

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 15.10.2023 08:40:22
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757d

Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и
пластической хирургии



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной
деятельности и молодежной
политике
О.В. Бородулина
«26» мая 2023 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.В.ДВ.01.02.Травматология**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: 31.08.67 Хирургия

Квалификация: *Врач – хирург*

Фонд оценочных средств по рабочей дисциплине «Травматология» составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.67 Хирургия, утвержденного приказом Минобрнауки России № 1109 от 26.08.2014 г., и с учётом требований профессионального стандарта «Врач - хирург», утвержденного приказом Минтруда России №743н от 11.12.2018 г.

Фонд оценочных средств дисциплины составлен:

№	ФИО	Должность	Ученое звание	Ученая степень
1	Волокитина Елена Александровна	Зав. кафедрой	профессор	д.м.н.
2	Антониади Юрий Валерьевич	Доцент	доцент	д.м.н.
3.	Чернядьев С.А.	Зав кафедрой	профессор	д.м.н.
4.	Ушаков А.А.	доцент	доцент-	к.м.н.
5.	Кубасов К. А.	ассистент	-	-

Фонд оценочных средств по дисциплине «Травматология» одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензент:

- А.В. Столин, кандидат медицинских наук, доцент, главный специалист-хирург ГУЗ города Екатеринбурга

Фонд оценочных средств по дисциплине «Травматология» обсужден и одобрен:

- на заседании кафедры хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и пластической хирургии (протокол № 5 от «30» марта 2023 г.)
- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол №5 от «10» мая 2023 г.)

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий ФГОС и ПС представлен в таблице:

Дидактическая единица	Индикаторы достижения			УК, ПК (ФГОС)	Трудовые функции (ПС)
Наименование	Знания	Умения	Навыки		
ДЕ-1. Общие вопросы травматологии и ортопедии	Малоинвазивные методики остеосинтеза. Алгоритм оказания специализированной помощи при травме (изолированной и сочетанной) в условиях многопрофильного городского стационара. Патофизиологию травматической болезни, тромбоэмболии при травме и заболеваниях опорно-двигательной системы (диагностика, лечение, профилактика). Патофизиологию регенерации костной ткани, стимуляции регенерации, современные методики костной диагностики, лечения и профилактики венозного тромбоэмболизма. Организацию помощи при политравме, подготовки специалистов. Вопросы скелетной травмы, основы репозиции и фиксации переломов костей конечностей, анализируются наиболее часто встречающиеся ошибки и осложнения. Современные методики обследования ортопедо-травматологического больного, о возможностях рентгенологической (КТ, МРТ) и ультразвуковой диагностики травм и заболеваний опорно-двигательной системы. Современные положениями лечения огнестрельных повреждений (особенности ПХО огнестрельной раны и остеосинтеза), даются	Собрать жалобы и анамнез. Выявить факторы риска развития травматической болезни и ее осложнений, дать рекомендации в отношении мер профилактики возникновения и прогрессирования осложнений. Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания. Оценить тяжесть состояния больного. Определить необходимость, объем и последовательность лечебных, в том числе, реанимационных мероприятий. Спланировать алгоритм лабораторного, инструментального и функционального обследования больных. Интерпретировать данные клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследования. Определить показания к госпитализации в стационар. Организовать медицинскую помощь в соответствии с выявленными особенностями заболевания. Составить дифференцированный план обследования и лечения больного, проводить его коррекцию в динамике. Разработать план	Клиническими методами обследования. Осмотр больных. Пальпация. Определение объема движений в суставах. Измерение длины конечностей и определение их осей. Исследование мышечной силы. Изучение походки. Определение деформаций позвоночника и грудной клетки. Неврологическое исследование. Определение чувствительности. Сухожильные рефлексы. Выявление патологических рефлексов. Рентгенологические методы исследования скелета. Методика чтения рентгенограмм. Особенности выбора укладок при рентгенографии. Пневмографические методы исследования. Контрастная рентгенография. Рентгеновская томография. Компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография. Ультразвуковые методы исследования. Новокаиновые блокады. Репозиция перелома. Наложение гипсовых повязок. Первичная хирургическая обработка ран.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	А/01.8 А/02.8 А/03.8 А/05.8 В/01.8 В/02.8 В/03.8 В/05.8

