороз;

б) остеомаляция;

в) фиброзно-кистозный остит;

г) все перечисленное.

9. В классификации остеопороза различают:

а) первичный остеопороз (постклимактерический, сенильный);

б) первичный остеопороз (идиопатический, ювенильный);

в) вторичный остеопороз (эндокринные нарушения, ревматические заболевания);

г) все перечисленное.

10. Методы диагностики при остеопорозе:

а) рентгенография;

б) компьютерная томография;

в) денситометрия;

г) все перечисленное.

Ответы на тестовые задания по травматологии, ортопедии

для студентов VI курса лечебного факультета

по теме **«**ОСТЕОПОРОЗ. ОСТЕОПЕНИЯ»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 – а  2 – а  3 – а  4 – б  5 – б | 6 – г  7 – а  8 – г  9 – г  10 – г | 11 –  12 –  13 –  14 –  15 – | 16 –  17 –  18 –  19 –  20 – |

### ИТОГОВЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ № 31

### по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета

1 . Контрактура называется:

а) по тому движению, которое сохранено;

б) по тому движению, которое утрачено;

в) по возможности активных движений;

г) по возможности пассивных движений.

2. Ригидность сустава, это:

а) полное отсутствие движений; в) движения в пределах 10º;

б) движение в пределах 3-5º; г) движения в пределах 90º.

3. Анатомическая длина верхней конечности измеряется:

а) от головки плеча до кончика III-го пальца;

б) от головки плеча до головки локтевой кости;

в) от акромиального отростка лопатки до кончика III-го пальца;

г) от акроминального конца ключицы до кончика III-го пальца.

4. Сколько шин Крамера необходимо наложить при переломе голени:

а) одну; в) три;

б) две; г) четыре.

5. Какую часть шины Дитерихса прибинтовывают первой:

а) наружную; в) «Стопу»;

б) внутреннюю; г) наружную и внутреннюю.

6. Опасность наложения циркулярных гипсовых повязок в амбулаторных условиях:

а) происходит быстрое разрушение повязки;

б) возникают затруднения в передвижении больного;

в) возможно сдавление конечности вследствие отёка.

г) формирование контрактур суставов.

7. Для уменьшения отёка конечности в гипсовой повязке необходимо:

а) назначить сосудистые препараты;

б) придать конечности возвышенное положение;

в) рассечь повязку;

г) ходьба на костылях.

8. При растяжении связок происходит:

а) обширный кровоподтёк;

б) умеренное усиление боли при попытке осторожно повторить механизм травмы;

в) резкое нарушение функции сустава;

г) гиперемия сегмента конечности.

9. Для разрыва связок характерно:

а) умеренные боли; в) нестабильность сустава;

б) нарушение контуров сустава; г) отек тканей.

10. При разрыве вращательной манжеты плеча нарушается:

а) приведение плеча; в) сгибание плеча;

б) отведение плеча; г) сгибание предплечья.

11. При разрыве сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча:

а) отсутствует активное сгибание предплечья;

б) резко снижается тонус двуглавой мышцы плеча;

в) образуется округлый мышечный желвак на плече при активном сгибании предплечья;

г) нарушение разгибания предплечья.

12. Застарелым называют вывих давностью до:

а) 3 дней; в) более 3 недель;

б) 3 недель; г) более 4 недель.

13. Назовите два достоверных признака диафизарного перелома.

а) боль; в) крепитация;

б) гемартроз; г) патологическая подвижность.

14. Меняются ли биохимические показатели крови при переломах?

а) да; в) незначительно;

б) нет; г) значительно.

15. Компрессионный перелом тела позвонка происходит при:

а) падении на спину;

б) избыточном сгибании позвоночника;

в) напряжении мышц спины;

г) избыточном разгибании позвоночника.

16. Симптом «прилипшей пятки» возникает при переломе позвоночника:

а) в шейном отделе; в) в поясничном отделе;

б) в грудном отделе; г) при вывихе позвонков.

17. Положительный симптом Габая при переломе костей таза определяется:

а) деформацией таза;

б) нарушением функций таза;

в) поддержкой «здоровой» ногой больную при перемещении тела;

г) в положении лежа невозможность приподнять ноги от горизонта.

18. Симптом Ларрея — боль в месте перелома костей таза при:

а) разведении крыльев подвздошных костей;

б) сжатии крыльев подвздошных костей;

в) ощупывании крыльев подвздошных костей;

г) при ходьбе на костылях.

19. К сочетанным повреждениям относят:

а) переломы плечевой кости и костей голени;

б) перелом плечевой кости и разрыв печени;

в) разрывы печени и селезёнки;

г) перелом шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга.

20. Ведущие признаки в клинической картине политравмы:

а) признаки переломов костей;

б) признаки повреждения внутренних органов;

в) признаки шока;

г) признаки кровотечения.

21. Выберите показания для оперативного лечения больного в состоянии шока:

а) открытые переломы костей;

б) продолжающееся кровотечение в полость;

в) переломы с большим смещением отломков;

г) переломы костей таза.

22. Деформирующий артроз (ДА) развивается из-за нарушения трофики:

а) связочного аппарата; в) суставного хряща;

б) капсулы сустава; г) околосуставных тканей.

23. Базисная терапия остеоартроза включает:

а) хондропротенторы, сосудистые препараты, витаминотерапия, физиотерапия;

б) хондропротекторы, НПВП, сосудистые препараты, физиотерапия;

в) хондропротекторы, гормональная терапия, физиотерапия, иммобилизация;

г) хондропротекторы, гормональная терапия, сосудистые препараты, физиотерапия.

24. Число клинических стадий остеохондропатий:

а) 3. б) 4. в) 5. в) 6.

25. Ведущий фактором в лечении остеохондропатий:

а) антибиотикотерапия; в) оперативное лечение;

б) исключение нагрузки; г) физиотерапия.

26. Лечение пациентов с остеохондропатией:

а) консервативно; в) в лечении нет необходимости;

б) оперативно; г) медикаментозное.

27. После удаления доброкачественной опухоли применяют:

а) химиотерапию; в) в специальном лечении нет необходимости;

б) лучевую терапию; г) физиотерапию.

28. Злокачественные опухоли отличаются от доброкачественных:

а) быстрым ростом;

б) выраженным болевым синдромом;

в) изменением окраски кожи над опухолью;

г) повышением температуры тела.

29. «Особенностью» ожогового шока является:

а) медленное снижение АД; в) учащение пульса;

б) резкое понижение АД; г) является интоксикацией организма.

30. Первая медицинская помощь при ожогах включает:

а) асептическую повязку;

б) обезболивание;

в) удаление остатков несгоревшей зажигательной смеси;

г) все перечисленное.

31. Методом «ладони» определяют:

а) глубину ожога; в) тяжесть состояния пострадавшего;

б) площадь ожога; г) объём плазмопотери.

32. Для ожога 1-ой степени характерно:

а) наличие струпа;

б) гиперемия и отечность кожи;

в) наличие напряженных пузырей с серозным содержимом;

г) наличие напряженных пузырей с геморрагическим содержимым.

33. Признак, характеризующий ранний (начальный) период син­дрома длительного сдавления:

а) прогрессирующий травматический отек конечностей и кро­воизлияния в ткани конечности;

б) острая почечная недостаточность;

в) травматический неврит, контрактуры суставов конечностей;

г) образования участков некроза кожи, мышц.

34. Выделите основные патологические проявления промежуточ­ного периода синдрома длительного сдавления:

а) острая почечная недостаточность;

б) прогрессирующий травматический отек конечности;

в) некроз кожи и мышц конечности;

г) острая печеночная недостаточность.

35. Выберите комбинированное повреждение:

а) перелом бедра, голени и предплечья;

б) огнестрельное ранение черепа и живота;

в) ожог ‌‌‌ІІ-ой степени лица, передний поверхности груди, живо­та и правого бедра;

г) огнестрельное ранение грудной клетки и поражение прони­кающей радиацией в дозе 200 рентген.

36. Первая медицинская помощь включает:

а) окончательную остановку кровотечения;

б) транспортную иммобилизацию подручными средствами;

в) блокаду переломов;

г) наложение трахеостомы.

37. При массовом поступлении пострадавших на этапе врачебной помощи  
необязательно:

а) временная остановка кровотечения;

б) плевральная пункция при клапанном пневмотораксе;

в) трансфузионная терапия при шоке;

г) заполнение первичной медицинской карты.

38. Мероприятия при оказании первой врачебной помощи включают:

а) транспортную иммобилизацию подручными средствами;

б) трансфузионную терапию;

в) введение столбнячного анатоксина;

г) первичную хирургическую обработку раны.

39. На этапе оказания первой врачебной помощи производится:  
а) первичная хирургическая обработка раны;

б) окончательная остановка кровотечения;

в) операции по поводу анаэробной инфекции;

г) транспортную ампутацию конечности, висящей на кожном лоскуте.

40. На этапе квалифицированной помощи по жизненным показаниям следует немедленно производить:

а) первичную хирургическую обработку раны;

б) декомпрессионную трепанацию черепа;

в) окончательную остановку кровотечения;

г) остановку внутрибрюшного кровотечения.

41. Первичная хирургическая обработка огнестрельной раны представляет собой:

а) промывание раны антисептиками;

б) наложение асептической повязки;

в) обкалывание раны антибиотиками;

г) оперативное вмешательство с иссечением нежизнеспособных тканей и рассечением раневого канала.

42. Под микрофлорой огнестрельной раны понимают:

а) первичное микробное загрязнение;

б) вторичное микробное загрязнение;

в) микробы, прошедшие отборочный рост в ране;

г) сапрофиты.

43. При первичной хирургической обработке огнестрельной раны преследуется цель:  
а) остановить кровотечение;

б) произвести остеосинтез в случае огнестрельного перелома конечности:

в) предупредить развитие раневой инфекции;

г) добиться заживления раны первичным натяжением.

44. Под микрофлорой огнестрельной раны понимают:

а) первичное микробное загрязнение;

б) вторичное микробное загрязнение;

в) микробы, прошедшие отборочный рост в ране;

г) сапрофиты.

45. На этапе первой врачебной помощи кровотечение останавливают:

а) наложением жгута, наложением зажима на сосуд в ране, тампонадой раны;

б) шунтированием сосуда;

в) пластикой сосуда;  
г) сосудистым швом.

Ответы на **ИТОГОВЫЕ Т**ЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

по травматологии, ортопедии для студентов VI курса лечебного факультета

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 – а  2 – б  3 – а  4 – в  5 – в  6 – в  7 – б  8 – б  9 – в | 10 – б  11 – в  12 – в  13 – г  14 – а  15 – б  16 – в  17 – в  18 – а | 19 – б  20 – в  21 – б  22 – в  23 – б  24 – в  25 – б  26 – а  27 – в | 28 – а  29 – а  30 – г  31 – б  32 – б  33 – а  34 – а  35 – г  36 – б | 37 – г  38 – б  39 – г  40 – г  41 – г  42 – в  43 – в  44 – в  45 – а |

**СитуационнЫЕ задачИ (КейсЫ)по травматологии, ортопедии.**

Задача № 1

Больной 25 лет получил автодорожную травму. Доставлен бригадой скорой помощи на приёмное отделение больницы в тяжелом состоянии. Сознание сохранено. Жалобы на боли в области таза и поясничном отделе позвоночника. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. На правой голени повязка окрашенная кровью. Пульс 110 в минуту, АД = 80/60 мм рт.ст. В анализах крови: эритроциты = 2,8 \* 1012/л, гемоглобин = 76 г/л. В анализах мочи: эритроциты до 50 в поле зрения. Осевая нагрузка на кости таза болезненна. Положительный симптом «прилипшей пятки». Пальпация в проекции Th-12 грудного позвонка болезненна. Патологическая подвижность в средней трети голени правой голени, отек и деформация тканей, локальная болезненность.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо выполнить диагностические манипуляции?
3. Наиболее рациональный вариант неотложной специализированной помощи в последовательности.
4. Что такое синдром взаимного отягощения и **«**Damage control»?
5. В чем патогенез похолодания кожных покровов при тяжелой травме?

6) Что такое типичное положение Волковича?

Ответы на вопросы:

1. Тяжелая сочетанная травма. Перелом костей таза (переднего полукольца). Перелом L-2 поясничного позвонка. Закрытый поперечный перелом правой голени в средней трети со смещением. Ушиб почек и мочевого пузыря. Травматический шок I ст.
2. Rg-графия грудопоясничного отдела позвоночника, правой голени. Обзорная Rg-графия таза. УЗИ почек и мочевого пузыря.
3. Противошоковая инфузионная терапия. Гемотрансфузия. Внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову-Селиванову. Новокаиновая блокада перелома правой голени. Положение больного на щите в положение по Волковичу. Валик под поясничный отдел позвоночника. Скелетное вытяжение за пяточную кость правой стопы.
4. **«**Damage control» - объем медицинской помощи в зависимости от состояния пациента.
5. Реакция «централизация кровообращения» в результате периферического вагоспазма вследствие выброса в кровь гормонов коры надпочечников (адреналин и норадреналин) при шоке.
6. Лежа на спине, на щите. Ноги сгибаются в коленных и тазобедренных суставах под углом 1400 . Колени разводятся, бедра ротируются кнаружи, стопы сближаются.

Задача № 2

Мужчина 68 лет поскользнулся на тротуаре и упал назад на вытянутую руку, почувствовал резкую боль в области правого плечевого сустава. Больной поддерживает руку за локоть в приведенном положении, головка плечевой кости не смещена, вращательные движения за локоть передаются на головку, пальпация в области хирургической шейки резко болезненна.

Вопросы:

1. Какое следует выполнить рентгенологическое исследование, в какой проекции.

2. Укажите диагноз повреждения.

3. Что влияет на выбор метода лечения.

4. Оптимальный способ лечебной иммобилизации.

5. Данный перелом относится к внесуставному или внутрисуставному повреждению.

Ответы:

1. Рентгенография плеча в прямой и боковой проекциях.
2. Перелом хирургической шейки плечевой кости.
3. Степень смещения отломков.
4. Лангетная гипсовая повязка по Волковичу.
5. Перелом внесуставной.

Задача № 3

Больная 40 лет упала дома, при падении ударилась разогнутой кистью. Больная жалуется на боль при движении в лучезапястном суставе. Отмечается припухлость в дистальной трети предплечья, ограничение движения в лучезапястном суставе. Давление на дистальную часть лучевой кости резко болезненно.

Вопросы:

1. Какое следует выполнить рентгенологическое исследование, в какой проекции.

2. Укажите диагноз повреждения.

3. Вид обезболивания перед репозицией.

4. Длина глубокой лангетной повязки для иммобилизации.

5. Какое возможно осложнение ввиду патологии нервов, приводящее к длительному лечению.

Ответы:

1. Рентгенография лучезапястного сустава в прямой и боковой проекции.
2. Разгибательный перелом лучевой кости в типичном месте (перелом Коллиса).
3. Местное обезболивание Sol.Novocaini 1-2% 20 мл.
4. Глубокая лангетная гипсовая повязка от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава (или циркулярная гипсовая повязка, разрезанная по всей длине).
5. Синдром запястного канала.

Задача № 4

Больная 72 лет доставлена с улицы после падения на левый бок.Жалуется на боль в паховой области. Нога в положении неполной наружной ротации, укорочена на 2 см. Попытка вывести в нормальное положение сопровождается болью в тазобедренном суставе. Расстройств чувствительности нет, но больная не может приподнять ногу на кушетке.

Вопросы:

1. Вид обезболивания и иммобилизации при оказании первой врачебной помощи.

2. Полный диагноз повреждения.

3. Лечебные манипуляции, которые необходимо выполнить после подтверждения диагноза в лечебном учреждении.

4. Окончательный метод лечения данной больной при условии ее удовлетворительного состояния.

5. Какова анатомическая особенность данной локализации повреждения, влияющая на консолидацию перелома.

Ответы:

1. Общее обезболивание анальгетиками, транспортная иммобилизация шиной Дитерихса.
2. Аддукционный (варусный) медиальный перелом шейки бедренной кости.
3. Местное обезболивание тазобедренного сустава и наложение скелетного вытяжения за голень или бедро, как подготовительный этап к оперативному лечению.
4. Операция остеосинтеза шейки бедренной кости или операция эндопротезирования.
5. Отсутствие надкостницы в области шейки бедренной кости и при переломе резко нарушается кровоснабжение головки бедра.

Задача № 5

Больной при автодорожной травме получил повреждение правого плечевого сустава. Жалобы на боли в плечевом суставе, отсутствие движений в нем, онемения в пальцах кисти. Пассивные движения пружинят. Активное отведение I пальца резко ограничено. Пульс на лучевой артерии поврежденной конечности ослаблен по сравнению со здоровой.

Вопросы:

1.При осмотре необходимо выполнить пальпацию плечевого сустава с определением положения головки плечевой кости. Что это дает?

2. Какое следует выполнить рентгенологическое исследование, в какой проекции.

3. Укажите диагноз повреждения.

4. Лечебные манипуляции, которые необходимо выполнить после подтверждения диагноза в лечебном учреждении.

5.Чем объясняется нарушение функции кисти.

Ответы:

1. Анатомическое положение головки плечевой кости, ее смещение кпереди или кзади от плечевого сустава.
2. Рентгенологическое исследование плечевого сустава в двух проекциях.
3. Передний вывих плечевой кости.
4. Введение новокаина в полость плечевого сустава и вправление вывиха плеча.
5. Сдавление лучевого нерва.

Задача № 6

У больного с косым переломом плеча в средней трети отсутствует активное тыльное сгибание кисти и отведение большого пальца. Пульсация на лучевой артерии отчетливая. По данным рентгенограмм имеется небольшое смещение отломков в сторону и под углом. С момента травмы прошло 2 часа.

Вопросы:

1. Назовите сопутствующее перелому повреждение /1/,

2. наиболее вероятный его характер и почему/2/,

3. перечислите лечебные мероприятия /3/.

4. Как проверить состояние сосудисто-нервного пучка /4/.

Ответы на вопросы:

1. Повреждение лучевого нерва.

2. Ушиб. Лучевой нерв огибает плечевую кость.

3. Местное обезболивание, иммобилизация плеча на отводящей шине (скелетное вытяжнение), операция –металлоостеосинтез, ревизия лучевого нерва, физиотерапия, витаминотерапия.

4. Пальпация лучевой артерии, топика лучевого, срединного и локтевого нервов.

Задача № 7

При падении на согнутый локоть больной почувствовал резкую боль в нижнем отделе плеча. Область локтевого сустава увеличена в объеме. Ось плеча внизу отклонена кпереди. На задней поверхности плеча соответственно вершине угла этого искривления прощупывается конец костного отломка. Движения в локтевом суставе резко болезненны и невозможны из-за боли.

Вопросы:

1.Назовите наиболее вероятный диагноз повреждения /1/,

2. Способ обезболивания /2/,

3. Последовательность лечебных мероприятий /3/.

4. Как проверить состояние сосудисто-нервного пучка /4/.

Ответы на вопросы:

1. Сгибательный надмыщелковый перелом лучевой кости.

2. Местное.

3. Одномоментное вправление отломков, иммобилизация гипсовой повязкой.

4. Пальпация лучевой артерии, топика лучевого, срединного и локтевого нервов.

Задача № 8

Юноша при попытке прыжка с высоты на слегка согнутые ноги почувствовал боль в колене. Жалуется на то, что голень “не слушается” при попытке идти. При пальпации ниже надколенника - выраженная болезненность и припухлость. Определяется западение мягких тканей. Разгибание голени резко ослаблено. Контуры коленного сустава правильные.

Вопросы:

1. Укажите предположительный диагноз повреждения /1/,

2. Рентгенологический признак этого повреждения /2/,

3. Способ его клинического выявления /3/,

4. Ожидаемый результат /4/,

5. Какой метод лечения данного повреждения Вы примените /5/,

6. Какова срочность его выполнения /6/.

Ответы на вопросы:

1. Разрыв собственной связки надколенника.

2. Высокое состояние надколенника.

3. Попытка больного поднять выпрямленную ногу.

4. Невозможность поднять ногу.

5. Оперативное восстановление связки.

6. В первые 1-5 дней.

Задача № 9

Мужчина 48 лет поскользнулся на тротуаре и упал назад на вытянутые руки. Почувствовал резкую боль в области правого плечевого сустава. Больной поддерживает руку за локоть в приведенном положении. Головка плеча не смещена. Вращательные движения за локоть передаются на головку. Пальпация в области хирургической шейки резко болезненна. Доставлен бригадой скорой помощи через 3 часа после травмы.

Вопросы:

1. Назовите диагноз повреждения /1/,

2. Способ его подтверждения /2/,

3. Специфическое для данного повреждения рентгенографическое исследование /3/,

4. Способ иммобилизации /4/,

5. Сроки начала активных движений в плечевом суставе /5/.

Ответы на вопросы:

1. Вколоченный перелом хирургической шейки плеча.

2. Рентгенография.

3. Рентгенография в аксиальном направлении.

4. Косынка - змейка с валиком.

5. с 4-5 дня.

Задача № 10

Больная 68 лет упала на локоть, почувствовала резкую боль в плечевом суставе. Сустав увеличен в объеме, поколачивание по локтю вызывает боль в плечевом суставе. Пассивные движения в плечевом суставе болезненны, но возможны. При вращении плеча ощущается костная крепитация, при этом большой бугорок движется вместе с плечом. Головка плеча пальпаторно определяется на обычном месте. Доставлен бригадой скорой помощи через 3 часа после травмы.

Вопросы:

1. Укажите диагноз повреждения /1/,

2. Метод его лечения у данной больной /2/,

3. Способ иммобилизации /3/,

4. Сроки начала активных движений в плечевом суставе с учетом избранного метода лечения /4/.

Ответы на вопросы:

1. Перелом анатомической шейки плеча.

2. Консервативный

3. Косынка - змейка с валиком.

4. с 10-го дня.

Задача № 11

Больной 22 лет доставлен после аварии автомашины. Жалуется на боль в тазобедренном суставе. Нога в положение сгибания, приведения и внутренней ротации. Движения в суставе невозможны, пружинят и попытки вызывают резкие боли в суставе. Имеется ее значительное относительное укорочение. Большой вертел расположен высоко над резернелатоновской линией. Выявляются выраженный лордоз. Доставлен бригадой скорой помощи через 2 часа после травмы.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный диагноз повреждения /1/,

2. Укажите способ его подтверждения /2/,

3. Перечислите всю последовательность лечебных мероприятий /3/.

4. Окончательная диагностика на основании какого обследования /4/.

Ответы на вопросы:

1. Закрытый перелом бедренной кости в средней трети.

2.Определение характера перелома.

3. Обезболивание места перелома, скелетное вытяжение, при необходимости - операция остеосинтеза бедренной кости не ранее второй недели после травмы.

4. Рентгенография в двух проекциях.

Задача № 12

Больной 52 лет получил травму бедра при аварии автомашины. Состояние при поступлении удовлетворительное. Нога иммобилизована шиной Дитерихса. Имеется нерезкая деформация в средней трети бедра, пальпация здесь болезненна, при этом выявляется патологическая подвижность кости. Расстройств иннервации и кровообращения на конечности нет. Доставлен бригадой скорой помощи через 2 часа после травмы.

Вопросы:

1. Укажите диагноз повреждения /1/,

2. Назовите цель рентгенологического исследования /2/

3. и как его правильно выполнить /3/,

3. Перечислите последовательно мероприятия /4/

Ответы на вопросы:

1. Закрытый перелом бедренной кости в средней трети.

2.Определение характера перелома.

3. Рентгенография в двух проекциях и с захватом коленного или тазобедренного сустава.

4. Обезболивание места перелома, скелетное вытяжение, при необходимости - операция остеосинтеза бедренной кости не ранее второй недели после травмы.

Задача № 13

Больному придавило ногу тяжестью. Имеется резкая деформация в нижней трети бедра. Стопа бледная, пульсация ее сосудов отсутствует. При рентгенографии выявлен надмыщелковый перелом бедра со значительным смещением дистального отломка кзади и кверху. Припухлость по задней поверхности бедра в подколенной области нерезкая. Доставлен бригадой скорой помощи через 1 час после травмы.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный диагноз повреждения /1/,

2. Назовите неотложное вмешательство и его цель /2/,

3. Способ иммобилизации перелома /3/,

4. Назовите возможное осложнение перелома, которое следует иметь в виду в первые дни лечения /4/.

Ответы на вопросы:

1. Закрытый надмыщелковый перелом бедра со смещением отломков и сдавлением подколенной артерии.

2. Операция открытого вправления отломков и ревизии сосудов подколенной области.

3. Фиксация с помощью металлоконструкций, гипсовая иммобилизация.

4. Тромбоз подколенной артерии.

Задача № 14

Больной доставлен после падения с высоты. Жалуется на боль в тазобедренном суставе. Нога в положении небольшого отведения и наружной ротации. Под пупартовой связкой видна ограниченная припухлость, при пальпации здесь определяется плотное образование. Большой вертел не прощупывается. Дистальные отделы конечности цианотичны. Пульс на тыльной артерии стопы не прощупывается. Доставлен бригадой скорой помощи через 1 час после травмы.

Вопросы:

1. Назовите полный диагноз повреждения /1/,

2. Укажите основную цель /2/ и

3. срочность /3/ лечебных мероприятий.

4. Чем можно объяснить сосудистые расстройства и как исключить сосудистую патологию.

5. А также способ профилактики позднего осложнения, возможного при этом повреждении /5/.

Ответы на вопросы:

1. Надлонный вывих бедра.

2. Вправление вывиха.

3. Немедленно.

4. Сдавление бедренной артерии. УЗДГ сосудов и ангиография.

5. Скелетное вытяжение.

Задача № 15

Больной 60 лет упал на бок. Доставлен в удовлетворительном состоянии. Жалуется на боль в верхней трети бедра. Нога полностью разогнута, резко ротирована кнаружи, укорочена на 2 см. Давление на большой вертел резко болезненно. Неврологических и сосудистых расстройств на конечности нет. Доставлен бригадой скорой помощи через 1 час после травмы. Транспортная иммобилизация в одной лестничной шине Крамера до тазобедренного сустава.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз повреждения /1/,

2. Перечислите ожидаемые рентгенологические признаки /2/,

3. Укажите план дальнейшего лечения /3/,

4. Качество проводимой транспортной иммобилизации /4/.

Ответы на вопросы:

1. Межвертельный перелом бедра.

2. Внесуставное расположение перелома, уменьшение шеечно-диафизарного угла, клиновидная форма щели между отломками с основанием клина, обращенным к наружи.

3. Обезболивание, скелетное вытяжение до формирования костно-хрящевой мозоли, в последующем иммобилизация в гипсовой кокситной повязке до сращения перелома (4 месяца). Другой вариант – лечение оперативное.

4. Транспортная иммобилизация не соответствует уровню перелома бедренной кости (д.б. шина Дитерихса).

Задача № 16

Больной 42 лет упал, поскользнувшись на улице. Жалуется на умеренную боль в области тазобедренного сустава. Рассказывает, что после падения встал на ноги и даже прошел несколько шагов, но боль заставила обратиться за помощью. Объективно: область тазобедренного сустава без видимых изменений, нога в обычном положении. Пассивные движения в тазобедренном суставе умеренно болезненны. Поколачивание по пятке также слегка болезненно. При измерении длины конечности выявляется небольшое /0,5-1 см/ ее удлинение.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный диагноз повреждения /1/,

2. Укажите способ его подтверждения /2/,

3. Данные, которые при этом ожидаете получить /3/,

4. Назовите существенные лечебные манипуляции /4/.

5. В какой мере страдает кровообращение при данном виде перелома /5/.

Ответы на вопросы:

1. Абдукционный вколоченный перелом шейки бедра.

2. Рентгенография в двух проекциях.

3. Вколоченный перелом шейки бедра с увеличением шеечно-диафизарного угла.

4. Местное обезболивание, скелетное вытяжение с небольшим грузом.

5. Кровоснабжение в области медиальной шейки бедра при ее переломе нарушается полностью.

Задача № 17

Больной обратился с жалобами на боль в коленном суставе и невозможность полного разгибания голени. Полгода назад была травма сустава во время спортивных соревнований, по этому поводу была наложена на неделю задняя гипсовая лонгета, Постепенно боль прошла, но периодически сустав опухал, Объективно: в суставе определяется небольшое количество жидкости, попытка пассивного разгибания голени очень болезненна, давление на суставную щель кнутри от собственной связки надколенника также болезненно. В анамнезе блокады сустава.

Вопросы:

1. Назовите диагноз повреждения /1/,

2. Перечислите лечебные мероприятия в настоящее время /2/,

3. Способ радикального лечения /3/.

4. В следствии чего возникают блокады коленного сустава /4/.

5. Какие необходимо проверить клинические симптомы /5/.

Ответы на вопросы:

1. Разрыв внутреннего мениска, блокада коленного сустава.

2. Пункция сустава, аспирация выпота, обезболивание сустава, вправление мениска.

3. Менискэктомия.

4. Повреждения менисков, внутрисуставные тела.

5. Симптом Байкова.

Задача № 18

Пожилой мужчина поскользнулся на улице и упал на согнутое колено. С трудом дошел до поликлиники, при этом испытывал сильную боль в колене при вынесении голени вперед. Коленный сустав утолщен, определяется наличие жидкости в суставе. Попытка обнаружить симптом “баллотирования надколенника” вызывает резкую боль. Поднять выпрямленную ногу больной не может.

Вопросы:

1. Укажите диагноз повреждения /1/,

2. Последовательность диагностических и лечебных мероприятий /2/.

3. Сроки иммобилизации /3/.

4. На что указывает Симптом “баллотирования надколенника”.

5. Возможные осложнения в позднем периоде травмы.

Ответы на вопросы:

1. Перелом надколенника.

2. Рентгенография сустава, операция сшивания надколенника, пункция сустава, удаление крови из полости сустава, иммобилизация гипсовым тутором.

3. 2 месяца.

4. На наличие крови в полости коленного сустава.

5. Артроз коленного сустава.

Задача № 19

Больной 15 лет при ударе по мячу почувствовал резкую боль в области верхнего конца голени спереди. При попытке идти не мог вынести ногу вперед. Пальпация в области метафиза большеберцовой кости спереди очень болезненна, при этом обнаруживается подвижность костного фрагмента. Надколенник располагается ненормально высоко. Бугристость большеберцовой кости на здоровой ноге в сравнении неестественно велика. Активные движения в коленном суставе невозможны.

Вопросы:

1. Назовите диагноз повреждения /1/,

2. Метод лечения /2/,

3. Срочность этого лечебного мероприятия /3/,

4. Назовите также болезнь, которая способствовала у данного больного возникновению повреждения /4/.

5. Почему данное заболевание может способствовать повреждению /5/.

Ответы на вопросы:

1. Отрыв бугристости большеберцовой кости.

2. Операция остеосинтеза бугристости.

3. В первые дни после травмы.

4. Болезнь Шляттера.

5. Зона остеохондропатии с незавершенной оссификацией.

Задача № 20

Пешеход был сбит автомашиной. Жалуется на сильную боль в коленном суставе, онемении в стопе. Стопа бледная, холодная, Пульсация ее тыльной артерии отсутствует. Коленный сустав резко утолщен, деформирован. Нога укорочена на 6 см. Пассивные движения в коленном суставе в незначительном объеме и резко болезненны. Доставлен бригадой скорой помощи через 1 час после травмы.

Вопросы:

1. Назовите диагноз повреждения /1/,

2. Перечислите важнейшие диагностические и лечебные мероприятия /2/,

3. Указать способ обезболивания /3/,

4. Характер возможного хирургического вмешательства /4/.

5. Особенности медикаментозного лечения /5/.

Ответы на вопросы:

1. Вывих голени с повреждением подколенной артерии.

2. Обезболивание, рентгенография, вправление вывиха, пункция сустава, аспирация крови, иммобилизация гипсовым тутором.

3. Общее обезболивание.

4. Обнажение и ревизия подколенных артерий, при повреждении – сосудистая пластика.

5. Антикоагулянты, сосудистые препараты, спазмолитики.

Задача № 21

Больная 60 лет поскользнулась на тротуаре, при падении ударилась ладонью. Жалуется на боль при движениях в лучезапястном суставе. Давление на дистальную часть лучевой кости резко болезненно. Выражен отек тканей. Осевая нагрузка на фалангу 1-го пальца болезненна.

Вопросы:

1. Укажите диагноз повреждения /1/,

2. Виды смещения периферического отломка, который Вы ожидаете увидеть на рентгенограмме /2/,

3. Способ обезболивания при вправлении отломков /3/.

4. С чем необходимо дифференцировать при отсутствии данных за костную патологию лучевой кости /4/и какая дальнейшая тактика /5/.

Ответы на вопросы:

1. Перелом лучевой кости в типичном месте.

2. К тылу и в лучевую сторону, супинация.

3. Местное.

4. Перелом ладьевидной кости. Повторная рентгенография через 10 дней.

Задача № 22

Больной упал на ладонь разогнутой руки. Жалуется на резкую боль в локте и невозможность сгибания в нем. Область сустава деформирована, предплечье укорочено, локтевой отросток выступает кзади, верхушка его расположена выше линии Гютера и кнаружи от оси плеча. Кисть в положении ладонного сгибания и активное разгибание не возможно.

Вопросы:

1. Укажите полное название повреждения /1/,

2. Способ его подтверждения /2/,

3. Назовите возможное при этом осложнение /3/,

4. Ожидаемые его проявления /4/,

5. Укажите также метод обезболивания /5/,

6. Положение руки при лечебной иммобилизации /6/.

Ответы на вопросы:

1. Задне-наружный вывих предплечья.

2. Рентгенография в двух проекциях.

3. Повреждение лучевого нерва.

4. Отвисание кисти и нарушение отведения 1-го пальца кисти.

5. Местное.

6. Сгибание в локте под углом 70 градусов.

Задача № 23

Больной упал на ладонь выпрямленной руки. На рентгенограммах, захватывающие диафиз предплечья, лучезапястный сустав и локтевой сустав, виден косой перелом локтевой кости в верхней трети с углом между отломками, открытым кзади. Движения в локтевом суставе резко болезненны и ограничены. Расстройств чувствительности и кровообращения нет. Пальпаторно определяется плотное костное образование спереди от локтевого сустава.

Вопросы:

1. Какой вид повреждения следует всегда иметь в виду при подобных повреждениях /1/,

2. Ккак подтвердить наличие этого повреждения /2/.

3. В какой проекции рентгенограмма будет наиболее информативна /3/,

4. Какие двигательные функции кисти необходимо при этом исследовать /4/.

5. Почему необходимо выполнять рентгенографию локтевого и лучезапястного суставов/5/.

Ответы на вопросы:

1. Перелом Монтеджа.

2. Рентгенография локтевого сустава.

3. Боковая.

4. Тыльное сгибание кисти и отведение большого пальца.

5. Повреждение двукостного сегмента (предплечье, переломовывихи костей).

Задача № 24

При взрыве цистерны с бензином загорелась автомашина. Военнослужащий получил ожоги левой боковой поверхности туловища и конечностей. В этих областях разлитая гиперемия кожи, пузыри, местами участки бледно-серого цвета, лишенные чувствительности. Поступил в МПП на 5-м часу с момента травмы. Пульс 110 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Судя по промоканию повязки и зонам болезненности при пальпации через повязку, общая площадь ожогов около 30 %, из них глубоких - 10 % поверхности тела. Мочи 200 мл.

Вопросы:

1.Сформулируйте диагноз, занесите его в “Первичную медицинскую карточку”;

2. Определите необходимые мероприятия первой и доврачебной помощи в МПП и омедб,

3. Куда следует эвакуировать обожженного из омедб.

4. Какие осложнения ожоговой травмы возможны у пострадавшего.

5. Нужно ли проводить переливание эритроцитарной массы.

Ответы на вопросы:

1. Диагноз: термический ожог 30 % / 10 % / П-Ш степени левой половины туловища, левых верхней и нижней конечностей, ожоговый шок легкой степени.

2. Первая и доврачебная помощь: тушение горящей одежды /накрытие пострадавшего плащ-палаткой, шинелью и др./, в/м 1 мл 2 % р-ра промедола из шприц-тюбика, асептическая повязка с использованием индивидуального перевязочного пакета или противоожоговая повязка /из медицинской сумки/, таблетированные антибиотики.

3. В МПП: в/м 2 мл 2 % р-ра промедола, 2 мл 1 % р-ра димедрола, антибиотики, чай, щелочно-солевой р-р, исправление повязок, 0,5 мл столбнячного анатоксина, эвакуация в положении лежа на носилках в 1-ю очередь.

4. В омедб: направляют в противошоковую для обожженных, комплексная терапия шока, исправление повязки, по выведении из шока - эвакуация на носилках в общехирургический госпиталь.

5. Ожоговая болезнь и ожоговый шок.

6. Ввиду сгущения крови гемотрансфузия не проводится.

Задача № 25

По выходе из подбитого танка танкист попал под струю огнемета и получил обширные ожоги правой половины груди и верхней конечности. кратковременно терял сознание. На туловище - остатки сгоревшей одежды. Кожа лица гиперемирована, отечна, покрыта пузырями. Веки открыть не может, На переднебоковой поверхности груди и правой верхней конечности плотный коричнево-черный струп. Сознание сохранено. Пульс 110 уд.в 1 минуту, АД = 100/70 мм рт ст. Диурез 250 мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, занесите его в “Первичную медицинскую карточку”;

2. Определите необходимые мероприятия первой и доврачебной помощи в МПП и омедб,

3. Куда следует эвакуировать обожженного из омедб.

4. Какие осложнения ожоговой травмы возможны у пострадавшего.

5. Нужно ли проводить переливание эритроцитарной массы.

Ответы на вопросы:

1. Диагноз: ожог огнеметом 30 % / 20 %/ 1-1У степень лица, правой верхней конечности и грудной клетки, ожог глаз 1 степени, ожоговый шок средней тяжести, отравление угарным газом.

2. Первая и доврачебная помошь: тушение горящей одежды /накрыть плащ-накидкой/, внутримышечно промедол из шприц-тюбика, асептические повязки, таблетирование антибиотиками.

3. В перевязочной МПП: в/в 1 мл 2 % р-ра промедола, 2 мл 1 % р-ра димедрола, 1 мл 10 % р-ра кафеина, 500 мл полиглюкина, синтомициновая эмульсия в коннъюнктивальные мешки и на ожоговую поверхность лица, оксигенотерапия, исправление повязок. антибиотики, 0,5 мл столбнячного анатоксина, эвакуация в 1-ю очередь на носилках.

4. В омедб: направляют в противошоковую для обожженных, комплексная терапия шока, оксигенотерапия, исправление повязок, катетеризация мочевого пузыря, синтомициновая эмульсия за веки и на ожоги лица, антибиотики, по выведении из шока - эвакуация на носилках в ожоговый госпиталь.

5. Ожоговая болезнь и ожоговый шок.

6. Ввиду сгущения крови гемотрансфузия не проводится.

(огнестрельные ранения)

Задача 26

Пострадавший находился под обломками разрушенного здания в течение 10 часов. Обе нижние конечности до уровня нижней трети бедер были придавлены обломками здания. Санитарным инструктором наложены жгуты выше места сдавления, раненый извлечен из-под завала. Наложены асептические повязки на раны и ссадины конечностей, введено обезболивающее средство из шприц-тюбика. Произведена транспортная иммобилизация лестничными шинами. В МПб была установлена система для внутривенного введения плазмозамещающих растворов. Раненый напоен небольшими порциями щелочно-солевого раствора (1 чайная ложка поваренной соли и 72 чайной ложки питьевой соды на 1 л воды).

Доставлен в мед. пункт полка (МПп) на носилках через 2 часа после получения травмы. При поступлении состояние раненого тяжелое, бледен, заторможен. Пульс 120 уд/мин, АД 70/20 мм рт. ст. Обе нижние конечности от уровня нижней трети бедер с выраженным отеком. Отмечается отсутствие чувствительности, активных и пассивных движений в нижних конечностях.

Вопросы.

1. Сформулируйте полный диагноз повреждения.

2. Что свидетельствуют о развитии ишемического некроза.

3. Какие признаки травматического шока III степени.

4. В медицинском пункте полка снимают жгуты с конечностей или нет.

5. Какая помощь должна быть оказана на этапе квалифицированной помощи.

Ответы

1. Синдром длительного сдавления (СДС) тяжелой степени обеих нижних конечностей. Ишемический некроз обеих нижних конечностей. Травматический шок III степени.
2. Выраженный отек конечностей, отсутствие болевой и тактильной чувствительности, активных и пассивных движений.
3. При поступлении состояние раненого тяжелое, бледен, заторможен. Пульс 120 уд/мин, АД 70/20 мм рт. ст.
4. Поскольку у раненого имеется клиника ишемического некроза обеих нижних конечностей, жгуты снимать не следует.
5. После стабилизации состояния выполняется ампутация обеих нижних конечностей на уровне бедер — выше наложенных жгутов.

Задача 27

Военнослужащий ранен осколком артиллерийского снаряда в правое бедро. Санитарным инструктором наложена давящая повязка с помощью ППИ, которая интенсивно промокла кровью. Наложен кровоостанавливающий жгут, введено обезболивающее средство из шприц-тюбика, произведена транспортная иммобилизация поврежденной нижней конечности путем прибинтовывания ее к здоровой. В МПбатальона была налажена система для внутривенного введения плазмозамещающих растворов, осуществлена иммобилизация правой нижней конечности с помощью лестничных шин. В ходе эвакуации проводилась инфузия из пластикового контейнера, положенного под спину.

Доставлен в мед. пункт полка (МПп) на носилках через 2 часа после получения ранения. Состояние тяжелое. В сознании, заторможен. Пульс 120 уд/мин, АД 80/40 мм рт. ст. На передневнутренней поверхности правого бедра в средней трети имеется глубокая рваная рана размером 3X4,5 см, на задней поверхности — вторая такая же рана размером 5x6 см. Выше ран наложен жгут, повязка на ранах промокла кровью. Определяется патологическая подвижность в средней трети бедра. Кожный покров правой голени и стопы бледный, болевая и температурная чувствительность их снижены, пассивные движения сохранены.

Вопросы.

1. Сформулируйте полный диагноз повреждения.

2. Что свидетельствует о развитие некомпенсированной ишемии.

3. Первая врачебная помощь.

4. Квалифицированная медицинская помощь.

5. Сроки эвакуации на этап специализированной помощи и желательно в какой госпиталь.