	представления о раневой инфекции, профилактике и лечении. Современную тактику лечения ожогов и отморожений. Особенности диагностики и лечения скелетной травмы и ЧМТ у детей.	подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции. Определить группу крови и выполнить переливание крови. Выявить возможные трансфузионные осложнения и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия. Оценить критерии выбора адекватного метода обезболивания. Оформить медицинскую документацию в установленном порядке. Решить вопрос о трудоспособности больного. Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность. проводить санитарно-просветительную работу.			
ДЕ-2. Частные вопросы травматологии	Особенности рентгенологической картины травм и заболеваний опорно-двигательной системы. Методиками лечения повреждений таза, плечевого сустава, проксимального отдела плечевой кости, проксимального отдела бедра, диафиза костей и околосуставных и внутрисуставных повреждений. Показания к каждому из видов остеосинтеза в зависимости от уровня и характера повреждения. Диагностика и лечение переломов таза. Современные методики диагностики и лечения травмы грудной клетки, повреждения легких, сердца, сосудов, повреждения пищевода, живота (клиника,	Собрать жалобы и анамнез. Выявить факторы риска развития травматической болезни и ее осложнений, дать рекомендации в отношении мер профилактики возникновения и прогрессирования осложнений. Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания. Оценить тяжесть состояния больного. Определить необходимость, объем и последовательность лечебных, в том числе, реанимационных мероприятий. Спланировать алгоритм лабораторного, инструментального и	Клиническими методами обследования. Осмотр больных. Пальпация. Определение объема движений в суставах. Измерение длины конечностей и определение их осей. Исследование мышечной силы. Изучение походки. Определение деформаций позвоночника и грудной клетки. Неврологическое исследование. Определение чувствительности. Сухожильные рефлексы. Выявление патологических рефлексов. Рентгенологические методы исследования скелета. Методика чтения	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/05.8 B/01.8 B/02.8 B/03.8 B/05.8

	диагностика, лечение). Современные понятия о диагностике и лечении закрытой и открытой ЧМТ, повреждениях позвоночника и спинного мозга. Повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей кисти, повреждение нервов, особенности ПХО ран кисти и предплечья, различные виды костной пластики при повреждениях кисти. Вывихи. Травматические вывихи. Диагностика. Принципы лечения. Вывихи ключицы. Вывихи акромиального и грудинного концов ключицы. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Вывихи плеча. Механизм травмы. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Осложнения, их профилактика и лечение. Привычный вывих плеча. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Выбор метода оперативного лечения. Реабилитация. Застарелый вывих плеча. Клиника и диагностика. Показания к оперативному лечению. Методы оперативного лечения. Вывихи костей предплечья. Механизм. Классификация. Клиника и диагностика. Лечение. Реабилитация. Вывихи костей кисти, костей запястья и фаланг. Механизм. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Реабилитация. Вывихи бедра. Механизм. Классификация. Клиника и диагностика. Показания к оперативному лечению. Реабилитация. Вывихи голени. Клиника. Опасности повреждения	функционального обследования больных. Интерпретировать данные клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследования. Определить показания к госпитализации в стационар. Организовать медицинскую помощь в соответствии с выявленными особенностями заболевания. Составить дифференцированный план обследования и лечения больного, проводить его коррекцию в динамике. Разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции. Определить группу крови и выполнить переливание крови. Выявить возможные трансфузионные осложнения и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия. Оценить критерии выбора адекватного метода обезболивания. Оформить медицинскую документацию в установленном порядке. Решить вопрос о трудоспособности больного. Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность. проводить санитарно-просветительную работу.	рентгенограмм. Особенности выбора укладок при рентгенографии. Пневмографические методы исследования. Контрастная рентгенография. Рентгеновская томография. Компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография. Ультразвуковые методы исследования. Новокаиновые блокады. Репозиция перелома. Наложение гипсовых повязок. Первичная хирургическая обработка ран.		
--	---	--	--	--	--