Ответы:

1. Осколочное сквозное ранение правого бедра в средней трети с переломом кости и повреждением магистральных сосудов. Продолжающееся наружное кровотечение. Некомпенсированная ишемия правой нижней конечности. Острая массивная кровопотеря. Травматический шок II степени.
2. Снижение болевой и температурной чувствительности голени и стопы с сохранением пассивных движений указывают на развитие некомпенсированной ишемии.
3. В перевязочной раненому необходимо продолжить внутривенное введение плазмозамещающих растворов. Внутримышечно нужно ввести по 2 мл 2% раствора промедола и 1% раствора димедрола. Далее следует произвести блокаду поперечного сечения на правом бедре проксимальнее жгута 0,25% раствором новокаина с 500 000 ЕД пенициллина. После этого производится контроль жгута. Проведение контроля жгута предусматривает попытки остановки кровотечения из ран бедра более щадящими методами, например тугой тампонадой ран марлевыми салфетками из комплекта Б-1 (перевязочные средства стерильные). Над салфетками следует наложить кожные швы для усиления компрессии области повреждения сосудов. При неэффективности других способов остановки кровотечения показано повторное наложение жгута. В заключение производится иммобилизация правой нижней конечности шиной Дитерихса. Вводится 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно.
4. При наличии продолжающегося кровотечения показано проведение первичной хирургической обработки ран бедра, остановка кровотечения, репозиция и фиксация перелома бедренной кости аппаратом комплекта КСТ-1. Приотсутствии комплекта КСТ-1 операция завершается иммобилизацией конечности средствами транспортной иммобилизации, которые могут быть усилены гипсовыми кольцами из комплекта БГ.
5. Сроки временной нетранспортабельности: для эвакуации автотранспортом — 1—2 суток, авиационным транспортом — 1 сутки.

Эвакуация осуществляется в военный полевой травматологический госпиталь (ВПТрГ) ГБ.

Задача 28

Пострадавший ранен осколком авиабомбы в левое плечо. Состояние тяжелое, бледен, в сознании, заторможен. Жалуется на сильную боль в левом плече. Повязка обильно промокла кровью. Пульс 120 уд/мин, АД 80/50 мм рт. ст. В нижней трети левого плеча — обширная рваная рана с неровными краями размером 5x8 см. Непосредственно выше раны наложен кровоостанавливающий жгут. Дистальный сегмент конечности висит на кожно-мышечном лоскуте, патологическая подвижность.

Вопросы.

1. Сформулируйте полный диагноз повреждения.

2.Объем доврачебной помощи.

3. Объем первой врачебной помощи.

4. Квалифицированная медицинская помощь.

5. Сроки временной нетранспортабельности раненого автомобильным или авиационным транспортом определяются временем выведения его из шока.

Ответы:

1. Осколочное ранение левой верхней конечности с неполным ее отрывом на уровне нижней трети плеча. Острая массивная кровопотеря. Травматический шок II степени.
2. Санитарным инструктором наложен кровоостанавливающий жгут, введено обезболивающее средство из шприц-тюбика, наложена асептическая повязка на рану с помощью ППИ, произведена транспортная иммобилизация путем прибинтовывания левой верхней конечности к груди.
3. В перевязочной раненому необходимо продолжить внутривенное введение плазмозамещающих растворов, ввести 2—4 мл 50% раствора анальгина. После снятий шины произвести блокаду поперечного сечения 0,25% раствором новокаина вместе с 1 млн ЕД пенициллина выше наложенного жгута. После дополнительной местной анестезии кожи 0,5% раствором новокаина конечность, висящую на лоскуте, необходимо отсечь, на рану культи наложить асептическую повязку, осуществить иммобилизацию левого плеча лестничной шиной. По окончании манипуляций вводится подкожно 0,5 мл столбнячного анатоксина.
4. Неотложная операция — ампутация левого плеча в средней трети по первичным показаниям. Швы на рану культи не накладываются. Она рыхло тампонируется салфетками с водорастворимой мазью. По завершении операции проводится иммобилизация культи плеча П-образно изогнутой лестничной шиной.
5. Сроки временной нетранспортабельности раненого автомобильным или авиационным транспортом определяются временем выведения его из шока (1—2 суток).

Задача 29

Военнослужащий в результате взрыва гранаты получил множественное осколочное ранение правой кисти. Первая медицинская помощь оказана санинструктором. Поступил в мед. пункт полка (МПп) через 2 часа после получения ранения. Состояние удовлетворительное, передвигается самостоятельно. В сознании, жалуется на боль в правой кисти. Пульс 82 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. На правой кисти — сбившаяся повязка, промокшая кровью. По снятии повязки определяются множественные (6) раны тыла кисти размером 0,5x0,3 см, отрыв IV пальца и ногтевой фаланги V пальца. Из ран кисти продолжается умеренное кровотечение.

Вопросы.

1. Сформулируйте полный диагноз повреждения.

2.Какая помощь оказана санинструктором.

3.Первая врачебная помощь.

4. Квалифицированная медицинская помощь.

5.Куда эвакуируется пострадавший.

Ответы:

1. Множественное осколочное обширное ранение правой кисти: множественные (6) слепые ранения мягких тканей тыльной поверхности, отрыв IV пальца и ногтевой фаланги V пальца. Продолжающееся наружное кровотечение.
2. Санитарным инструктором наложена давящая повязка на раны кисти с помощью ППИ, введено обезболивающее средство из шприц-тюбика, произведена иммобилизация правой верхней конечности косынкой.
3. Раненому с целью остановки кровотечения накладывается давящая повязка на раны кисти, внутримышечно вводится 2 мл 50% раствора анальгина, 500 000 ЕД пенициллина, подкожно — 0,5 мл столбнячного анатоксина. Выполняется транспортная иммобилизация фанерной либо лестничной шиной.
4. При остановившемся кровотечении раненому вводится 500 000 ЕД пенициллина, исправляется повязка, устраняются недостатки иммобилизации. Раненый с промокшей кровью повязкой направляется в перевязочную для легкораненых, где она снимается, осматриваются раны, выполняется рассечение раны с продолжающимся кровотечением, окончательная остановка кровотечения, туалет остальных ран кисти.
5. Учитывая, что ориентировочные сроки лечения этого раненого более 10 суток, он эвакуируется в военный полевой госпиталь для легкораненых (ВПГЛР) ГБ.

Задача 30

Солдат получил осколочное ранение правой верхней конечности. Санитарным инструктором наложена давящая повязка на рану плеча с помощью ППИ, введено обезболивающее средство из шприц-тюбика, произведена иммобилизация правой верхней конечности косынкой.

Доставлен в мед. пункт полка (МПп) через 2 часа после получения ранения. Состояние удовлетворительное. Пульс 82 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. На правом плече — сбившаяся повязка, промокшая кровью. На передней поверхности правого плеча в средней трети определяется рана размером 1,0x0,5 см. Кровотечения из раны нет. Пульсация на лучевой артерии сохранена. Деформации и патологической подвижности плечевой кости в области раны не определяется. Выявляется «висячая кисть», отсутствие активного разгибания кисти и основных фаланг пальцев, супинации кисти. Невозможно отведение большого пальца. Отмечается также нарушение чувствительности на тыле предплечья, лучевой половине тыла кисти и в области первого межпальцевого промежутка.

Вопросы.

1. Сформулируйте полный диагноз повреждения.

2. Что свидетельствует о повреждении с нарушением проводимости нервного ствола.

3. Первая врачебная помощь.

4. Квалифицированная медицинская помощь.

5. Ориентировочный срок лечения.

Ответы:

1. Осколочное слепое ранение мягких тканей правого плеча в средней трети с повреждением лучевого нерва.
2. Наличие неврологических симптомов, характерных для повреждения лучевого нерва («висячая кисть» и невозможность выполнения тыльной флексии кисти), свидетельствует о его повреждении с нарушением проводимости нервного ствола.
3. Раненому исправляется (подбинтовывается) асептическая повязка на ране плеча, внутримышечно вводится 2 мл 50% раствора анальгина и 500 000 ЕД пенициллина, подкожно — 0,5 мл столбнячного анатоксина. Осуществляется транспортная иммобилизация правой верхней конечности с помощью лестничной шины.
4. Раненый нуждается в специализированном лечении — хирургической обработке раны плеча с ревизией лучевого нерва и наложением эпиневрального шва при его повреждении. Подлежит эвакуации в военный полевой нейрохирургический госпиталь (ВПНхГ) ГБ, где имеются соответствующие специалисты — нейрохирурги.
5. Несколько месяцев.

Задача 31

Рядовой У. отброшен ударной волной при взрыве бомбы. Санитарным инструктором введено обезболивающее средство из шприц-тюбика, произведена транспортная иммобилизация конечностей путем прибинтовывания руки к груди, поврежденной ноги — к здоровой. В МПб была налажена система для внутривенного введения плазмозамещающих растворов, внутримышечно введено 2 мл 50% раствора анальгина, осуществлена иммобилизация правой нижней конечности с помощью лестничных шин, в ходе эвакуации проводилась инфузия из пластикового контейнера, положенного под спину.

Доставлен в мед. пункт полка (МПп) на носилках через 2 часа после получения травмы. Состояние тяжелое. Бледен. В сознании, заторможен. Жалуется на боли в правой руке и ноге. Пульс 120 уд/мин, АД 60/30 мм рт. ст. Правая рука прибинтована к туловищу, правая нога фиксирована лестничными шинами. Определяются деформация и патологическая подвижность в области средней трети правого плеча, верхней трети правого бедра.

Вопросы.

1. Сформулируйте полный диагноз повреждения.

2. Что свидетельствуют об острой массивной кровопотере

3. Первая врачебная помощь.

4. Квалифицированная медицинская помощь.

5. Окончательная эвакуация пострадавшего.

Ответы:

1. Взрывная травма. Множественная травма конечностей. Закрытые переломы правой плечевой и правой бедренной костей. Острая массивная кровопотеря. Травматический шок III степени.
2. Бледность кожного покрова, тахикардия до 120 уд/мин, снижение систолического АД до 60 мм рт. ст. свидетельствуют об острой массивной кровопотере, причиной которой явилось значительное по объему внутритканевое кровотечение и образование гематом в области переломов.
3. Продолжить внутривенное введение плазмозамещающих растворов. На фоне проводимой инфузии кристаллоидных растворов, после повышения с АД до 90 мм рт. ст., нужно произвести новокаиновые блокады в гематомы мест переломов 0,5% (с учетом низкого АД) раствором новокаина (30 мл на плече и 40 мл на бедре), внутримышечно ввести 1—2 мл 1% промедола, выполнить иммобилизацию верхней конечности лестничной шиной, а нижней конечности — шиной Дитерихса.
4. Раненый будет нуждаться в выполнении мероприятий квалифицированной реаниматологической помощи и направляется в палату интенсивной терапии для раненых, где будет проводиться полный комплекс лечения травматического шока. Шина Дитерихса укрепляется гипсовыми кольцами с помощью гипсовых бинтов из комплекта БГ. После выведения раненого из шока он может быть эвакуирован в госпитальную базу.
5. Сроки временной нетранспортабельности для эвакуации наземным и авиационным транспортом одинаковые, а критерием является выведение раненого из шока (1—2 суток). Эвакуация осуществляется в военный полевой травматологический госпиталь (ВПТрГ) ГБ.

(ортопедия)

Задача 32

Мужчина 64 лет, инвалид II группы. В течение 3-х лет беспокоят боли в обоих тазобедренных суставах, наиболее выраженные при первых движениях после отдыха, в последнее время они усилились. Травму отрицает. С трудом встает со стула. Выявлено значительное ограничение сгибания бедер и внутренней ротации в тазобедренных суставах. На рентгенограммах тазобедренных суставов – сужеиие и асимметрия рентгенологической щели, субходральный склероз и выраженные краевые разрастания.

Вопросы.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.

2. Как называются боли в суставах, имеющие такой характер.

3. Что позволяет подтвердить или опровергнуть клинический диагноз.

4. Что наиболее вероятно будет выявлено в анализах крови.

5. Прогноз и вероятный план лечения .

Ответы:

1. Двусторонний артроз обоих тазобедренных суставов 3 стадии.

2. Стартовые боли.

3. Рентгенография тазобедренных суставов.

4. Нормальное СОЭ.

5. Отрицательная динамика заболевания. Оперативное лечение – тотальное эндопротезирование.

Задача 33

Больная 70 лет много лет страдает правосторонним деформирующим гонартрозом. Многократные курсы консервативного лечения, остеотомия с целью исправления оси нижней конечности, операции на связочном аппарате коленного сустава давали временный эффект. В настоящий момент - клинико-рентгенологическая картина деформирующего гонартроза III стадии, хондроматоз. Больную беспокоят боли, усиливающиеся при ходьбе и ограничение движений в коленном суставе. Пользоваться конечностью больная не может. Второй коленный сустав функционирует удовлетворительно.

Вопросы.

1. Целесообразный вариант лечения.

2. Что может быть противопоказанием к оперативному методу лечению.

3. Консервативные виды лечения до и после операции.

4. Какие возможные грозные осложнения в раннем и позднем послеоперационном периоде.

5. Причина образование хондроматоза.

Ответы:

1. Тотальное эндопротезирование.
2. Тяжелое сопутствующее заболевание, гнойная инфекция.

3. Хондропротекторы, нестероидные противовоспалительные и сосудистые препараты, физиотерапия

4. Гнойный артрит, перипротезный перелом, нестабильность эндопротеза.

5. Патологическое перерождение островков синовиальной оболочки сустава в хрящевую или костную ткань

Задача 34

Молодой человек, 22 лет, обратился к травматологу-ортопеду в поликлинику с жалобами на постоянные, интенсивные боли в проекции проксимального метафиза правой большеберцовой кости. Боли появились 3 месяца назад, усиливаются по ночам. Травму отрицает. При осмотре определяется припухлость тканей в области коленного сустава, легкая местная гиперемия, кожа истончена. Осевая нагрузка на нижнюю конечность болезненна. Региональные лимфоузлы не увеличены.Температура тела повышается до 380 Лабораторные исследования: - лейкоцитоз, повышенная СОЭ, легкая анемии. По данным рентгенограмм – очаг с разрушением кортикального слоя, с образованием периостального "козырька" и спикул.

Вопросы.

1. Предварительный диагноз (1­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

2. Методы объективного исследования для уточнения диагноза.

3. Наиболее информативный метод исследования костной патологии.

4. Прогноз заболевания

5. Метод лечения.

Ответы:

1. Опухоль (Остеогенная саркома).
2. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

3. Гистологическое исследование

4. Прогноз не благоприятный, высокая частота метастазирования.

5. Ампутация или экзартикуляция с последующей лучевой терапией + химиотерапия.

Задача 35

На прием к детскому врачу-ортопеду обратились родители с мальчиком 14 лет. В анамнезе S-образный сколиоз грудопоясничного отдела позвоночника II степени (по Чаклину В.Д., деформация с боковым отклонением 150): Обратились с просьбой ответить на следующие вопросы.

Вопросы.

1. Основной рентгенологический признак прогрессирования сколиотической болезни

2. Профилактика сколиоза.

3. Наиболее злокачественным течением отличается сколиоз какого отдела позвоночника.

4. При консервативном лечении сколиоза основная цель лечения с помощью корсета

5. Массаж мышц спины при сколиотической деформации позвоночника необходимо выполнять на какой стороне искривления (вогнутой, выпуклой, на обеих сторонах)

Ответы:

1. Тест Риссера.
2. В раннем консервативном лечении.

3. Верхне-грудной и грудной сколиоз

4. Остановить прогрессирование деформации.

5. Более активно на выпуклой стороне искривления

Задача 36

У больной 66 лет с двусторонним коксартрозом III стадии, резким болевым синдромом и ограничением движений в тазобедренных суставах (сгибательно-приводящая – контрактура, в сагитальной плоскости в пределах 160-100°, ротационных движения нет, отведение бедер отсутствует). Передвигается пациент с трудом и с опорой на трость. Инвалид 2 группы. По данным рентгенографии – выраженный остеопороз костной ткани.

Вопросы.

1. Что такое остеопороз.

2. Вероятная причина остеопороза у пациентки.

3. Какие рентгенографические признаки остеопороза.

4. Какие рентгенографические признаки коксартроза.

5. Какое лечение показано пациентки..

Ответы:

1. Системное метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением плотности и костной массы.
2. Постклимактерический остеопороз.

3. Разряжение костной ткани, истончение кортикальной костной ткани, обеднение трабекулярного рисунка губчатой кости.

4. Суставная рентгенологическая щель резко сужена; головки бедренных костей склерозированные, склерозированы крыши вертлужных впадин, одиночные дегенеративные кисты в головках и во впадинах.

5. Двустороннее эндопротезирование

Задача 37

На приеме у детского врача-ортопеда родители с девочкой 3-х лет. Наблюдаются и получают лечение по поводу двусторонней косолапости, форма заболевания мягкотканная. Девочка самостоятельно передвигается, но походка неуверенная.

Вопросы.

1. Основные симптомы косолапости.

2. Особенность походки у больных.

3. Когда следует начинать консервативное лечение и до какого возраста.

4. Оперативное лечение делится на две группы операций, какие.

5. Консервативное лечение включает.

Ответы:

1. Эквинус стопы, супинация пятки и предплюсны, приведение переднего отдела стопы.
2. При ходьбе наступает на наружный край стопы
3. Консервативное лечение начинают с рождения и продолжается до 2-2,5 года.
4. На сухожильно-связочном аппарате и на костном аппарате стопы.
5. Гипсовые повязки, мягкое бинтование, массаж и ЛФК.

**перечень тем рефератов, эссе, докладов**

1. Анатомия опорно-двигательного аппарата (терминология, глоссарий).

2. Ложный сустав: определение, причины, лечение.

3. Современные технологии иммобилизации сегментов конечности.

4. Количественные показатели рентгенанатомических взаимоотношений в тазобедренном суставе.

5. Огнестрельная рана. Патогенез. Зоны раневого канала.

6. Оказание помощи пострадавшим с огнестрельными ранами на этапах первой медицинской и доврачебной помощи.

7. Оперативные методы лечения привычного вывиха плеча.

8. Медиальный перелом шейки бедра у пожилых пациентов.

9. Повреждения коленного сустава (мениски, связки).

10. Осложнения при повреждениях таза.

11. Внеочаговый остеосинтез переломов костей таза.

12. Особенности травматического шока у детей.

13. Особенности синдрома длительного сдавления у детей.

14. Консервативное лечение ожоговых ран.

15. Некролитические препараты в лечение ожоговых ран.

16. Артроскопические методы лечение деформирующего артроза.

17. Медикаментозная терапия остеоартроза.

18. Болезнь Кенига, оперативное лечение.

19. Врожденная патология стопы.

20. Органосохраняющие операции при опухолях костей: показания, противопоказания, техника.

21. Повторная хирургическая обработка.

22. Вторичная хирургическая обработка.

**3.** **Оценочные средства для промежуточной аттестации студентов:**

(перечень зачетных и экзаменационных вопросов)

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЭКЗАМЕНУ ПО**

**ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ**

1. Основоположники современной травматологии-ортопедии: Г.И. Турнер, Р.Р.Вреден, Н.Н.Приоров, Г.А. Илизаров. Их роль в развитии науки.
2. Методы клинического обследования ортопедо-травматологических больных.
3. Рентгенологические методы обследования больных травматолого-ортопедического профиля. Правила проведения.
4. Основные принципы лечения переломов костей.
5. Переломы конечностей. Классификация. Клиника и диагностика. Основные методы лечения переломов.
6. Местная анестезия при лечении переломов (проводниковая, футлярная, новокаиновая блокады). Показания к общему обезболиванию при лечении переломов.
7. Посттравматический остеомиелит. Этиология, клиника, показания к оперативному лечению.
8. Металлоостеосинтез и его разновидности. Современные виды металлоостеосинтеза - остеосинтез с **«**блокированием**»**, пластинами с **«**угловой стабильностью**»**, пластинами с **«**ограниченным контактом**»** и др.Показания и противопоказания.
9. Метод внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза при лечении ортопедо-травматологических пациентов. Показания и противопоказания. Техника применения (спицевые, стержневые аппараты для внеочагового остеосинтеза).
10. Скелетное вытяжение. Показания и противопоказания к применению. Техника наложения. Ошибки и осложнения при лечении переломов скелетным вытяжением.
11. Гипсовая иммобилизация в лечении переломов. Показания. Правила наложения гипсовых повязок. Ошибки и осложнения.
12. Репаративная регенерация кости. Стадии сращения. Общие и местные факторы, влияющие на сращение переломов.
13. Ложные суставы и замедленное сращение. Этиология. Клинико-рентгенологическая характеристика. Принципы лечения и профилактики.
14. Контрактуры суставов, определение понятия. Этиология, типы контрактур. Принципы лечения.
15. Сочетанные, множественные и комбинированные повреждения. Определение понятия. Значение доминирующего фактора в клинике и лечении политравм.
16. Реабилитация в травматологии и ортопедии (медицинская, социальная, профессиональная).
17. Переломы лопатки. Классификация. Механизм травмы. Диагностика. Методы лечения.
18. Переломы ключицы. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение переломов ключицы.
19. Переломы хирургической шейки плеча. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
20. Переломы диафиза плечевой кости. Клиника, диагностика. Консервативное лечение. Показание к оперативному лечению.
21. Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости. Клиника и диагностика. Лечение.
22. Перелом локтевого отростка. Механизм травмы. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции. Техника остеосинтеза.
23. Переломы головки и шейки лучевой кости. Механизм повреждения. Диагностика и лечение. Показания к операции.
24. Диафизарные переломы костей предплечья. Клиника, диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
25. Переломовывихи костей предплечья. Повреждения Монтеджа и Галеацци, механизм травмы. Клиника и диагностика. Лечение.
26. Переломы лучевой кости в типичном месте (Коллиса и Смита). Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции. Осложнения.
27. Перелом ладьевидной кости кисти. Механизм травмы. Диагностика. Особенности лечения (консервативное, оперативное).
28. Медиальные переломы проксимального метаэпифиза бедренной кости. Классификация. Клиника и диагностика. Методы лечения.
29. Межвертельные и чрезвертельные переломы бедра. Механизм повреждения. Клиника и диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.
30. Переломы диафиза бедра. Клиника и диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.
31. Переломы мыщелков бедра. Классификация. Механизм повреждения. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
32. Ушиб коленного сустава. Клиника и диагностика. Лечение. Сроки нетрудоспособности.
33. Повреждения менисков коленного сустава. Механизм травмы. Клиника и диагностика. Лечение.
34. Переломы надколенника, механизм травмы. Клиника и диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.
35. Повреждения боковых и крестообразных связок коленного сустава. Механизм повреждения. Клиника и диагностика. Методы оперативного лечения.
36. Переломы мыщелков большеберцовой кости. Механизм повреждения. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
37. Переломы диафиза костей голени. Механизмы повреждения. Клиника и диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.
38. Переломы лодыжек (супинационные и пронационные). Механизм повреждения. Клиника и диагностика. Методы лечения.
39. Переломы пяточной кости. Механизм повреждения. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
40. Переломы таранной кости. Механизм повреждения. Клиника и диагностика. Методы лечения.
41. Повреждение связок голеностопного сустава. Механизм травмы. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
42. Переломы костей таза. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
43. Повреждение шейного отдела позвоночника. Классификация. Механизм травм. Клиника и диагностика. Методы лечения.
44. Компрессионные переломы позвоночника. Классификация. Механизм повреждения. Клиника и диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.
45. Травматический вывих бедра. Классификация, клиника, диагностика. Способы ручного вправления. Показания к оперативному лечению. Сроки иммобилизации, восстановления трудоспособности.
46. Травматический вывих голени. Клиника, диагностика, осложнения. Консервативное и оперативное лечение. Сроки иммобилизации, восстановления трудоспособности.
47. Вывихи плеча. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное лечение (методы вправления).
48. Привычный вывих плеча. Этиология, патогенез. Клиника и диагностика. Методы оперативного лечения.
49. Вывихи ключицы. Классификация, механизм повреждения. Диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.
50. Повреждения сухожилий сгибателей пальцев кисти. Виды повреждений. Диагностика. Особенности лечения (сухожильный шов, пластика сухожилия).
51. Подкожные разрывы сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча. Механизм травмы, клиника, диагностика, лечение.
52. Разрыв сухожилия четырехглавой мышцы. Отрыв собственной связки надколенника. Механизм повреждения. Клиника и диагностика. Методы оперативного лечения.
53. Повреждения ахиллова сухожилия. Клиника и диагностика. Оперативное лечение (шов сухожилия, пластика).
54. Кровотечения. Классификация. Методы временной и окончательной остановки кровотечений.
55. Травматический шок. Патогенез. Клиника. Первая врачебная медицинская помощь.
56. Синдром длительного сдавления. Патогенез. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
57. Учение об огнестрельной ране. Морфология и особенности огнестрельной раны.
58. Ожоговая болезнь. Стадии ожоговой болезни и клиника.
59. Термические ожоги. Классификация. Степень и площадь ожоговой раны. Принципы лечения.
60. Отморожения. Классификация, клиника. Консервативное и оперативное лечение.
61. Раневая инфекция. Анаэробная инфекция огнестрельных ран. Классификация. Клиника и диагностика. Лечение.
62. Открытые и огнестрельные переломы. Классификация. Первая врачебная помощь. Первичная и вторичная хирургическая обработка.
63. Системные заболевания опорно-двигательной системы. Ахондроплазия. Эпидемиология, классификация, этиология, клиника и диагностика. Принципы лечения.
64. Деформирующий артроз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
65. Эндопротезирование крупных суставов. Показания, противопоказания. Типы эндопротезов тазобедренного сустава и их характеристика.
66. Остеохондроз позвоночника. Варианты клинических проявлений шейного остеохондроза. Клиника и диагностика. Лечение.
67. Статические деформации стоп. Этиопатогенез. Клиника и диагностика. Лечение.
68. Сколиотическая болезнь. Формы сколиоза. Структура деформации. Клинико-рентгенологическая классификация. Клиника. Лечение.
69. Остеогенная саркома. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
70. Остеобластокластома (остеокластома, гигантоклеточная опухоль)*.* Клиника, диагностика. Принципы лечения.
71. Остеохондропатии, определение понятия. Этиология, патогенез, стадии болезни Легга-Кальве-Пертеса.
72. Остеохондропатия мыщелка бедра (болезнь Кенига). Этиология, патогенез. Клиника и диагностика. Лечение.

**4.** **Материалы для проведения итоговой**

**государственной аттестации выпускников**:

- программа ИГА;

- сборники тестовых заданий и ситуационных задач;

- темы выпускных квалификационных работ;

- методические материалы по выполнению выпускных квалификационных работ.

**5. Материалы для контроля остаточных знаний студентов (АПИМ)**

**АТТЕСТАЦИОННЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ**

**ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**Содержание АПИМ**

1. Спецификация АПИМ…………………………………………………….. 241
2. Содержательная структура АПИМ………………………………………. 241
3. Инструкция по проведению педагогических измерений………………. .250
4. Варианты тест – билетов АПИМ…………………………………………. 251
5. Инструкция по оценке заданий (ключи ответов)…………………………261
6. Банк заданий ………………………………………………………………. 263

**Спецификация АПИМ**

|  |  |
| --- | --- |
| Название учебной дисциплины | Травматология, ортопедия |
| Название цикла дисциплины | Профессиональные и специальные дисциплины |
| Коды и наименования направлений подготовки (специальностей), для которых возможно использование АПИМ | Лечебное дело (31.05.01) |
| Количество заданий в тест – билете | 25 |
| Количество вариантов тест - билетов | 3 |
| Форма заданий тест – билета | Тест состоит из заданий с выбором одного ответа из 4 – х предложенных. Тип заданий – закрытый. |
| Время выполнения тест – билета | 25 минут |
| Реквизиты разработчиков | Матвеев Р.П. – зав. кафедры травматологии, ортопедии и ВХ СГМУ, д.м.н. |
| Год разработки АПИМ | 2015 |

**Структура АПИМ дисциплины «Травматология, ортопедия»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| №  п/п | Наименование дидактической единицы дисциплины ПрОП | Наименование темы задания | Объем содержания дидактической единицы (часов по программе) | Требования ГОС к уровню подготовки | |
| Степень усвоения ДЕ | Уровень деятельности при контроле |
| 1 | Общие вопросы травматоло-гии и ортопедии, | 1.1. Становление, развитие и достижения современной травматологии и ортопедии.  1.2. Переломы костей. Клиника. Классификация. Диагностика.  1.3. Регенерация костной ткани.  Осложнения консолидации переломов костей.  1.4. Основные принципы лечения переломов костей. Реабилитация в травматологии и ортопедии.  1.5. Рентгенологическая диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата.  1.6. Методы обследования в травматологии и ортопедии. Знакомство с клиникой. Курация пациентов. Обход травматолого-ортопедического отделения.  1.7. Гипсовая повязка и техника наложения. Скелетное вытяжение. Рентгенологическое обследование в травматологии и ортопедии.  1.8. Транспортная иммобилизация. Повреждения мягких тканей. | 2  2  2  2  2  5  5  5 | Знать  Знать  Знать  Знать  Знать  Уметь  Уметь  Уметь | Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие |
| 2 | Переломы и повреждения конечностей | 2.1.Травматические вывихи в суставах конечностей.  2.2. Хронический остеомиелит. Современное хирургическое лечение.  2.3. Переломы и вывихи костей плечевого пояса и плеча.  2.4. Переломы и вывихи костей предплечья и кисти.  2.5. Переломы и вывихи бед­ра. Повреждения коленного сустава.  2.6. Переломы и вывихи костей голени и стопы.  2.7. Амбулаторный прием в травма­тологическом пункте. | 2  2  5  5  5  5  5 | Знать  Знать  Уметь  Уметь  Уметь  Уметь  Уметь | Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие |
| 3 | Переломы и поврежде-ния позвоночни-ка и таза | 3.1. Повреждения позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.  Классификация. Диагностика.  3.2. Повреждения таза. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. | 5  5 | Уметь  Уметь | Понятие  Понятие |
| 4 | Политравма | 4.1. Множественные и сочетанные повреждения. Травматическая болезнь.  4.2. Кровотечения. Кровопотеря. Переливание крови и кровезаменителей.  4.3. Травматический шок. Синдром сдавления. Объем помощи на этапах медицинской эвакуации.  4.4. Травматический шок. Синдром сдавления. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.  4.5. Открытые и огнестрельные переломы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. | 2  2  2  5  5 | Знать  Знать  Знать  Знать  Уметь | Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие |
| 5 | Термические поражения. Раны и раневая инфекция | 5.1. Термические поражения. Ожоговая болезнь. Холодовая травма.  5.2. Раневая инфекция. Классификация. Клиника, профилактика и лечение.  5.3. Огнестрельная рана и огнестрельные переломы. Классификация. Морфология. Клиника. Лечение.  5.4. Термические поражения. Ожоги и отморожения. Общее охлаждение. Электротравма. | 2  2  2  5 | Знать  Знать  Знать  Уметь | Понятие  Понятие  Понятие  Понятие |
| 6 | Ортопеди-ческие заболевания | 6.1. Системные заболевания опорно-двигательной системы  6.2. Деструктивно-дистрофические заболевания позвоночника и суставов.  6.3. Остеохондропатии (асептические некрозы костей). Опухоли костей.  6.4. Остеопороз и остеопения в травматологии и ортопедии.  6.5. Сколиотическая болезнь.  6.6. Эндопротезирование  суставов. Показания и противопоказания. Виды эндопротезов. Осложнения.  6.7. Ампутации и экзартикуляции. Протезирование и ортезирование при патологии опорно-двигательного аппарата.  6.8. Деформирующий артроз. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Консервативное и оперативное лечение.  6.9. Остеохондропатии. Опухоли костей. Клиника. Диагностика. Лечение.  7.0. Ортопедические статические заболевания стоп (плоская, плосковальгусная стопа, плоскостопие, вальгусное отклонение большого пальца стопы, молоткообразная деформация пальцев стоп, пяточная шпора, болезнь Дойчлендера). | 2  2  2  2  2  2  2  5  5  5 | Знать  Знать  Знать  Знать  Знать  Знать  Знать  Уметь  Уметь  Уметь | Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие  Понятие |

Таблица 2.1.

**Последовательность предъявления заданий и критерии «зачета»**

**освоения ДЕ для одного (первого) варианта тест-билета АПИМ**

**дисциплины «Травматология, ортопедия»**

**(для специальности Лечебное дело (31.05.01))**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| №  п/п | Наименование дидактической единицы дисциплины ПрОП | Наименование темы задания | Критерий зачета  (0,6-0,7\*на число заданий) | № задания в 1-м варианте  тест - билета |
| 1 | Общие вопросы травматологии и ортопедии. | 1.1. Становление, развитие и достижения современной травматологии и ортопедии. | 5 | 2 |
| 1.2. Переломы костей. Клиника. Классификация. Диагностика. |  |
| 1.3. Регенерация костной ткани.  Осложнения консолидации переломов костей. | 3 |
| 1.4. Основные принципы лечения переломов костей. Реабилитация в травматологии и ортопедии. | 5 |
| 1.5. Рентгенологическая диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. | 16, 17 |
| 1.6. Методы обследования в травматологии и ортопедии. | 9, 13 |
| 1.7. Гипсовая повязка и техника наложения. Скелетное вытяжение. Рентгенологическое обследование в травматологии и ортопедии. |  |
| 1.8. Транспортная иммобилизация. Повреждения мягких тканей. |  |
| 2 | Переломы и повреждения конечностей | 2.1. Травматические вывихи в суставах конечностей. | 1 | 15 |
| 2.2. Хронический остеомиелит. Современное хирургическое лечение. | 1 | 11 |
| 2.3. Переломы и вывихи костей плечевого пояса и плеча. | 3 | 7 |
| 2.4. Переломы и вывихи костей предплечья и кисти. | 14, 21 |
| 2.5. Переломы и вывихи бед­ра. Повреждения коленного сустава. | 24 |
| 2.6. Переломы и вывихи костей голени и стопы. | 25 |
| 2.7. Амбулаторный прием в травма­тологическом пункте. |  |
| 3 | Переломы и повреждения позвоночника и таза | 3.1. Повреждения позвоночника. |  |  |
| 3.2. Повреждения таза. | 1 | 12 |
| 4 | Политравма | 4.1. Множественные и сочетанные повреждения. Травматическая болезнь. | 1 | 6 |
| 4.2. Кровотечения. Кровопотеря. Переливание крови и кровезаменителей. |  |
| 4.3. Травматический шок. Синдром сдавления. Объем помощи на этапах медицинской эвакуации. | 1 |
| 4.4. Травматический шок. Синдром сдавления. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. |  |
| 4.5. Открытые и огнестрельные переломы. |  |
| 5 | Термические поражения. Раны и раневая инфекция | 5.1. Термические поражения. Ожоговая болезнь. Холодовая травма. | 2 | 10 |
| 5.2. Раневая инфекция. |  |
| 5.3. Огнестрельная рана и огнестрельные переломы. | 20, 23 |
| 5.4. Термические поражения. Ожоги и отморожения. Общее охлаждение. Электротравма. |  |
| 6 | Ортопедические заболевания | 6.1. Системные заболевания опорно-двигательной системы | 5 |  |
| 6.2. Деструктивно-дистрофические заболевания позвоночника и суставов. | 18 |
| 6.3. Остеохондропатии (асептические некрозы костей). Опухоли костей. | 22 |
| 6.4. Остеопороз и остеопения в травматологии и ортопедии. | 4 |
| 6.5. Сколиотическая болезнь. | 8 |
| 6.6. Эндопротезирование суставов. Показания и противопоказания. Виды эндопротезов. Осложнения. |  |
| 6.7. Ампутации и экзартикуляции. Протезирование и ортезирование при патологии опорно-двигательного аппарата. |  |
| 6.8. Деформирующий артроз. Этиология и патогенез. |  |
| 6.9. Остеохондропатии. Опухоли костей. Клиника. Диагностика. Лечение. |  |
| 7.0. Ортопедические статические заболевания стоп. |  |

Таблица 2.1.

**Последовательность предъявления заданий и критерии «зачета»**

**освоения ДЕ для одного (второго) варианта тест-билета АПИМ**

**дисциплины «Травматология, ортопедия»**

**(для специальности Лечебное дело (31.05.01))**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| №  п/п | Наименование дидактической единицы дисциплины ПрОП | Наименование темы задания | Критерий зачета  (0,6-0,7\*на число заданий) | № задания в 1-м варианте  тест - билета |
| 1 | Общие вопросы травматологии и ортопедии. | 1.1. Становление, развитие и достижения современной травматологии и ортопедии. | 6 | 1 |
| 1.2. Переломы костей. Клиника. Классификация. Диагностика. |  |
| 1.3. Регенерация костной ткани.  Осложнения консолидации переломов костей. | 22 |
| 1.4. Основные принципы лечения переломов костей. Реабилитация в травматологии и ортопедии. | 13 |
| 1.5. Рентгенологическая диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. | 4 |
| 1.6. Методы обследования в травматологии и ортопедии. | 10, 14 |
| 1.7. Гипсовая повязка и техника наложения. Скелетное вытяжение. Рентгенологическое обследование в травматологии и ортопедии. | 17, 18, 23 |
| 1.8. Транспортная иммобилизация. Повреждения мягких тканей. |  |
| 2 | Переломы и повреждения конечностей | 2.1. Травматические вывихи в суставах конечностей. |  |  |
| 2.2. Хронический остеомиелит. Современное хирургическое лечение. | 1 | 15 |
| 2.3. Переломы и вывихи костей плечевого пояса и плеча. | 4 | 12, 19, 20, 21 |
| 2.4. Переломы и вывихи костей предплечья и кисти. |  |
| 2.5. Переломы и вывихи бед­ра. Повреждения коленного сустава. | 24, 25 |
| 2.6. Переломы и вывихи костей голени и стопы. |  |
| 2.7. Амбулаторный прием в травма­тологическом пункте. |  |
| 3 | Переломы и повреждения позвоночника и таза | 3.1. Повреждения позвоночника. |  |  |
| 3.2. Повреждения таза. | 1 | 2 |
| 4 | Политравма | 4.1. Множественные и сочетанные повреждения. Травматическая болезнь. | 3 | 5, 6 |
| 4.2. Кровотечения. Кровопотеря. Переливание крови и кровезаменителей. |  |
| 4.3. Травматический шок. Синдром сдавления. Объем помощи на этапах медицинской эвакуации. | 7 |
| 4.4. Травматический шок. Синдром сдавления. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. |  |
| 4.5. Открытые и огнестрельные переломы. | 3 |
| 5 | Термические поражения. Раны и раневая инфекция | 5.1. Термические поражения. Ожоговая болезнь. Холодовая травма. |  |  |
| 5.2. Раневая инфекция. |  |
| 5.3. Огнестрельная рана и огнестрельные переломы. Классификация. Морфология. Клиника. Лечение. |  |
| 5.4. Термические поражения. Ожоги и отморожения. Общее охлаждение. Электротравма. | 8 |
| 6 | Ортопедические заболевания | 6.1. Системные заболевания опорно-двигательной системы | 2 |  |
| 6.2. Деструктивно-дистрофические заболевания позвоночника и суставов. |  |
| 6.3. Остеохондропатии (асептические некрозы костей). Опухоли костей. |  |
| 6.4. Остеопороз и остеопения в травматологии и ортопедии. | 16 |
| 6.5. Сколиотическая болезнь. |  |
| 6.6. Эндопротезирование суставов. Показания и противопоказания. Виды эндопротезов. Осложнения. |  |
| 6.7. Ампутации и экзартикуляции. Протезирование и ортезирование при патологии опорно-двигательного аппарата. |  |
| 6.8. Деформирующий артроз. Этиология и патогенез. | 9 |
| 6.9. Остеохондропатии. Опухоли костей. Клиника. Диагностика. Лечение. | 11 |
| 7.0. Ортопедические статические заболевания стоп. |  |

Таблица 2.1.

**Последовательность предъявления заданий и критерии «зачета»**

**освоения ДЕ для одного (третьего) варианта тест-билета АПИМ**

**дисциплины «Травматология, ортопедия»**

**(для специальности Лечебное дело (31.05.01))**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| №  п/п | Наименование дидактической единицы дисциплины ПрОП | Наименование темы задания | Критерий зачета  (0,6-0,7\*на число заданий) | № задания в 1-м варианте  тест - билета |
| 1 | Общие вопросы травматологии и ортопедии. | 1.1. Становление, развитие и достижения современной травматологии и ортопедии. | 3 | 1 |
| 1.2. Переломы костей. Клиника. Классификация. Диагностика. |  |
| 1.3. Регенерация костной ткани.  Осложнения консолидации переломов костей. | 10 |
| 1.4. Основные принципы лечения переломов костей. Реабилитация в травматологии и ортопедии. | 11 |
| 1.5. Рентгенологическая диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. |  |
| 1.6. Методы обследования в травматологии и ортопедии. |  |
| 1.7. Гипсовая повязка и техника наложения. Скелетное вытяжение. Рентгенологическое обследование в травматологии и ортопедии. | 16 |
| 1.8. Транспортная иммобилизация. Повреждения мягких тканей. | 8 |
| 2 | Переломы и повреждения конечностей | 2.1. Травматические вывихи в суставах конечностей. | 1 | 20 |
| 2.2. Хронический остеомиелит. Современное хирургическое лечение. | 1 | 9 |
| 2.3. Переломы и вывихи костей плечевого пояса и плеча. | 5 | 5, 15, 19 |
| 2.4. Переломы и вывихи костей предплечья и кисти. |  |
| 2.5. Переломы и вывихи бед­ра. Повреждения коленного сустава. | 16, 17, 22 |
| 2.6. Переломы и вывихи костей голени и стопы. | 23, 25 |
| 2.7. Амбулаторный прием в травма­тологическом пункте. |  |
| 3 | Переломы и повреждения позвоночника и таза | 3.1. Повреждения позвоночника. | 1 | 14 |
| 3.2. Повреждения таза. |  |  |
| 4 | Политравма | 4.1. Множественные и сочетанные повреждения. Травматическая болезнь. | 2 | 6 |
| 4.2. Кровотечения. Кровопотеря. Переливание крови и кровезаменителей. |  |
| 4.3. Травматический шок. Синдром сдавления. Объем помощи на этапах медицинской эвакуации. | 2 |
| 4.4. Травматический шок. Синдром сдавления. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. | 7 |
| 4.5. Открытые и огнестрельные переломы. |  |
| 5 | Термические поражения. Раны и раневая инфекция | 5.1. Термические поражения. Ожоговая болезнь. Холодовая травма. | 2 |  |
| 5.2. Раневая инфекция. | 18 |
| 5.3. Огнестрельная рана и огнестрельные переломы. Классификация. Морфология. Клиника. Лечение. | 12 |
| 5.4. Термические поражения. Ожоги и отморожения. Общее охлаждение. Электротравма. | 4 |
| 6 | Ортопедические заболевания | 6.1. Системные заболевания опорно-двигательной системы | 3 |  |
| 6.2. Деструктивно-дистрофические заболевания позвоночника и суставов. | 24 |
| 6.3. Остеохондропатии (асептические некрозы костей). Опухоли костей. |  |
| 6.4. Остеопороз и остеопения в травматологии и ортопедии. | 21 |
| 6.5. Сколиотическая болезнь. |  |
| 6.6. Эндопротезирование суставов. Показания и противопоказания. Виды эндопротезов. Осложнения. |  |
| 6.7. Ампутации и экзартикуляции. Протезирование и ортезирование при патологии опорно-двигательного аппарата. |  |
| 6.8. Деформирующий артроз. Этиология и патогенез. | 3 |
| 6.9. Остеохондропатии. Опухоли костей. Клиника. Диагностика. Лечение. | 13 |
| 7.0. Ортопедические статические заболевания стоп. |  |

**Инструкция по проведению педагогических измерений**

Эксперт, проводящий тестирование, должен иметь следующий комплект материалов:

1. Инструкцию и бланк отчета о проведении тестирования.
2. Тест-билеты в количестве, равном списочному составу группы (плюс 1-2 билета).
3. Бланки для ответов в соответствии с количеством тестируемых (плюс 3-4 бланка).
4. Справочные материалы (если они необходимы по условиям тестирования).
5. Листы для черновиков.