	подколенной артерии. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Вывихи надколенника. Механизм. Показания к оперативному лечению. Травматические вывихи в голеностопном суставе и суставах стопы. Механизм. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Ошибки в диагностике и лечении. Осложнения, их профилактика и лечение.				
ДЕ-3. Остеосинтез в травматологии и ортопедии	Основы внутреннего остеосинтеза, современные внутрикостные и накостные системы фиксаторов. Особенности ведения больных в послеоперационном периоде, с видами ортопедических укладок. Чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова, основы управления аппаратом при устранении смещения костных фрагментов, при устранении деформаций и удлинении. Остеосинтез аппаратом Илизарова при лечении травм, последствий травм и заболеваний опорно-двигательной системы. <u>Система стабильного остеосинтеза.</u> Основные принципы. Интрамедуллярный остеосинтез. Остеосинтез винтами и пластинами. Остеосинтез стягивающей петель. Выбор имплантатов и техника остеосинтеза при переломах нижней конечности (углообразные пластины, динамические винты). Выбор имплантатов и техника выполнения. При переломах верхней конечности.	Собрать жалобы и анамнез. Выявить факторы риска развития травматической болезни и ее осложнений, дать рекомендации в отношении мер профилактики возникновения и прогрессирования осложнений. Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания. Оценить тяжесть состояния больного. Определить необходимость, объем и последовательность лечебных, в том числе, реанимационных мероприятий. Спланировать алгоритм лабораторного, инструментального и функционального обследования больных. Интерпретировать данные клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследования. Определить показания к госпитализации в стационар.	Клиническими методами обследования. Осмотр больных. Пальпация. Определение объема движений в суставах. Измерение длины конечностей и определение их осей. Исследование мышечной силы. Изучение походки. Определение деформаций позвоночника и грудной клетки. Неврологическое исследование. Определение чувствительности. Сухожильные рефлексы. Выявление патологических рефлексов. Рентгенологические методы исследования скелета. Методика чтения рентгенограмм. Особенности выбора укладок при рентгенографии. Пневмографические методы исследования. Контрастная рентгенография. Рентгеновская томография. Компьютерная томография. Магнитно-резонансная	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/05.8 B/01.8 B/02.8 B/03.8 B/05.8

	При переломах тазового кольца и вертлужной впадины. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после оперативных вмешательств на костях. Контрактуры суставов после остеосинтеза. Ошибки и осложнения после металлоостеосинтеза. <u>Компрессионно-дистракционный остеосинтез в травматологии.</u> Компрессионно-дистракционный остеосинтез при закрытых переломах. Показания. Обезболивание. Методика наложения аппаратов. Способы репозиции костных отломков. Особенности послеоперационного ведения. Ошибки, осложнения и их предупреждение. Компрессионно-дистракционный остеосинтез при переломах различной локализации. Компрессионно-дистракционный остеосинтез при открытых переломах и огнестрельных ранениях. Методика наложения аппаратов. Способы репозиции при различной локализации переломов. Особенности послеоперационного ведения. Ошибки, осложнения и их предупреждение	Организовать медицинскую помощь в соответствии с выявленными особенностями заболевания. Составить дифференцированный план обследования и лечения больного, проводить его коррекцию в динамике. Разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции. Определить группу крови и выполнить переливание крови. Выявить возможные трансфузионные осложнения и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия. Оценить критерии выбора адекватного метода обезболивания. Оформить медицинскую документацию в установленном порядке. Решить вопрос о трудоспособности больного. Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность. проводить санитарно-просветительную работу.	томография. Ультразвуковые методы исследования. Новокаиновые блокады. Репозиция перелома. Наложение гипсовых повязок. Первичная хирургическая обработка ран.		
ДЕ-4. Эндопротезирование суставов	Особенности эндопротезирования крупных суставов, история метода, современные аспекты методики бесцементного и цементного эндопротезирования тазобедренного и коленного сустава. Современные имплантационные системы, постановочный инструментарий, доступы к крупным суставам. Организационные проблемы эндопротезирования, ошибками и осложнениями, современными	Собрать жалобы и анамнез. Выявить факторы риска развития травматической болезни и ее осложнений, дать рекомендации в отношении мер профилактики возникновения и прогрессирования осложнений. Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания. Оценить тяжесть состояния	Клиническими методами обследования. Осмотр больных. Пальпация. Определение объема движений в суставах. Измерение длины конечностей и определение их осей. Исследование мышечной силы. Изучение походки. Определение деформаций позвоночника и грудной клетки. Неврологическое исследование. Определение	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/05.8 B/01.8 B/02.8 B/03.8 B/05.8