**1. Начальный этап**

В начале тестирования эксперт должен:

1. Объяснить цель тестирования, указать количество заданий и время выполнения теста.

2. Напомнить студентам, что использование каких-либо справочных материалов не допускается.

3. Раздать бланки для ответов, справочные материалы и листы для черновиков.

4. Объяснить правила заполнения бланка для ответов и показать на доске пример такого заполнения.

Напомнить, что основное требование при заполнении бланка – разборчивость сведений, поэтому делать записи лучше печатными буквами.

5. Проверить правильность заполнения бланка для ответов каждым студентов.

6. Напомнить студентам правила записи ответов в бланке (запись номера, штриховка или другие способы).

7. Указать на недопустимость штриховки опорных квадратов для сканера (для бланков сканерного ввода).

**2. Основной этап**

На этом этапе эксперту необходимо:

1.Раздать билеты с заданиями, соблюдая принцип отличия вариантов у ближайших соседей.

2.Зафиксировать время начала работы над текстом и указать момент ее окончания (эти отметки времени записать на доске).

3.Проконтролировать проставление студентами в листе ответов номера полученного варианта тест-билета.

4.Обеспечить самостоятельность работы студентов.

В процессе выполнения теста могут возникнуть ситуации, не предусмотренные процедурой тестирования. Все эти отклонения обязательно должны быть отражены в отчете.

Приведем некоторые из возможных ситуаций.

Некорректные вопросы. Вопросы тестируемых.

Если у кого-либо из студентов возникнут уточняющие вопросы или замечания по заданиям теста, то следует записать фамилию студента и кратко описать вопросы (замечания), указав номер варианта и задания. (Напоминаем, что ответы на вопросы не должны служить подсказкой для решения!).

*Неверная запись ответов.*

Иногда студент неправильно отмечает ответы в бланке для ответов или делает отметки в тест-билете. В этом случае предложите студенту либо заполнить новый бланк ответов, либо внести исправления в старый. Любые исправления в листе ответов должны быть заверены подписью эксперта и, при необходимости, дано краткое пояснение.

**3. Завершение тестирования**

По истечению времени тестирования следует собрать все материалы, провести их сортировку и заполнить отчет о проведении тестирования.

При сборе материалов эксперт обязан еще раз проверить соответствие номера варианта в бланке ответов и тест-билете.

*Для сбора материалов не следует привлекать студентов!*

Сортировка материалов предполагает разделение на отдельные пачки тест билетов, листов ответов, справочных материалов и черновиков.

**Варианты тест – билетов**

**Тест – билет для специальности**

**31.05.01 «Лечебное дело»**

**25 вопросов на 25 минут**

**Вариант № 1**

**Указания**: все задания имеют 4 варианта ответа, из которых правильный только один. Номер выбранного вами ответа проставляете цифрой в контрольном листе опроса напротив номера задания.

1. Шоковый индекс (индекс Алговера)— это:

1) отношение частоты пульса к величине систолического давления.

2) отношение величины систолического давления к частоте пульса.

3) отношение частоты пульса к частоте дыхания.

4) отношение величины систолического давления к частоте дыхания.

2.Основоположником метода чрескостного остеосинтеза в нашей стране является известный травматолог – ортопед:

1. Каплан А.В.
2. Чаклин Б.Д.
3. Илизаров Г.А.
4. Ткаченко С.С.

3. При сращении перелома в условиях гипоксемии или нестабильной фиксации регенерат в основном состоит из:

1. соединительной ткани.
2. хрящевых клеток.
3. губчатой кости.
4. пластинчатой кости.

4. Основу заболевания «Остеопороз» составляет:

1) потеря минеральной плотности и массы костной ткани.

2) дегенеративно-дистрофические процессы.

3) инфекционно-воспалительный процесс.

4) нарушение микроциркуляции костей и мягких тканей.

5. Медицинская реабилитация должна начинаться:

1) с первым контактом пострадавшего и врача скорой помощи.

2) после выписки из стационара.

3) при после выписки с больничного листа.

4) при наличии группы инвалидности.

1. К сочетанным травмам относятся следующие повреждения:

1) закрытый перелом правого бедра, открытый перелом левого бедра.

2) ожог II степени предплечья, перелом лучевой кости.

3) перелом IV—VII ребер, сотрясение головного мозга.

4) перелом лонной, седалищной, подвздошной костей таза.

7. Внутрисуставные переломы проксимального конца плечевой кости:

1. перелом анатомической шейки
2. перелом хирургической шейки
3. перелом бугорков плечевой кости
4. эпизизеолизы головки

8. Массаж мышц спины при сколиотической деформации позвоночника

необходимо выполнять:

1. более активно на вогнутой стороне искривления.
2. более активно на выпуклой стороне искривления.
3. активно на обеих сторонах искривления.
4. с элементами мануальной терапии, направленными на мобилизацию искривления.

9. В норме вершина большого вертела располагается:

1) на линии Розера – Нелатона

2) выше линии Розера – Нелатона

3) ниже линии Розера – Нелатона

4) медиальнее линии Розера – Нелатона

1. Сколько степеней выделяют для характеристики глубины термического ожога:
2. дну
3. две
4. три
5. четыре
6. пять
7. Под термином «остеомиелит» в настоящее время понимают:

1) инфекционно-воспалительное поражение костной ткани.

2) инфекционно-воспалительное поражение мышечной ткани.

3) инфекционно-воспалительное поражение соединительной ткани.

4) инфекционно-воспалительное поражение жировой ткани.

1. Лечение разрыва лонного сочленения в ранние сроки проводится методом:

1) лечения на гамаке;

2) открытого погружного металлоостеосинтеза;

3) внеочагового остеосинтеза;

4) скелетного вытяжения.

1. Основное клиническое отличие костного анкилоза от фиброзного:
2. форма сустава
3. укорочение конечности
4. отсутствие боли в области сустава
5. удлинение конечности
6. При переломах костей предплечья гипсовая повязка должна быть наложена:
7. до верхней трети плеча
8. до нижней трети плеча
9. до верхней трети предплечья
10. до локтевого сустава
11. Наиболее достоверным признаком вывиха в суставе является:  
    1) боль.

2) крепитация.

3) пружинящая фиксация.

4) изменение длины конечности.

1. Фистулография – метод рентгенологического исследования при:
2. ложном суставе трубчатой кости.
3. доброкачественной опухоли.
4. остеомиелите.
5. остеохондропатии.

17. При деформирующем артрозе рентгенологически суставная щель:

1) сужена.

2) расширена.

3) не изменена.

4) неравномерна.

18. Поражение каких морфологических структур пер­вично при остеохондрозе:

1) межпозвоночные диски.

2) связочный аппарат позвоночника.

3) межпозвонковые суставы.

4) тела позвонков.

19. Транспортную иммобилизации при оказании первой врачебной помощи выполняют с помощью:

1) подручных средств.

2) табельных шин.

3) гипсовых транспортных повязок.

4) временной фиксации модулем аппарата.

20. Введение столбнячного анатоксина показано на этапе:

1) само- и взаимопомощи;

2) доврачебной помощи;

3) первой врачебной помощи;

4) квалифицированной помощи.

1. При переломе лучевой кости в типичном месте гипсовая повязка накладывается:
2. от локтевого сустава до основания пальцев.
3. от локтевого сустава до кончиков пальцев.
4. от нижней трети плеча до кончиков пальцев.
5. от локтевого сустава до лучезапястного сустава.
6. В основе остеохондропатии лежит процесс:

1) асептический некроз.

2) нагноение.

3) дегенерация.

4) пограничный с опухолевидным.

1. Главная цель первичной хирургической обработки раны:

1) удаление нежизнеспособных тканей.

2) ушивание раны.

3) ревизия раневого канала.

4) металлоостеосинтез костей.

1. Для переломов бедра в нижней трети типично смещение дистального отломка:
   1. по длине и кзади.
   2. по длине и кпереди.
   3. кнутри.
   4. кнаружи.

1. Пяточный-таранный угол Белера в норме:
   1. 10-20°. 3) 20 – 400
   2. 20-30°. 4) 20 – 500

**Варианты тест – билетов**

**Тест – билет для специальности**

**31.05.01 «Лечебное дело»**

**25 вопросов на 25 минут**

**Вариант № 2**

**Указания**: все задания имеют 4 варианта ответа, из которых правильный только один. Номер выбранного вами ответа проставляете цифрой в контрольном листе опроса напротив номера задания.

1. Первым заведующим кафедрой травматологии, ортопедии в СГМУ (в прошлом АГМИ) был профессор:

1) Барков Б.А.

2) Орлов Г.А.

3) Шалаев М.И.

4) Цель В.Ф.

2.Разрыв симфиза характеризуется положительным симптомом:

1. симптом «прилипшей пятки»
2. вынужденное положение (бедра согнуты и ротированы внутрь )
3. уменьшение расстояния между вертелом и симфизом
4. болезненность по ходу запирательного канала

3. Главным мероприятием для предупреждения инфекционных осложнений открытого перелома является:

1) первичная хирургическая обработка

2) введение антибиотиков

3) промывание костной раны антисептиками

4) вправление отломков

4. К рентгенологическим признакам остеохондроза относится:

1. увеличение высоты межпозвоночных дисков
2. остеолизис костной ткани
3. краевые остеофиты
4. образование костных мостиков (синдесмофитов) между прилегающими позвонками

5. При множественных переломах костей в первую очередь лечат консервативно или оперируют:

1) перелом бедра

2) перелом костей таза

3) перелом плечевой кости

4) доминирующий перелом, представляющий угрозу жизни больного

6. Сочетанное повреждение это:

1. перелом бедра, повреждение печени
2. двойной (бамперный) перелом костей голени
3. перелом пястных костей и повреждение сухожилий сгибателей пальцев той же кисти
4. переломы таранной и I плюсневой костей

7. Наиболее серьезным расстройством, угрожающим жизни пострадавшего при синдроме длительного сдавления, является:

1) острая почечная недостаточность

2) кровопотеря

3) сердечная недостаточность

4) нарушение дыхания

8. При определении степени ожога используется:

1. оценка площади повреждения
2. спиртовая проба
3. локализация повреждения
4. все вышеперечисленное

9. Патологический процесс при остеоартрозе захватывает ткани сустава:

1. внутрисуставные  связки и околосуставные мышцы
2. суставную капсулу и синовиальную  оболочку
3. суставной хрящ
4. все вышеперечисленное

10. Анатомическая длина нижней конечности измеряется:

1) от передней верхней ости подвздошной кости до наружной лодыжки

2) от передней верхней ости до внутренней лодыжки

3) от большого вертела до наружной лодыжки

4) от большого вертела до внутренней лодыжки

11. Злокачественные опухоли отличаются от доброкачественных:

1. быстрым ростом
2. выраженным болевым синдромом
3. изменением окраски кожи над опухолью.

4) возникновением патологического перелома

12. Виды гипсовых повязок для иммобилизации переломов хирургической шейки плеча:

1. Смирнова-Ванштейна
2. торакобрахиальная повязка
3. деротационный сапожок
4. кокситная повязка

13. Наиболее тяжелое осложнение, которое может возникнуть при несвоевременном оказании медицинской помощи при закрытом переломе это:

1) большая кровопотеря в виде гематомы

2) смещение отломков

3) ретракция мышц

4) повреждение сосудов и нервов отломками

14. Длина кисти измеряется:

1) от шиловидного отростка лучевой кости до кончика 2 пальца

2) от середины расстояния между шиловидными отростками до кончика 3 пальца

3) от шиловидного отростка лучевой кости до кончика 3 пальца

4) от шиловидного отростка локтевой кости до кончика 3 пальца

15. Первично-хронический остеомиелит это:

1) абсцесс Броди

2) операционный остеомиелит

3) гематогенный остеомиелит

4) абсцесс мягких тканей с переходом гнойного процесса на костную ткань

16. Какое из перечисленных препаратов можно отнести к базисным при лечении остеопороза:

1) бисфосфонаты (алендранон)

2) сосудистые (трентал)

3) гормональные (дипроспан)

4) нестероидные противовоспалительные препараты (мовалис)

17. При замачивании гипсовых бинтов для наложения повязки вода должна быть:

1) холодной

2) горячей

3) «комнатной» температуры

4) все равно какой температуры

18. При наложении лонгетно – циркулярных повязок на конечности лонгеты изготовляются из слоев гипсового бинта:

1) двух. 3) четырех.

2) трех. 4) шести.

19. При переднее- нижнем вывихе плечо:

1. отведено.
2. приведено.
3. ротировано кнаружи.
4. приведено и ротировано кнаружи.
   1. Перелом анатомической шейки плеча:
5. внутрисуставной
6. внесуставной
7. околосуставной
8. надсуставной
   1. Для лечебной иммобилизации переломов плеча применяется:
9. косыночная повязка
10. повязка Дезо
11. торако-брахиальная повязка
12. гипсовая лонгета
    1. Под первичным сращением перелома понимают:

1) сращение, которое происходит путем непосредственного образования интермедиарной костной мозоли, без предварительной периостальной мозоли

2) сращение, которое происходит путем непосредственного образования периостальной костной мозоли

3) сращение, которое происходит путем непосредственного образования интермедиарной костной мозоли и периостальной мозоли

4) сращение, которое происходит путем непосредственного образования эндостальной костной мозоли и периостальной мозоли

* 1. Амбулаторный хирург должен выполнить иммобилизацию пациенту с переломом в области локтевого сустава:

1. повязку Дезо
2. шину Крамера
3. торакобрахиальную повязку
4. косынку

24. Основным методом оперативного лечения свежих медиальных переломов шейки бедра является:

1) компрессионно – дистракционный остеосинтез

2) костная пластика

3) металлоостеосинтез

4) гипсовая повязка

25. Переломы надколенника со значительным расхождением отломков требуют лечения:

1) гипсовой повязкой

2) гипсовой повязкой после ручной репозиции

3) скелетным вытяжением

4) оперативного вмешательства

**Варианты тест – билетов**

**Тест – билет для специальности**

**31.05.01 «Лечебное дело»**

**25 вопросов на 25 минут**

**Вариант № 3**

**Указания**: все задания имеют 4 варианта ответа, из которых правильный только один. Номер выбранного вами ответа проставляете цифрой в контрольном листе опроса напротив номера задания.

1. Кто считается «родоначальником» спицевого компрессионно – дистракционного остеосинтеза:

1) Илизаров Г.А.

2) Сиваш К.М.

3) Калнберз

4) Фридланд М.О.

2. Для травматического шока характерно:

1. тахикардия
2. брадикардия
3. артериальная гипертензия
4. гиперемия кожи

3. В классификации Н.С.Косинской (1961) выделяют несколько стадий остеоартроза:

1) две

* 1. три
  2. четыре
  3. пять

4. Первой стадией ожоговой болезни является:

1. реконвалесценция
2. ожоговая токсемия
3. шок
4. септикотоксемия

5. При оказании специализированной помощи вправляют вывих плеча:

1. под общим обезболиванием
2. под местной анестезией
3. под проводниковой анестезией
4. после введения только обезболивающих средств

6. Политравма – это:

1. множественные, сочетанные или комбинированные повреждения
2. травмы, сопровождающиеся асфиксией
3. травмы, сопровождающиеся шоком
4. травмы, сопровождающиеся кровотечением

7. При травматическом шоке I степени происходит нарушение кровоснабжения:

1. паренхиматозных органов
2. головного мозга
3. конечностей
4. паренхиматозных органов и конечностей

8. Шина Крамера является:

1. лечебной
2. транспортно-лечебной
3. транспортной

4) асептической

9. Возможное осложнение длительно текущего хронического остеомиелита:

* 1. хроническая почечная недостаточность

2) сахарный диабет

3) пиелонефрит

4) трофические язвы

10. К зрелым клеткам костной ткани относятся:

1. остеогенные

2) остеобласты

3) остеоциты

4) остеокласты

11. К принципам лечения травматолого-ортопедических пациентов относят:

1) оказание помощи в экстренном порядке

2) адекватное обезболивание на всех этапах лечения

3) репозиция отломков костей при их переломах

4) все вышеперечисленное

1. Первичный некроз при огнестрельной ране возникает за счет:
2. механического повреждения ткани ранящим снарядом
3. избыточного давления воздуха в «пульсирующей полости»
4. нарушения кровообращения в тканях стенок ранящего канала
5. ожога тканей

13. При гигантоклеточной опухоли (остеобластокластоме) прогноз:

1) прогноз благоприятный

2) в 40% случаев наступает озлокачествление и метастазирование

3) не наступает перерождение и метастазов не бывает

4) потенциально все остеобластокластомы злокачественны

14. Показания к функциональному методу лечению повреждений позвоночника:

1) осложненные компрессионные переломы

2) компрессионные переломы 1 степени

3) компрессионные переломы 3 степени

4) переломы остистых и поперечных отростков

1. Перелом анатомической шейки плеча:

1) внутрисуставной

2) внесуставной

3) околосуставной

4) надсуставной

1. Шейка бедра по отношению к диафизу располагается:
2. под углом 1000
3. под углом 900
4. под углом 1270 – 1350
5. под углом 1500

17. Скелетное вытяжение при переломах диафиза бедренной кости наиболее эффективно при проведенной спице через:

1) мыщелки бедра

2) бугристость большеберцовой кости

3) пяточную кость

4) надлодыжечную область

18. Анаэробная инфекция имеет тенденцию распространяться по:

1) подкожно-жировой клетчатке;

2) межмышечным пространствам;

3) нервным стволам;

4) лимфатическим сосудам.

1. При переломе диафиза плечевой кости чаще других повреждается нерв:
2. лучевой
3. локтевой
4. срединный
5. седалищный

20. Застарелым вывих плеча считается по истечению после травмы:

1) 3 часов 3) 3 суток

2) 24 часов 4) 3 недель

21. Денситометрия позволяет установить нарушения:

1) минеральной плотности костной ткани

2) жирового обмена

3) белкового обмена

4) углеводного обмена

1. При заболеваниях коленного сустава возможны блокады сустава вследствии:
2. болезни Кенига
3. синовиита
4. перелома головки малоберцовой кости
5. костно-краевых разрастаний
6. Показания к операции артродеза голеностопного сустава:
7. застарелые случаи невправленных переломов лодыжек
8. несросшиеся переломы лодыжек
9. неправильно сросшиеся переломы лодыжек с подвывихом стопы
10. застарелые случаи переломовывихов лодыжек с признаками деформирующего артроза.
11. Основная задача консервативного лечения деформирующего артроза состоит:

1) в устранении контрактуры сустава.

2) в увеличении объема движений.

3) в снятии болевого синдрома.

4) в компенсации укорочения конечности.

25. Возможное серьезное осложнение перелома наружного мыщелка большеберцовой кости со смещением отломков:

1) перелом головки малоберцовой кости

2) повреждение сосуда

3) повреждение малоберцового нерва

4) вывих головки малоберцовой кости

**Ключи верных ответов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 1 | 2 | 3 |
| 1 | 1 | 4 | 1 |
| 2 | 3 | 1 | 2 |
| 3 | 2 | 1 | 2 |
| 4 | 1 | 3 | 3 |
| 5 | 1 | 4 | 1 |
| 6 | 3 | 1 | 1 |
| 7 | 1 | 1 | 3 |
| 8 | 4 | 2 | 3 |
| 9 | 1 | 4 | 1 |
| 10 | 4 | 3 | 3 |
| 11 | 1 | 1 | 4 |
| 12 | 1 | 2 | 1 |
| 13 | 3 | 4 | 4 |
| 14 | 1 | 2 | 2 |
| 15 | 3 | 3 | 1 |
| 16 | 3 | 1 | 3 |
| 17 | 1 | 3 | 1 |
| 18 | 1 | 3 | 2 |
| 19 | 2 | 1 | 1 |
| 20 | 1 | 1 | 4 |
| 21 | 1 | 3 | 1 |
| 22 | 1 | 1 | 1 |
| 23 | 1 | 2 | 4 |
| 24 | 1 | 3 | 3 |
| 25 | 3 | 4 | 3 |

**Контрольный лист опроса**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Тест по: |
| 2 | Вариант №  ВУЗ  Дата \_\_\_\_\_\_\_\\_\_\_\_\_\_\_\_\\_\_\_\_\_\_\_ Курс\_\_\_\_\_\_\_\_  Группа\_\_\_\_\_\_\_  Специальность (напр. подготовки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Шифр.спец. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. (или номер зачётной книжки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3 |
| 4 |
| 5 |
| 6 |
| 7 |
| 8 |
| 9 |
| 10 |
| 11 |
| 12 |
| 13 |
| 14 |
| 15 |
| 16 |
| 17 |
| 18 |
| 19 |
| 20 |
| 21 |
| 22 |
| 23 |
| 24 |
| 25 |

**Банк заданий**

**1. Общие вопросы травматологии и ортопедии**

**1.1. Становление, развитие и достижения современной травматологии и ортопедии**

1. «Родоначальницей», от которой отделилась и стала самостоятельной травматология, является:

1) мануальная терапия.

2) лечебная физкультура.

3) ортопедия.

4) \*хирургия.

1. Основоположником метода чрескостного спицевого остеосинтеза в нашей стране является известный травматолог – ортопед:
2. Каплан А.В.
3. Чаклин Б.Д.
4. \*Илизаров Г.А.
5. Ткаченко С.С.

3. Первым заведующим кафедрой травматологии, ортопедии в СГМУ (в прошлом АГМИ) был профессор:

1) Барков Б.А.

2) Орлов Г.А.

3) Шалаев М.И.

4) \*Цель В.Ф.

4. Какая существует норма лечебной нагрузки на врача – ординатора травматолого-ортопедического отделения:

1) 10 больных

2) \*20 больных

3) 25 больных

4) 30 больных

5. Эмблемой травматолога – ортопеда признана фигура человека:

1. с ортезом на ноге.
2. на костылях.
3. \*со сломанным за ненадобностью костылем.
4. в гипсовой тазобедренной повязке.

6. Кто является родоначальником метода скелетного вытяжения в России:

1. К.Ф.Вегнер; \*
2. М.И.Ситенко;
3. Н.К.Митюнин;
4. В.В.Ключевский.

7. Одна из первых попыток замены сустава в мировой практике была предпринята:

1) Willes; 3) Smith-Peterson;

2) Gluck, ом; \* 4) A.Moore.

8. В России пионером эндопротезирования крупных суставов был:

1) М.В.Волков; 3) И.А.Мовшович; \*

2) К.М. Сиваш; 4) С.В.Вирабов.

**1.2. Переломы костей. Классификация. Клиника. Диагностика.**

1. Выделите клинические симптомы, абсолютные для перелома кости:

1) \*патологическая подвижность и крепитация костных отломков

2) отечность и кровоизлияние в мягкие ткани

3) локальная болезненность и нарушение функции

4) деформация конечности

2. Считается целесообразным удлинение нижней конечности аппаратом внешней фиксации при укорочении ее более:

1. 1 см.
2. \*4 см.
3. 2 см.
4. 3 см.

3. Главным мероприятием для предупреждения инфекционных осложнений открытого перелома является:

1) \*первичная хирургическая обработка

2) введение антибиотиков

3) промывание костной раны антисептиками

4) вправление отломков

4. Основным методом консервативного лечения свежих диафизарных переломов костей голени является:

1) гипсовая повязка

2) \*скелетное вытяжение в течение 1.5 месяцев, затем – гипсовая повязка

3) скелетное вытяжение в течение 4 месяцев

4) вывих головки малоберцовой кости

5. При переломах мыщелков голени кровь в коленном суставе (гемартроз) бывает:

1) \*всегда

* 1. иногда
  2. при нагрузке
  3. при движениях

6. Абдукционный перелом хирургической шейки плеча возникает:

1. при приведении плеча
2. \*при отведении плеча
3. при нейтральном положении
4. при любом из перечисленных положений

7. Абсолютными показаниями к металлоостеосинтезу переломов костей конечностей являются:

1. закрытые переломы
2. \*переломы костей с повреждением сосудисто-нервного пучка
3. открытые переломы
4. внутрисуставные переломы без смещения отломков

8. Показания для применения фиксационного способа лечения:

1. диафизарные переломы с повреждением сосудов и нервов
2. поперечный перелом бедренной кости в средней трети
3. медиальные переломы шейки бедра
4. \*вколоченные переломы хирургической шейки плеча

**1.3. Регенерация костной ткани.**

1. При сращении перелома в условиях гипоксемии или нестабильной фиксации регенерат в основном состоит из:

1. соединительной ткани.
2. \*хрящевых клеток.
3. губчатой кости.
4. пластинчатой кости.

2. Назовите основную причину медленного и длительного сращения перелома шейки бедра:

1) пожилой возраст

2) остеопороз

3) сопутствующие заболевания

4) \*отсутствие на шейке бедра надкостницы и нарушение крово­снабжения шейки бедренной кости в момент травмы

3. Укажите наиболее вероятную причину несращения перелома кости:

1) кратковременность иммобилизации

2) частые смены гипсовой повязки

3) \*наличие интерпозиции мягких тканей между отломками

4) сохраняющееся смещение между отломками

4. Первичное костное сращение происходит за счет:

1) периостальной мозоли

2) эндостальной мозоли

3) \*интермедиарной мозоли

4) всех видов мозоли

5. К хрящевым тканям относится:

* 1. ретикулофиброзная;
  2. пластинчатая;
  3. дентиноидная;
  4. эластическая.\*

6. К костным тканям относится:

* 1. пластинчатая; \*
  2. волокнистая;
  3. гиалиновая;
  4. эластическая.

7. Постоянными клеточными элементами костной ткани являются:

* 1. остеобласты;\*
  2. фибробласты;
  3. ретикулоциты;
  4. адипоциты.

8. Вторичное сращение костных фрагментов происходит за счёт:

* 1. периостальной мозоли; \*
  2. интермедиарной мозоли;
  3. эндостальной мозоли;
  4. г) всех видов мозоли.

**1.4. Основные принципы лечения переломов костей. Реабилитация в травматологии и ортопедии**

1. При каком вывихе после его устранения наиболее длительная реабилитация:

1) плеча.

2) кисти.

3) \*бедра.

4) голени.

2. При множественных переломах костей в первую очередь вправляют консервативно или оперируют:

1) перелом бедра

2) перелом костей таза

3) перелом плечевой кости

4) \*доминирующий перелом, представляющий угрозу жизни больного

1. При оказании специализированной помощи вправляют вывих плеча:
2. \*под общим обезболиванием
3. под местной анестезией
4. под проводниковой анестезией
5. после введения только обезболивающих средств

4. Целью реабилитации является:

* 1. компенсирование некачественного лечения;
  2. компенсирование недолеченности;
  3. компенсирование остаточных явлений болезни и посттравматических последствий;
  4. \*реабилитационная профилактика и восстановление.

5. Медицинская реабилитация начинается:

* 1. \*с первым контактом больного с медицинской помощью;
  2. при выписке из стационара или окончания амбулаторного лечения;
  3. с момента определения группы инвалидности;
  4. по стиханию острого периода па­тологического процесса.

**1.5. Рентгенологическое обследование**

1. Принципы рентгенологического обследования пациентов:

1) две проекции

2) снимки хорошего качества

3) при рентгенографии диафизарной части длинной трубчатой кости захватывать и ближайший сустав

4) все вышеперечисленное \*

2. Фистулография – метод рентгенологического исследования при:

1. ложном суставе трубчатой кости
2. доброкачественной опухоли
3. \*остеомиелите
4. остеохондропатии

3. Радиоульнарный угол в норме равен:

1) 50 2) 100 3) \*300 4) 600

4. В отличие от обычной рентгенографии контрастная рентгенография выявляет:

1. подвывих фрагмента мелкого сустава
2. повреждения хрящевой прослойки сустава
3. \*скрытую полость с секвестрами в трубчатой кости
4. патологический перелом

5. Шейка бедра по отношению к диафизу располагается:

1. под углом 1000
2. под углом 900
3. \*под углом 1270 – 1350
4. под углом 1500

6. При деформирующем артрозе рентгенологически суставная щель:

1) \*сужена.

2) расширена.

3) не изменена.

4) неравномерна.

7. Ориентиром при счете позвонков на спондилограмме шейного отдела является:

а) основание черепа

б) остистый отросток 1-го шейного позвонка

в) зуб 2-го шейного позвонка

г) остистый отросток 2-го шейного позвонка

д) правильно в) и г)\*

8. Для выявления перелома зуба 2-го шейного позвонка

следует производить рентгенографию, используя укладку

а) передне-заднюю через открытый рот \*

б) боковую (профильную)

в) аксиальную

г) при максимальном наклоне головы

9. Для рентгенологической диагностики разрывов крестцово-седалищных сочленений со смещением фрагментов в сагитальной плоскости основное значение имеет укладка по Драчуку:

а) передне-задняя, но с разведением бедер

б) боковая, профильная, но с приведением к животу бедер

в) кассета с пленкой устанавливается между ног,

и луч аппарата проходит через большое тазовое отверстие

г) положение больного на животе с разведенными бедрами \*

д) рентгеновский луч направляется под углом 45° по направлению к сочленениям

10. Используя контрастную рентгенографию в отличие от классической, можно выявить

а) подвывих фрагмента мелкого сустава

б) повреждения хрящевой прослойки сустава

в) секвестры в трубчатой кости

г) скрытую полость в диафизе кости

д) правильно в) и г) \*

**1.6. Методы обследования в травматологии и ортопедии. Курация больных. Обход отделения**

1. Наиболее устойчива к сколиозу:

1. плоская спина.
2. \*кругло – вогнутая спина.
3. сутулая спина.
4. общекруглая спина.

2. В норме вершина большого вертела располагается:

1) \*на линии Розера – Нелатона

2) выше линии Розера – Нелатона

3) ниже линии Розера – Нелатона

4) медиальнее линии Розера – Нелатона

1. Анатомическое укорочение конечности «говорит» о повреждении:
2. сустава
3. \*кости
4. сосуда
5. связок

4. Укорочение нижней конечности максимально выражено при вывихе бедра:

1. надлонном
2. \*подвздошном
3. седалищном
4. запирательном

5. Для измерения движений в сагиттальной плоскости в плечевом суставе за исходной угол положения плеча принимают:

1) \*00

2) 450

3) 900

4) 1800

6. Шарнирные гипсовые повязки используются при переломах:

1) метафиза кости

2) диафиза кости

3) \*внутрисуставных

4) переломовывихах

7. Анатомическая длина нижней конечности измеряется:

1) от передней верхней ости подвздошной кости до наружной лодыжки

2) от передней верхней ости до внутренней лодыжки

3) \*от большого вертела до наружной лодыжки

4) от большого вертела до внутренней лодыжки

8. В норме у женщин ось голени отклонена:

1) \*кнаружи от оси бедра (genu valgum)

2) кнутри от оси бедра (genu varum)

3) продолжает ось бедра (genu rectum)

4) кнутри или продолжает ось бедра

9. При ригидности в суставе:

1. сохранены движения в полном объеме
2. отсутствуют движения
3. \*движения в пределах 30 – 50
4. движения в пределах 900

10. Укорочение нижней конечности максимально выражено при вывихе бедра:

1. надлонном

2) \*подвздошном

3) седалищном

4) запирательном

11. В норме у женщин ось голени отклонена:

1) \*кнаружи от оси бедра (genu valgum)

2) кнутри от оси бедра (genu varum)

3) продолжает ось бедра (genu rectum)

4) кнутри или продолжает ось бедра

12. В норме у мужчин ось голени:

1) продолжает ось бедра (genu rectum)

2) отклонена кнаружи от оси бедра(genu valgum)

3) отклонена кнутри от оси бедра(genu varum)

4) \*продолжает ось бедра или отклонена кнутри от оси бедра

**1.7. Гипсовая техника, скелетное вытяжение**

1. Показаниями для скелетного вытяжения служат

а) тяжелые и множественные повреждения конечностей

б) жировая эмболия

в) открытые переломы с повреждением мышц

г) косые и винтообразные диафизарные переломы длинных трубчатых костей \*

2. Противопоказания для скелетного вытяжения

а) оскольчатые переломы длинных трубчатых костей

б) около-внутрисуставные переломы

в) некритическое поведение больного \*

г) вторично-открытые переломы длинных трубчатых костей

3. Кто является родоначальником метода скелетного вытяжения в России

а) К.Ф.Вегнер \*

б) М.И.Ситенко

в) Н.К.Митюнин

г) В.В.Ключевский

4.Противопоказанием для наложения гипсовой повязки является

а) множественная и сочетанная травма конечностей

б) анаэробная инфекция \*

в) открытые переломы

г) тяжелая черепно-мозговая травма

5.Показания для применения гипсовой кокситной повязки

а) внутрисуставной перелом мыщелков большеберцовой кости

б) медиальный перелом шейки бедра со смещением

в) перелом диафиза бедренной кости в нижней трети \*

г) перелом костей таза

6. Скелетное вытяжение при переломах диафиза бедренной кости наиболее эффективно при проведенной спице через:

1) \*мыщелки бедра

2) бугристость большеберцовой кости

3) пяточную кость

4) надлодыжечную область

7. Скелетное вытяжение обычно накладывается под:

1) \*местной анестезией.

2) общим обезболиванием.

3) проводниковой анестезией.

4) футлярной анестезией.

8. Гипсовая торако-брахиальная повязка используется при:

1) переломе ключицы.

2) переломе хирургической шейки плечевой кости.\*

3) переломе лучевой кости.

4) переломе лопатки.

9. Большая тазобедренная гипсовая повязка (кокситная) используется при:

1) переломе бедренной кости.\*

2) переломе большеберцовой кости.

3) переломе малоберцовой кости.

4) переломе костей таза.

10. Гипсовая повязка Волковича используется при:

1) переломе ключицы.

2) переломе лопатки.

3) переломе хирургической шейки плечевой кости.\*

4) переломе костей предплечья.

**1.8. Транспортная иммобилизация. Повреждения мягких тканей.**

1. Иммобилизация - это:
   1. обездвиживание;\*
   2. создание покоя;
   3. создание вынужденного положения;
   4. ограничение объема движений.
2. Шина Крамера является:
   1. лечебной;
   2. транспортно-лечебной;
   3. транспортной; \*
   4. асептической.
3. Лечебная иммобилизация – это:
   1. гипсовая повязка; \*
   2. асептическая повязка;
   3. герметизирующая повязка;
   4. изолирующая повязка.
4. Скелетное вытяжение является методом:
   1. иммобилизации; \*
   2. репозиции;
   3. реабилитации;
   4. метод антисептики.
5. Шина Дитерихса используется для иммобилизации:
   1. верхней конечности;
   2. костей свода черепа;
   3. позвоночника;
   4. нижней конечности.\*
6. Шина ЦИТО является:
   1. транспортной;
   2. транспортно-лечебной; \*
   3. индивидуальной;
   4. средством борьбы с инфекцией.
7. Транспортная шина накладывается на срок:
   1. не более 1,5 часов;
   2. не более 2 часов;
   3. на срок транспортировки пострадавшего;\*
   4. в зависимости от сезона года.
8. При переломе ребер лечебная иммобилизация:
   1. не показана; \*
   2. показана;
   3. в зависимости от количества сломанных ребер;
   4. при наличии гемоторакса.
9. Лестничная шина должна моделироваться по
   1. форме поврежденной конечности;\*
   2. форме здоровой конечности;
   3. не должна моделироваться;
   4. по обстоятельствам.
10. Гипсовая лонгета используется для транспортной иммобилизации?
    1. да; \*
    2. нет;
    3. при синдроме длительного сдавления;
    4. не используется, если имеется открытый перелом.

**2. Переломы и повреждения конечностей**

**2.1. Травматические вывихи в суставах конечностей**

1. При переднее-нижнем вывихе плечо:

1. \*отведено.
2. приведено.
3. ротировано кнаружи.
4. приведено и ротировано кнаружи.

2. Застарелым вывих плеча считается по истечению после травмы:

1) 3 часов

2) 24 часов

3) 3 суток

4) \*3 недель

3. Для переломовывиха головки плеча характерно

1. укорочение плеча
2. "пружинящие" движения отсутствуют
3. при пассивных движениях ощущается "костный хруст"
4. все перечисленное верно\*

4. Под каким видом обезболивания следует вправлять травмати­ческий вывих бедра:

1) местная анестезия

2) проводниковая анестезия

3) наркоз \*

4) внутрикостная анестезия

5.Укажите, при каком вывихе бедра возможно сдавление бед­ренных сосудов:

1) подвздошный вывих

2) седалищный вывих

3) лонный вывих \*

4) запирательный вывих

6. Метод лечения привычного вывиха плеча:

1. оперативное лечение. \*
2. закрытое вправление и иммобилизация в гипсовой повязке
3. открытое вправление и иммобилизация в гипсовой повязке
4. медикаментозная терапия, ЛФК, массаж

7. Наиболее часто вывихи возникают:

1. в тазобедренном суставе.
2. в коленном суставе
3. в плечевом суставе\*
4. в локтевом суставе

8.Вывих плеча часто сопровождается переломом:

1) малого бугорка

2) большого бугорка\*

3) шиловидного отростка лопатки

4) клювовидного отростка лопатки

9. Плечо при вывихе, как правило:

1) приведено

2) отведено\*

3) согнуто

4) разогнуто

10. Плечо при вывихе кажется:

1) удлиненным\*

2) укороченным

3) не меняет длины

4) деформировано

**2.2. Хронический остеомиелит. Современное хирургическое лечение**

1. Под термином «остеомиелит» в настоящее время понимают инфекционно-воспалительное поражение:

1) костной ткани (остит);

2) костного мозга (миелит);

3) надкостницы (периостит) и окружающих мягких тканей;

4) правильно всё.\*

2. Клинически и рентгенологически можно определить картину хронического остеомиелита:

1) через 10 – 20 дней;

2) через 20 – 30 дней;

3) через 30 – 40 дней;\*

4) через 40 – 50 дней.

3. Оперативное лечение хронического посттравматического остеомиелита предусматривает:

1) перфорацию кости;

2) секвестрэктомию;\*

3) металлостеосинтез;

4) костную пластику.

4. Гематогенный остеомиелит чаще встречается:

1) у детей;\*

2) у подростков;

3) у взрослых;

4) одинаково часто во всех возрастных группах.

5. Начало острого гематогенного остеомиелита характеризуется:

1) резкими болями и болевой контрактурой

2) реактивным артритом

3) высокой температурой

4) всем вышеперечисленным\*

6. Оперативное лечение хронического посттравматического остеомиелита предусматривает:

1) перфорацию кости

2) секвестрэктомию\*

3) металлостеосинтез

4) костную пластику

7. Консервативное лечение хронического посттравматического остеомиелита состоит:

1) в антимикробной терапии

2) в иммунотерапии

3) в пирогенной терапии

4) во всем вышеперечисленном\*

8. Хронический посттравматический остеомиелит может привести:

1) к амилоидозу паренхиматозных органов

2) к рецидиву хронического остеомиелита

3) к сепсису и флегмонам

4) ко всему вышеперечисленному\*

9. Хронический огнестрельный остеомиелит характеризуется наличием:

1) функционирующего гнойного свища

2) костного секвестра

3) рецидивирующего течения

4) всего перечисленного\*

10. Рентгенологический хронический огнестрельный остеомиелит характеризуется:

1) остеосклерозом на фоне остеопороза

2) нарастанием толщины и плотности кости

3) кортико-трубчатыми секвестральными коробками, окруженными грануляционной тканью

4) всем вышеперечисленным\*

**2.3.-2.4. Переломы костей верхней конечности**

1. Интрамедуллярный остеосинтез плечевой кости применяется при:

1. косых переломах диафиза.
2. \*поперечных переломах.
3. оскольчатых переломах.
4. винтообразных переломах.

2. Ишемическая контрактура Фолькмана развивается при сдавлении мягких тканей в области:

1. предплечья.\*
2. плеча.
3. бедра.
4. голени.

3. При переломе лучевой кости в типичном месте гипсовая повязка накладывается:

1. от локтевого сустава до основания пальцев\*
2. от локтевого сустава до кончиков пальцев
3. от нижней трети плеча до кончиков пальцев
4. от локтевого сустава до лучезапястного сустава

4. Перелом анатомической шейки плеча:

1. внутрисуставной \*
2. внесуставной
3. околосуставной
4. надсуставной

5. Для лечебной иммобилизации переломов плеча применяется:

1. косыночная повязка
2. повязка Дезо
3. торако-брахиальная повязка \*
4. гипсовая лонгета

6. При переломе диафиза плечевой кости чаще других повреждается нерв:

1. лучевой \*
2. локтевой
3. срединный
4. седалищный

7. Перелом хирургической шейки плеча это:

1) диафизарный перелом

2) перелом метафиза \*

3) перелом эпифиза

4) двойной перелом диафиза

8. Из перечисленных нервов страдает чаще других при отрывном переломе:

внутреннего надмыщелка плечевой кости

1) локтевой \*

2) срединный

3) лучевой

4) мышечно-кожный

9. При переломе головки лучевой кости резко ограничены:

1) сгибание предплечья

2) разгибание предплечья

3) вращение предплечья\*

4) все перечисленные виды движения

10. Предплечье при переломе наружного мыщелка:

1) приведено

2) отведено\*

3) кнутри

4) ротировано внутрь

**2.5. – 2.6. Переломы костей нижней конечности**

1. Переломы костей голени срастаются медленнее:

1. в верхней трети
2. в средней трети
3. \*в нижней трети
4. внутрисуставные

2. Наиболее часто переломы шейки бедра встречаются:

1. у детей
2. у подростков
3. у молодых людей
4. \*у пожилых людей

3. Для фиксации отломков при переломе лодыжек в основном применяется:

1. скелетное вытяжение
2. аппарат Илизарова
3. \*гипсовая повязка
4. металлоостеосинтез

4. При переломах лодыжек имеется кровь в суставе (гемартроз):

1. \*всегда
2. иногда
3. при нагрузке
4. при движениях

5. Основным методом оперативного лечения свежих медиальных переломов шейки бедра является:

1) компрессионно – дистракционный остеосинтез

2) костная пластика

3) \*металлоостеосинтез

4) гипсовая повязка

6. Переломы надколенника со значительным расхождением отломков требуют лечения:

1) гипсовой повязкой

2) гипсовой повязкой после ручной репозиции

3) скелетным вытяжением

4) \*оперативного вмешательства

7. Наиболее часто в голеностопном суставе повреждается:

1. внутренняя лодыжка
2. задний край большеберцовой кости
3. \*наружная лодыжка
4. таранная кость

8. Показания к операции артродеза голеностопного сустава:

1. застарелые случаи невправленных переломов лодыжек
2. несросшиеся переломы лодыжек
3. неправильно сросшиеся переломы лодыжек с подвывихом стопы
4. \*застарелые случаи переломовывихов лодыжек с признаками деформирующего артроза.

9. Клиника перелома мыщелков голени со смещением отломков:

1. \*хорошо выражена
2. слабо выражена
3. отсутствует
4. перелом выявляется только рентгенологически

10. Возможное серьезное осложнение перелома наружного мыщелка большеберцовой кости со смещением отломков:

1) перелом головки малоберцовой кости

2) повреждение сосуда

3) \*повреждение малоберцового нерва

4) вывих головки малоберцовой кости

**2.7. Амбулаторный прием в травма­тологическом пункте**

1. При оказании первой врачебной помощи наркотические анальгетики вводят:

1) подкожно;

2) внутримышечно;

3) \*внутривенно;

4) не используют, предпочитая новокаиновые блокады.

2. Обезболивание при оказании первой врачебной помощи при переломах выполняют::

1) введения анальгетиков общего действия;

2) \*новокаиновых блокад;

3) спинальной анестезии;

4) лечебного наркоза.

3. Листок нетрудоспособности при заболеваниях и травмах вы­дается со дня:

1) \*установления нетрудоспособности при врачебном освиде­тельствовании

2) начала заболевания

3) обращения к врачу в лечебно-профилактическое учреждение

4) посещения врача в лечебно-профилактическом учреждении

4. Листок нетрудоспособности при заболеваниях и травмах мо­жет быть продлен до полного восстановления трудоспособно­сти при благоприятном прогнозе на срок не более чем:

1) 4 месяца

2) 6 месяцев

3) \*10 месяцев

4) 12 месяцев

5. Госпитализация в стационар показана пострадавшим с:

1) переломом костей предплечья без смещения

2) переломом лучевой кости в типичном месте со смещением

3) переломом одного ребра

4) \*ушибом и гемартрозом коленного сустава

**3. Переломы и повреждения позвоночника и таза**

**3.1. Переломы и повреждения позвоночника**

1. Локализация переломов позвоночника наиболее опасная для спинного мозга: а) тело позвонка;

б) дужки позвонка; \*

в) попереч­ные отростки;

г) остистые отростки.

2. К стабильному перелому позвонка относят:

а) компрессионный перелом тела позвонка 3 степени;

б) переломовывих позвонка;

в) компрессионный перелом тела позвонка 1 степени и отрыв передне-верхнего угла тела позвонка; \*

г) компрессионный перелом тела позвонка 2 степени.

3. К нестабильному перелому позвонка относят:

а) компрессионный перелом 1 степени;

б) компрессионный перелом 2 степени;

в) компрессионный перелом 3 степени; \*

г) отрыв передне-верхнего или передне- нижнего угла тела позвонка.

4. В шейном отделе позвоночника наиболее часто повреждается:

а) 1 позвонок;

б) 4 позвонок;

в) 6 позвонок;\*

г) 7 позвонок.

5. Показания к функциональному методу лечению повреждений позвоночника:

а) осложненные компрессионные переломы;

б) компрессионные переломы 1 степени; \*

в) компрессионные переломы 3 степени;

г) переломы остистых и поперечных отростков.

6. Пострадавшего с тяжелым повреждением спинного мозга в грудном и поясничном отделах позвоночника при наличии только мягких носилок следует транспортировать:

а) на спине;

б) на левом боку;

в) на правом боку;

г) на животе.\*

7. Из анатомических структур поясничных позвонков чаще всего ломается:

а) поперечный отросток;\*

б) остистый отросток;

в) суставные отростки;

г) дужка позвонка.

8. Из перечисленных ниже поясничных и крестцового позвонков чаще всего травмируются:

а) 1-й поясничный и 2-й поясничный позвонки;\*

б) 3-й поясничный позвонок;

в) 4-й поясничный позвонок;

г) 5-й поясничный позвонок и 1-й крестцовый позвонок.

9. Клиническая картина позы Томпсона при травме позвоночника:

а) больной не может нагнуться;

б) больной сидит, опираясь на руки; \*

в) больной стоит, распрямив позвоночник;

г) больной лежит и не может присесть.

1. Симптом «прилипшей пятки» возникает при переломе позвоночника:

а) в шейном отделе;

б) в грудном отделе;

в) в поясничном отделе; \*

г) при осложнённых переломах позвоночника.

**3.2. Переломы и повреждения таза**

1. Показания к внутритазовой анестезии по Школьникову-Селиванову при переломах костей таза:

а) множественные переломы костей таза; \*

б) перелом копчика;

в) краевые переломы костей таза;

г) разрыв симфиза.

2. Назовите сроки иммобилизации и лечения на скелетном вытяжении пе­реломов костей таза с нарушением его непрерывности и смещением костных отломков: а) 2 недели;

б) 4 недели;

в) 8 недель;

г) 10-12 недель.\*

3. Назовите сроки нетрудоспособности больных с краевыми переломами таза не нарушающими непрерывность тазового кольца с небольшим смещением отломков:

а) 2 недели;

б) 4 недели;

в) 6 недель; \*

г) 8 не­дель.

4. Какие переломы возникают припередне-заднем сдавлении таза:

а) перелом седалищной кости;

б) перелом гребня подвздошной гости;

в) разрыв симфиза; \*

г) перелом Мальгеня.

5. При каких переломах таза чаще встречается повреждения уретры и мочевого пузыря:

а) при краевых переломах таза;

б) при переломах заднего полукольца;

в) при переломах переднего полукольца;

г) при переломах в области запирательного отверстия.\*

6. Методы лечения переломов таза без смещения отломков:

а) скелет­ное вытяжение;

б) оперативное лечение;

в) консервативное лечение в положении "лягушки";\*

г) гипсовая иммобилизация.

**4. Политравма**

**4.1. Множественные и сочетанные повреждения. Травматическая болезнь.**

1. При множественных и сочетанных повреждениях предпочтительна:
2. проводниковая анестезия
3. спинальная
4. общая анестезия\*
5. внутрикостная

2. Сочетанное повреждение это:

1. перелом бедра, повреждение печени \*
2. двойной (бамперный) перелом костей голени
3. перелом пястных костей и повреждение сухожилий сгибателей пальцев той же кисти
4. переломы таранной и I плюсневой костей

3. Политравма – это:

1. множественные, сочетанные и комбинированные повреждения \*
2. изолированные повреждения
3. черепно-мозговая травма
4. кататравма или падение с высоты

4. Стабилизацию костных фрагментов при сочетанной травме опорно-двигательного аппарата наиболее целесообразно осуществлять:

1) скелетным вытяжением;

2) гипсовой повязкой;

3) аппаратом внешней фиксации;\*

4) внутрикостным фиксатором.

5. Сочетанные повреждения это:

1. множественные переломы конечностей;
2. тяжелая травма живота с повреждением внутренних органов;
3. повреждения одной и более анатомо-функциональных областей;\*
4. тяжелая травма груди с повреждением внутренних органов;

6. Травматическая болезнь по классификации Селезнева С.А., Худайберенова Г.С (1984) подразделяется на периоды, Первый период длится:

1. до 1- го дня;
2. до 2-х суток; \*
3. до 3- суток;
4. до 4-х суток.

7. Для первого периода травматической болезни, острой реакции на травму, типичны:

1. легочные осложнения;
2. травматический шок и острая кровопотеря; \*
3. ДВС синдром – синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания);
4. печеночно-почечная недостаточность.

**4.2. Кровотечения. Кровопотеря.**

1. Абсолютное показание к наложению жгута:
   1. повреждение лучевой артерии;
   2. повреждение тыльной артерии стопы;
   3. повреждение большеберцовой артерии;
   4. \*повреждение бедренной артерии.
2. Причиной поздних вторичных кровотечений является:
   1. ослабление давящей повязки;
   2. смещение костных отломков;
   3. \*нагноение гематомы;
   4. повышение артериального давления.
3. Наиболее опасное кровотечение возникает при повреждении:
   1. капилляров;
   2. вен;
   3. артерий;
   4. \*аорты.
4. Основной причиной ранних вторичных кровотечений является:
   1. \*неудовлетворительная иммобилизация;
   2. смещение костных отломков;
   3. раневая инфекция;
   4. наличие резаной раны.
5. При закрытом переломе костей голени средняя кровопотеря составляет:
   1. 200 мл;
   2. 400 мл;
   3. \*600 мл;
   4. 800 мл.
6. Техника наложения кровоостанавливающего жгута предусматривает:
   1. опускание конечности вниз;
   2. наложение жгута дистальнее раны;
   3. \*наложение жгута проксимальнее раны;
   4. отсутствие транспортной иммобилизации.
7. Порог смерти при кровотечении определяется:
   1. интенсивностью кровотечения;
   2. \*количеством эритроцитов, оставшихся в сосудистом русле;
   3. количеством лейкоцитов, оставшихся в сосудистом русле;
   4. количеством межтканевой жидкости.

**4.3. (4.4.) Травматический шок. Синдром сдавления**

1. Легкая форма синдрома сдавления по М.И. Кузину возникает при сдавлении:
2. всей конечности в течение 7 – 8 часов;
3. всей конечности в течение 4 часов;
4. сегмента конечности в течение 4 часов; \*
5. всей конечности в течение 6 часов.

2. Наиболее серьезным расстройством, угрожающим жизни пострадавшего при синдроме длительного сдавления, является:

1) острая почечная недостаточность; \*

2) кровопотеря;

3) сердечная недостаточность;

4) нарушение дыхания.

3. При травматическом шоке I степени происходит нарушение кровоснабжения:

1. паренхиматозных органов;
2. головного мозга;
3. конечностей ;\*
4. паренхиматозных органов и конечностей.

4. Для травматического шока характерно:

1) тахикардия; \*

2) брадикардия;

3) артериальная гипертензия;

4) гиперемия кожи.

5. Реакция «централизации кровообращения» при травматическом шоке сопровождается:

1) вазодилатацией сосудов;

2) вазоконстрикцией сосудов кожи, подкожной жировой клетчатки, скелетных мышц; \*

3) снижением продукции гормонов коры надпочечников адреналина и норадреналина;

4) снижением венозного возврата крови к сердцу.

6. Торпидная фаза шока характеризуется:

1) возбуждением пострадавшего;

2) повышением систолического артериального давления;

3) олигурией;\*

4) брадикардией.

7. Для фазы декомпенсации травматического шока характерно:

1) анурия; \*

2) тахикардия;

3) бледность слизистых оболочек;

4) холодная влажная кожа.

8. В результате расстройства кровообращения при шоке развивается:

1) полиурия;

2) гипоксия органов и тканей; \*

3) подъём систолического артериального давления;

4) увеличение минутного объёма кровообращения (МОК).

9. Какой элемент из комплекса токсических веществ наиболее часто обнаруживается и оказывает пагубное действие при синдроме длительного сдавления (СДС):

1) серотонин;

2) кинины;

3) простогландины;

4) миоглобин.\*

10. Какие внутренние органы больше всего страдают в стадии токсемии при СДС:

1) легкие;

2) сердце;

3) печень;

4) почки.\*

11. Наиболее частая причина смерти при СДС:

1) ОДН;

2) ОСН;

3) ОПН;\*

4) поражения ЦНC.

12. В клиническом течении синдрома сдавления обычно выделяют:

* 1. 2 периода;
  2. 3 периода; \*
  3. 4 периода;
  4. 5 периодов.

13. СДС средней тяжести наблюдается при сдавлении конечности в течение:

1) до 2 час.; 3) до 6 час.\*

2) - 4 час.; 4) 8 – 12 час.

14. По тяжести клинического течения СДС (М.И.Кузин) выделяют:

1) 2 степени СДС;

2) 3 степени СДС;

3) 4 степени СДС;\*

4) 5 степеней СДС.

15. Характерным симптомом раннего периода СДС является:

1) нарушение сознания;

2) нарушение дыхания;

3) олигурия, анурия;\*

4) диарея.

**4.5. (5.3.) Открытые и огнестрельные переломы**

1. Провизорный шов является обычно:

а) первичным швом; \*

б) вторичным швом;

в) повторным швом;

г) поздним швом.

2. Вторичный шов накладывается на:

а) "свежую" рану;

б) гранулирующую рану; \*

в) рубцово-измененную рану.

3. Основным признаком живой ткани является наличие при ПХО:

а) кровотечения; \*

б) чувствительности;

в) повышение температуры;

г) изменение окраски.

4. Основной зоной возникновения инфекционных осложнений после  
проведенной ПХО является:

а) подкожно-жировая клетчатка; \*

б) мышечная ткань;

в) фасциальные "футляры";

г) нервные стволы.

5. Поздней первичной хирургической обработкой считается операция,  
проведенная после получения ранений через:

а) 12 часов;

б) 48 часов;

в) 48 и более часов; \*

г) 72 часа.

6. Проточное дренирование в первую очередь показано при ПХО:

а) инфицированной раны;

б) микробно-загрязненной раны;

в) гнойной раны; \*

г) стерильной раны.

7. Вторичный поздний шов накладывается на:

а) гранулирующую рану; \*

б) рубцово-измененную рану;

в) на рану после иссечения грануляций;

г) на рану после иссечения рубцов.

8. Наиболее часто швы накладываются при ПХО на:

а) глубжележащие ткани;\*

б) поверхностные ткани;

в) на сосуды, сухожилия, нервы;

г) подкожножировую клетчатку.

9. Пассивный дренаж должен быть удален из раны после ПХО на:

а) 2-е сутки;\*

б) 4-е сутки;

в) 10-е сутки;

г) 7-е сутки.

10. Что способствует нагноению огнестрельного перелома, огнестрельной

раны после ПХО?

а) отсутствие иммобилизации;

б) длительность операции;

в) травматичность;\*

г) металлоконструкции.

11. Открытым переломом называется повреждение:

а) \*повреждение кожи, сообщающееся с зоной перелома

б) повреждение кожи без сообщения с зоной перелома

в) повреждение кожи над зоной перелома

г) отрыв сегмента конечности

**5. Термические поражения. Раневая инфекция.**

**5.1. (5.4.)** Термические поражения. Ожоговая болезнь. Холодовая травма.

1.Целенаправленная антибиотикотерапия показана:

1) больным с поверхностными ожогами;

2) больным с ограниченными глубокими ожогами с профилактической целью;

3) обожженными при развитии осложнений (сепсиса, пневмонии);

4) правильно в) и г).\*

2.Оптимальные сроки применения химических некролитиков у больных с обширными ожогами составляют:

1) 3-4 суток после ожога;

2) 5-6 суток после ожога;\*

3) 7-12 суток после ожога;

4) не ранее 15 суток после ожога.

3.Для получения эффекта при глубоких ожогах IIIб степени требуется применение 40% салициловой мази слоем толщиной:

1) в 1-2 мм;\*

2) в 3-4 мм;

3) в 5-6 мм;

4) не имеет значения.

4. Больным средневозрастной группы допустимо одномоментно накладывать 40% салициловую мазь, если площадь поверхности, занятая струпом:

1) не более 3%;

2) не более 5%;

3) не более 10-15%;\*

4) не более 20%.

5. Сроки для проведения ранней некрэктомии наиболее оптимальные:

1) сразу после ожога,

2) 2-3 день после ожога,\*

3) по стабилизации состояния пострадавшего,

4) не ранее 9 дня после ожога.

6. При ранней эксцизии некротических тканей целесообразно применение следующего вида кожных трансплантатов:

1) сетчатого трансплантата с перфорацией 1:2;\*

2) полнослойного кожного лоскута;

3) сплошного расщепленного трансплантата;

4) трансплантата аллокожи.

7. При ожоговом шоке наиболее грозным в плане неблагоприятного прогноза со стороны желудочно-кишечного тракта являются:

1) непроходимость кишечная;

2) нарушение кислотообразования;

3) гастроэнтерит;

4) эрозивный гастроэнтерит.\*

8. Авторами современной классификации ожогов являются:

1) проф. С.С.Юдин и Б.А.Петров;

2) проф. М.В.Волков и В.Д.Чаклин;

3) проф. А.В.Каплан и В.М.Лирцман;

4) проф. А.А.Вишевский, М.И.Шрайбер и Г.Д.Вилявин.\*

9. По классификации Т.Я.Арьева местные проявления отморожения делятся:

1) на 2 степени;

2) на 3 степени;

3) на 4 степени;\*

4) на 5 степеней.

10. Острые поражения холодом – это:

1) отморожения при температуре, близкой к нулю;

2) отморожения при температуре ниже 30°;

3) контактные отморожения;

4) все перечисленное.\*

11. Наиболее часто холодом бывают поражены:

1) лицо;

2) ягодицы;

3) живот;

4) конечности (кисть, стопа).\*

12. Признаками реактивного периода являются:

1) боль;

2) отек и пузыри;

3) нарушение чувствительности;

4) все перечисленное.\*

13. Теплоизолирующая повязка – это:

а) марлевая повязка, смоченная спиртом;

б) ватно-марлевая повязка с фурацилином;

в) ватно-марлевая повязка с вазелиновым маслом;

г) стерильная ватно-марлевая повязка с полиэтиленовым или резиновым чехлом.\*

14. Форсированное согревание допускает отморожение, достигающее:

а) оледенение тканей;

б) 4 степени;

в) 3 степени;

г) 1 и 2 степени.\*

15. При тяжелых степенях отморожения омертвение тканей наступает:

а) на 1-е сутки;

б) на 2-е сутки;

в) на 3-е сутки;\*

г) на 4-е сутки.

**5.2. Раневая инфекция**

1. Введение столбнячного анатоксина показано на этапе:

а) само- и взаимопомощи; \*

б) доврачебной помощи;

в) первой врачебной помощи;

г) квалифицированной помощи.

2. Большинство антисептиков, использующихся для туалета раны при ПХО, обладают:

а) бактерицидным действием;

б) бактериостатическим действием; \*

в) интактны;

г) прижигающим действием.

3. Может ли гной быть стерильным?

а) да; \*

б) нет;

в) при применении антибиотиков;

г) в зависимости от вида микроорганизмов.

4. Возможна ли "стерилизация раны ножом”?

а) да;

б) нет;\*

в) с одновременным применением антисептиков;

г) в зависимости от сроков проведения ПХО.

5. Анаэробная инфекция имеет тенденцию распространяться по:

а) подкожно-жировой клетчатке;

б) межмышечным пространствам; \*

в) нервным стволам;

г) лимфатическим сосудам.

6. При ПХО желательно введение антибиотиков:

а) в/венно;

б) в/артериально;

в) в края раны;\*

г) в/мышечно.

7.  Бактериальное обсеменение "чистых" операционных ран оказывается наиболее высоким на этапе:

         а) сразу после разреза кожи;

         б) в наиболее травматический момент операции;

         в) перед зашиванием раны;

         г) при первой послеоперационной перевязке.\*

8.  Причинами возникновения гнойной инфекции травматических ран являются:

         а) "уличная" микрофлора;

         б) "госпитальная" микрофлора;

         в) эндогенная микрофлора;

          д) верно б) и в).\*

9.  В ранней фазе воспаления раневого процесса ведущую роль играют:

         а) макрофаги;

         б) тромбоциты и тучные клетки:\*

         в) нейтрофилы;

         г) фибробласты.

10.  Основными клетками, принимающими участие в очищении ран от тканевого детрита         в фазу воспаления, являются:

         а) макрофаги;\*

         б) тромбоциты и тучные клетки;

         в) нейтрофилы;

         г) фибробласты.

11.  Ведущими симптомами раневого сепсиса являются:

         а) тяжелая интоксикация

         б) гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса, ацидоз

         в) анемия, гипопротеинемия

         г) все перечисленное.\*

12.  Заживление раны первичным натяжением обуславливается рядом условий, к которым относятся:

         а) небольшая зона повреждения и плотное соприкосновение краев раны

         б) сохранение жизнеспособности краев раны

         в) отсутствие очагов некроза и гематомы

         г) все перечисленное.\*

**6. Ортопедические заболевания**

**6.1. Системные заболевания опорно-двигательной системы.**

1. Какая патология относятся к врожденным системным заболеваниям:

а) артрогриппоз;\*

б) врожденный кифоз;

в) синдактилия;

г) дисплазия тазобедренного сустава.

2. Системное поражение скелета с нарушениями энхондрального роста длинных и коротких трубчатых костей:

а) сколиоз;

б) плоскостопие;

в) ахондроплазия;\*

г) рахит.

3. Ахондроплазия проявляется типичным внешним обликом человека:

а) карлики с выраженной диспропорцией в строении тела:\*

б) недоразвитие мышц и контрактуры в суставах;

в) гигантизм;

в) ломкость костей.

4. Ортопедическое лечение при ахондроплазии направлено на:

а) удлинение сегментов конечностей;

б) коррекцию деформаций и повышение опорности нижних конечностей;\*

в) укорочение сегментов конечностей;

г) стабилизацию позвоночника.

5. Основной клинический симптом несовершенного остеогенеза:

а) патологические переломы, деформации конечностей, голубая окраска склер;\*

б) высокий рост, снижение веса тела, деформация черепа;

в) гигантизм одной или нескольких конечностей;

г) вальгусные или варусные деформации коленных и голеностопных суставов.

**6.2. Деструктивно-дистрофические заболевания позвоночника и суставов.**

1). При возникновении сколиотической деформации позвоночника первые патологические изменения происходят:

а) в телах позвоночника;

б) в мышцах спины; \*

в) в спинном мозге;

г) в межпозвонковых дисках.

2). Наиболее обоснованными теориями патогенеза сколиоза являются:

а) тeория эпифизеолиза межпозвонкового диска и нарушения первичного роста в телах позвонков; \*

б) теория нарушения мышечного равновесия туловища;

в) травматическая теория;

г) повышение естественного радиационного фона окружающей среды.

3. Наиболее доступным и простым методом измерения угла искривления деформации позвоночника является:

а) метод Абальмасовой;

б) метод Кобба; \*

в) метод Фергюсона;

г) метод Кона.

4. Основным рентгенологическим признаком прогрессирования сколиотической болезни является:

а) тест Кона;

б) тест Риссера; \*

в) тест Мовшовича;

г) тест Нидерштрата.

5. При консервативном лечении сколиоза основная цель лечения с помощью корсета:

а) исправить деформацию позвоночника;

б) остановить прогрессирование деформации; \*

в) ослабить мышечный корсет;

г) снизить амплитуду движения позвоночника.

6. Наиболее часто остеохондроз поражает:

а) шейный отдел позвоночника;

б) грудной отдел позвоночника;

в) поясничный отдел позвоночника; \*

г) чаще бывает распространенным остеохондроз позвоночника.

7. Для остеохондроза позвоночника наиболее характерна следующая патогенетическая ситуация:

а) дискомедуллярный конфликт;

б) дисковаскуллярный конфликт;

в) дискорадикулярный конфликт; \*

г) спондилолистоз, спондилорадикулярный конфликт.

8. Основными методами диагностики остеохондроза позвоночника являются:

а) клинический;

б) рентгенологический;

в) компьютерная томография;

г) клинический и рентгенологический. \*

9. Основным методом лечения остеохондроза позвоночника является:

а) консервативный; \*

б) передняя дискэктомия, передний корпородез;

в) ламинэктомия, удаление грыжи диска;

г) ламинэктомия, удаление грыжи диска, задний спондилодез;

д) закрытый хемонуклеолиз.

10. При выраженной нестабильности позвоночного сегмента шейного отдела позвоночника необходимо назначение:

а) сосудорасширяющих препаратов;

б) аналгетиков ненаркотического ряда;

в) головодержателя типа воротника Шанца; \*

г) подводного или сухого вытяжения.

11. Клиническая картина при грудном остеохондрозе:

а) чрезвычайно разнообразна, но ни один из симптомов не является строго специфичным; \*

б) характеризуется только наличием боли в грудном отделе позвоночника;

в) характеризуется нарушением чувствительности в нижних конечностях;

г) характеризуется изменениями сухожильных рефлексов.

12. Комплекс консервативного лечения грудного остеохондроза должен включать:

а) механотерапию,

б) рентгенотерапию,

в) гормональную терапию,

г) витаминотерапию, противовоспалительную терапию, паравертебральные блокады, лечебную гимнастику, массаж мышц спины. \*

13. Появление болей в вытянутой ноге при подъеме из горизонтального положения называется положительным симптомом:

а) Брагара;

б) Нери;

в) Лассега; \*

г) Вассермана.

14. Основным методом лечения больных с поясничным остеохондрозом является:

а) консервативный; \*

б) передний корпородез;

в) ламинэктомия, удаление грыжи диска;

г) фиксация поясничного отдела металлофиксаторами, задний спондилодез.

15. Наиболее частая причина деформирующего артроза тазобедренного сустава:

а) травма тазобедренного сустава (вывих бедра, перелом заднего или верхнего края вертлужной впадины);

б) врожденный вывих;

в) перенесенный эпифизеолиз;

г) недоразвитие тазобедренного сустава (большой угол антеторсии, большой угол шеечно-диафизарный, недоразвитие впадины).\*

16. Наиболее распространенной теорией патогенеза деформирующего артроза является:

а) васкулярная теория и биохимическая теория Паулса;

б) нейротрофическая теория;

в) все перечисленное;

г) все вышеперечисленное.

17. Основным ранним клиническим симптомом деформирующего артроза тазобедренного сустава является:

а) боль в области тазобедренного сустава;\*

б) боль в нижней трети бедра и в области коленного сустава;

в) приводящая сгибательная контрактура;

г) ограничение объема движений в суставе.

18. Наиболее характерный рентгенологический признак коксартроза:

а) сужение суставной щели и костные разрастания вокруг сустава;

б) дегенеративная киста в головке и в крышке впадины;

в) склероз субхондрального участка головки и впадины в области наиболее нагруженной части сустава;

г) все перечисленное.\*

19. Основная задача консервативного лечения коксартроза состоит:

а) в устранении контрактуры сустава;

б) в увеличении объема движений;

в) в снятии болевого синдрома;\*

г) в компенсации укорочения конечности.

20. Основными показаниями к оперативному лечению коксартроза являются:

а) отсутствие эффекта от консервативного лечения;\*

б) короткие периоды ремиссии;

в) диспластический коксартроз I, II степени;

г) ограничение объема ротационных движений.

21. У больных с коксартрозом III стадии в сочетании с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника показаны:

а) артродез тазобедренного сустава;

б) эндопротезирование сустава;\*

в) остеотомия по Мак-Маррею;

г) деторсионно-варизирующая остеотомия бедра.

23. При коксартрозе III стадии с обеих сторон предпочтительнее:

а) двустороннее эндопротезирование;

б) операция Мак-Маррея с обеих сторон;

в) не оперировать оба сустава;

г) вначале произвести операцию эндопротезирования с одной стороны,

а при благоприятном исходе произвести эндопротезирование другого сустава.\*

24. Наиболее часто встречающаяся причина деформирующего артроза коленного сустава:

а) травмы коленного сустава: внутрисуставные переломы, неправильно сросшиеся переломы голени бедра, последствия повреждения менисков и связок коленного сустава, вывихи голени;\*

б) врожденный вывих надколенника;

в) болезнь Кенига;

г) инволюционный процесс.

25. Патогенез деформирующего артроза коленного сустава:

а) васкулярная теория;

б) механо-функциональная теория;

в) теория макро-микротравматизации суставного хряща;\*

г) нейротрофическая теория.

26. Основные клинические признаки деформирующего артроза коленного сустава:

а) боли в коленном суставе и хруст в суставе при движениях;

б) ограничение движений;

в) варусная или вальгусная деформация коленного сустава;

г) все вышеперечисленное.\*

27. Наиболее характерные рентгенологические признаки при деформирующем артрозе коленного сустава включают:

а) сужение и деформацию суставной щели;

б) костные разрастания вокруг сустава и наличие дегенеративных кист в эпифизах;

в) уплощение суставных площадок большеберцовой кости с варусной или вальгусной деформацией;

г) все вышеперечисленное.\*

**6.3. Остеохондропатии (асептические некрозы костей). Опухоли костей.**

1. Наиболее частая опухоль костей:

а) остеосаркома; \*

б) опухоль Юинга;

в) фибросаркома;

г) гигантоклеточная опухоль.

2. Злокачественная опухоль костей это:

а) хондробластома;

б) остеома;

в) опухоль Юинга; \*

г) Фиброма.

3. Доброкачественная опухоль костей это:

а) хондросаркома;

б) литическая форма остеобластокластомы;

в) миелома;

г) Фиброма. \*

4. По локализации костных сарком первое место занимают:

а) длинные трубчатые кости; \*

б) кости таза;

в) ребра;

г) кости стопы и кисти. \*

5. Злокачественную опухоль характеризует:

а) резкая атипия клеток;

б) стертость границы между нормальной и опухолевой тканью;

в) метастазирование;

г) все перечисленное. \*

6. Этиология остеохондропатий:

а) инфекционная;

б) нарушение микроциркуляции; \*

в) вирусная;

г) иммунная.

7. Процесс сопровождается изменениями суставного хряща, деформацией суставной поверхности, развитием артроза и нарушением функции сустава в течении:

а) до полугода;

б) до года;

в) до 2-3-х лет; \*

г) до 5-ти лет.

8. Клиника болезни Легг-Кальве-Пертеса:

а) хромота;

б) ограничение движений в суставе;

в) суставная боль;

г) все перечисленное. \*

9. Лечение болезни Легг-Кальве-Пертеса:

а) механотерапия;

б) гормонотерапия;

в) лучевая терапия;

г) режим разгрузки, ЛФК, массаж, физиотерапия. \*

10. Болезнь Кенига это:

а) остеохондропатия надколенника;

б) остеохондроз медиального мыщелка бедра; \*

в) остеохондропатия бугристости большеберцовой кости;

г) остеохондропатия головки бедра.

**6.4. Остеопороз и остеопения в травматологии и ортопедии.**

1. Основное осложнение при остеопорозе:

а) перелом; \*

б) сердечно-сосудистая патология;

в) деструктивно-дистрофические заболевания (артроз, остеохондроз);

г) хроническая почечная недостаточность.

2. Наиболее часто при остеопорозе встречаются переломы:

а) перелом шейки бедра; \*

б) перелом диафиза бедра;

в) перелом костей голени;

г) перелом плечевой кости.

3. Механизм получения переломов при остеопорозе:

а) минимальная травма;\*

б) дорожно-транспортная;

в) падение с высоты;

г) спортивная травма.

4. Костная ткань при остеопорозе становится:

а) склерозированной;

б) пористой; \*

в) с кистовидной перестройкой;

г) не изменяется.

5. Ежегодно обновляется костная масса на:

а) 1 – 2 %;

б) 4 – 10; \*

в) 11 – 15%;

г) не обновляется.

6. Костная ткань состоит из компонентов:

а) клеток;

б) минеральных веществ;

в) органического матрикса (межклеточного вещества);

г) из всех перечисленных. \*

7. Понятие ремоделирование костной ткани включает:

а) резорбцию (рассасывание) костной ткани и замещение ее новой тканью (новое костеобразование); \*

б) склерозирование костной ткани;

в) резорбцию (рассасывание) костной ткани;

г) новое костеобразование.

8. Типы остеопении костной ткани:

а) остеопороз;

б) остеомаляция;

в) фиброзно-кистозный остит;

г) все перечисленное. \*

9. В классификации остеопороза различают:

а) первичный остеопороз (постклимактерический, сенильный);

б) первичный остеопороз (идиопатический, ювенильный);

в) вторичный остеопороз (эндокринные нарушения, ревматические заболевания);

г) все перечисленное. \*

10. Методы диагностики при остеопорозе:

а) рентгенография;

б) компьютерная томография;

в) денситометрия;

г) все перечисленное. \*

**6.5. Сколиотическая болезнь.**

1. При возникновении сколиотической деформации позвоночника первые патологические изменения происходят:

а) в телах позвоночника; \*

б) в мышцах спины;

в) в спинном мозге;

г) в межпозвонковых дисках.

2. Наиболее обоснованными теориями патогенеза сколиоза являются:

а) тeория эпифизеолиза межпозвонкового диска и нарушения первичного роста

в телах позвонков; \*

б) теория нарушения мышечного равновесия туловища;

в) травматическая теория;

г) повышение естественного радиационного фона окружающей среды.

3. В клинической практике наиболее часто встречается:

а) врожденный сколиоз;

б) паралитический сколиоз;

в) идиопатический сколиоз: \*

г) рахитический сколиоз.

4. Наиболее доступным и простым методом измерения угла искривления деформации позвоночника является:

а) метод Абальмасовой;

б) метод Кобба; \*

в) метод Фергюсона;

г) метод Кона.

5. Основным рентгенологическим признаком прогрессирования сколиотической болезни является:

а) тест Кона;

б) тест Риссера; \*

в) тест Мовшовича;

г) тест Нидерштрата.

6. Наиболее злокачественным течением отличается:

а) верхне-грудной и грудной сколиоз; \*

б) пояснично-крестцовый сколиоз;

в) грудопоясничный сколиоз;

г) поясничный сколиоз.

7. Массаж мышц спины при сколиотической деформации позвоночника необходимо выполнять:

а) более активно на вогнутой стороне искривления;

б) более активно на выпуклой стороне искривления; \*

в) активно на обеих сторонах искривления;

г) с элементами мануальной терапии, направленными на мобилизацию искривления.

8. Больным сколиозом показано плавание стилем:

а) кроль;

б) баттерфляй;

в) брасс; \*

г) плавание противопоказано.

9. При консервативном лечении сколиоза основная цель лечения с помощью корсета:

а) исправить деформацию позвоночника;

б) остановить прогрессирование деформации; \*

в) подготовить больного к операции;

г) ослабить мышечный корсет.

10. Корсет типа Гессинка необходимо применять для лечения больных:

а) верхне-грудным сколиозом;

б) грудным сколиозом;

в) грудопоясничным и поясничным сколиозом; \*

г) тотальным сколиозом.

**6.6. Эндопротезирование суставов.**

1. При оперативном лечении патологического вывиха бедра применяются следующие виды вмешательства:

а) остеосинтез;

б) эндопротезирование;

в) артродезирование сустава; \*

г) резекция сустава.

2. Операцией выбора при идиопатическом коксартрозе III степени является:

а) артродез;

б) варизирующая остеотомия по Паулсу;

в) операция Мак-Маррея;

г) операция эндопротезирования. \*

3. У больных с коксартрозом III стадии в сочетании с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника показаны:

а) операция Фосса;

б) артродез тазобедренного сустава;

в) эндопротезирование сустава; \*

г) остеотомия по Мак-Маррею.

4. При коксартрозе III стадии с обеих сторон предпочтительнее:

а) двустороннее эндопротезирование;

б) операция Мак-Маррея с обеих сторон;

в) не оперировать оба сустава.

г) вначале произвести операцию эндопротезирования с одной стороны,

а при благоприятном исходе произвести эндопротезирование другого сустава. \*

5. Противопоказанием к операции эндопротезирования служит:

а) возраст старше 70 лет;

б) невозможность самостоятельного передвижения; \*

в) укорочение конечности;

г) сахарный диабет.

6. В чем заключается отличие биполярного эндопротеза тазобедренного сустава:

а) состоит из вертлужного, бедренного компонентов и головки;

б) состоит из ножки и головки;

в) движения происходят не только между хрящом вертлужной впадины и металлической поверхностью, но и во внутреннем узле головки; \*

г) в наличии антипротрузионных конструкций.

**6.7. Ампутации и экзартикуляции. Протезирование и ортезирование при патологии опорно-двигательного аппарата.**

1. Ампутации при отморожениях выполняются:

а) до появления демаркационной линии;

б) при появлении демаркационной линии и мумификации;\*

в) в первую или вторую неделю;

г) при инфицированных отморожениях по линии демаркации в сроки 3-4 недели.

2.Под термином "ампутация конечности" подразумевается:

а) отнятие конечности на протяжении той или иной кости (костей);

б) отнятие конечности на любом участке пораженного сегмента;\*

в) отнятие конечности между суставами;

г) отнятие конечности на уровне суставов.

3. Операция отсечения конечности на уровне сустава называется:

а) ампутацией;

б) экзартикуляцией;\*

в) первичной хирургической обработкой;

г) костнопластической операцией.

4. Первичная ампутация выполняется:

а) в порядке оказания неотложной хирургической помощи;

б) при полном размозжении конечности;

в) при полном отрыве и размозжении конечности;

г) все ответы правильны.\*

5. Показаниями к первичной ампутации является все перечисленное, за исключением:

а) отрывов конечностей;

б) глубоких обширных циркулярных термических ожогов конечностей;

в) обширных дефектов кожи и подкожной жировой клетчатки;\*

г) переломов (открытые, закрытые), осложненных термическими ожогами

на фоне лучевой болезни.

6. К опорным культям относятся:

а) культя верхней трети бедра

б) культя верхней трети голени

в) культя нижней трети голени

г) культи после костнопластической операции по Пирогову в нижней трети голени.\*

7. Экспресс-протезирование включает:

а) создание первичного протеза;

б) изготовление лечебно-тренировочного протеза на операционном столе

после ампутации;\*

в) создание временного протеза;

г) создание постоянного протеза.

**6,8. Ортопедические статические заболевания стоп.**

1. При вальгусной деформации 1 пальца стопы типичной формой сопутствующей деформации стопы является:

а) пяточная стопа;

б) полая стопа;

в) эквино-варусная стопа;

г) поперечно-распластанная стопа;\*

2. К травматическому плоскостопию может привести перелом:

а) голени;

б) пяточной кости; \*

г) ногтевых фаланг пальцев;

д) бедра.

3. Для статического плоскостопия характерны болевые участки:

а) у наружного края пятки;

б) на стопе, в центре продольного свода; \*

в) в области икроножных мышц;

г) на передней поверхности голени.

4.Отклонение I пальца кнаружи характерно для:

а) поперечного плоскостопия; \*

б) для продольного плоскостопия;

в) деформирующего артроза голеностопного сустава;

г) остеопороза.

5. Медикаментозное лечение пяточных шпор заключается в назначении:

а) антибиотиков;

б) сосудистых препаратов;  
 в) нестероидно-противовоспалительных препаратов;\*

г) гидрокортизона.

6. Молоткообразная деформация пальцев стоп лечится:

а) медикаментозно; в) гипсовыми повязками,

б) физиотерапией; г) оперативными методами. \*

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет

(г. Архангельск) Министерства здравоохранения РФ

**ВЫДЕРЖКА ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СТАНДАРТА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01, ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО (врач общей практики), По** **ДИСЦИПЛИНЕ** **«ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ»**

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования, 2016г.:

Настоящий федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования представляет собой совокупность требований, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ высшего образования - программ специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Квалификация врач общей практики

ВПО - высшее профессиональное образование;

ООП - основная образовательная программа;

ОК - общекультурные компетенции;

ОПК - общепрофессиональные компетенции;

ПК - профессиональные компетенции;

ФГОС ВО - федеральный государственный образовательный

стандарт высшего образования.

Трудоёмкость – 216 часов

2016 г.

**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ ДИСЦИПЛИНЫ\_Травматология, ортопедия**

**на 2016 / 2017 УЧЕБНЫЙ ГОД**

В рабочую программу дисциплины вносятся следующие изменения:

1. Список основной литературы:

2. Список дополнительной литературы:

**Саймон Р. Р.** Неотложная травматология и ортопедия. Верхние и нижние конечности/ Р. Р. Саймон, С. С. Шерман, С. Дж. Кенигснехт ; пер. с англ. под ред. Л. К. Михайловой. - Москва: БИНОМ, 2012. - 576 с.: ил.

**Практическое руководство по** амбулаторной ортопедии детского возраста/ [О. Ю. Васильева [и др.] ; под ред. В. М. Крестьяшина. - Москва: Мед. информ. агентство, 2013. - 226, [1] с.: ил.

**3. Электронный ресурс:**

3.1. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной среды «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля):

1. Военно-полевая хирургия **:** рук. к практ. занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие/ ред. М. В. Лысенко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 576 с.: ил. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970413111.html>
2. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] : учебник с компакт-диском/ Г.П. Котельников, С.П. Миронов, В.Ф. Мирошниченко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с. Режим доступа: [*http://www.studmedlib.ru/cgi-bin/mb4*](http://www.studmedlib.ru/cgi-bin/mb4)
3. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс]: учебник / [Н. В. Корнилов]; под ред. Н. В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 585с.: - ил. - Режим доступа: [*http://www.studmedlib.ru/cgi-bin/mb4*](http://www.studmedlib.ru/cgi-bin/mb4)
4. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика [Электронный ресурс] : Руководство/ Н. В. Загородний . -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -704 с.: ил. Режим доступа: [*http://www.studmedlib.ru*](http://www.studmedlib.ru)
5. Первая помощь при травмах и заболеваниях [Электронный ресурс] / Демичев С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 160 с. http:// <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970417744.html>
6. Медицинская реабилитация [Электронный ресурс] / Епифанов А. В., АчкасовЕ. Е., Епифанов В. А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 672 с. http:// <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432488.html>
7. Военно-полевая хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. Е.К. Гуманенко. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 768 с. http:// <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970431993.html>
8. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] / Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г., Шапиро К.И., Корнилов Н.Н., Осташко В.И., Редько К.Г., Ломая М.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 592 с. http:// <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430859.html>
9. Стандарты медицинской помощи: <http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db>1
10. Протоколы ведения пациентов: <http://www.rspor.ru/index.php?mod1=protocols3&mod2=db>1
11. Государственный реестр лекарственных средств: <http://www.drugreg.ru/Bases/WebReestrQuery.asp>
12. [ClinicalKey](http://www.clinicalkey.com/) – ресурс, который постоянно обновляется (ДЕМО-версия представлена https://www.clinicalkey.com/#!/browse/books).

Рабочая программа пересмотрена и одобрена на заседании кафедры

« 30 » августа 2016 г. Протокол кафедрального совещания № 1

Заведующий кафедрой Р.П.Матвеев