	методами Ревизионное эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов, показания и противопоказания, современные ревизионные имплантационные системы. Эндопротезирование при переломе шейки бедренной кости Показания к эндопротезированию. Эндопротезирование коленного сустава. Показания к эндопротезированию. Осложнения при эндопротезировании: Вывих головки бедренной кости. Клиника, рентгенология. Устранение вывиха. Нагноение эндопротеза тазобедренного сустава Клиника, рентгенология. Диагностика. Профилактика. Лечение. Консервативное. Дренирование. Нагноение эндопротеза коленного сустава Клиника, рентгенология. Диагностика. Профилактика. Лечение. Консервативное. Дренирование. Нестабильность эндопротеза тазобедренного сустава Клиника, рентгенология. Причины неустойчивости. Нестабильность тазового компонента. Нестабильность бедренного компонента. Тотальная неустойчивость. Нестабильность эндопротеза коленного сустава Клиника, рентгенология. Причины неустойчивости.	больного. Определить необходимость, объем и последовательность лечебных, в том числе, реабилитационных мероприятий. Спланировать алгоритм лабораторного, инструментального и функционального обследования больных. Интерпретировать данные клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследования. Определить показания к госпитализации в стационар. Организовать медицинскую помощь в соответствии с выявленными особенностями заболевания. Составить дифференцированный план обследования и лечения больного, проводить его коррекцию в динамике. Разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции. Определить группу крови и выполнить переливание крови. Выявить возможные трансфузионные осложнения и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия. Оценить критерии выбора адекватного метода обезболивания. Оформить медицинскую документацию в установленном порядке. Решить вопрос о трудоспособности больного. Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность.	чувствительности. Сухожильные рефлексы. Выявление патологических рефлексов. Рентгенологические методы исследования скелета. Методика чтения рентгенограмм. Особенности выбора укладок при рентгенографии. Пневмографические методы исследования. Контрастная рентгенография. Рентгеновская томография. Компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография. Ультразвуковые методы исследования. Новокаиновые блокады. Репозиция перелома. Наложение гипсовых повязок. Первичная хирургическая обработка ран.		
--	---	--	--	--	--

		проводить санитарно-просветительную работу.			
--	--	---	--	--	--

2. Аттестационные материалы

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме зачета по результатам прохождения ординатором итогового тестирования и собеседования по билетам, включающим два теоретических вопроса.

Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.

2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

71-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

Критерии оценки этапа решения ситуационной задачи:

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.

Изучение каждого раздела заканчивается семинаром или тестовым контролем, подготовкой рефератов по пройденной тематике. Тестовый контроль, зачет по каждому разделу дисциплины, зачет с оценкой.

2.1. Перечень навыков:

- физикальное обследование взрослых (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение длин конечностей);
- интерпретация данных лабораторных методов исследования;
- интерпретация данных инструментальных и лучевых (рентген, КТ, МРТ) методов исследования;
- неотложная помощь при хирургических заболеваниях: местное обезболивание, пункции суставов, различные виды хирургических швов, оперативных пособий при самых распространенных хирургических заболеваниях, методики остановки кровотечений, внутривенная инфузия, плевральная пункция и дренирование плевральной полости, пункция мочевого пузыря.
- выполнение мероприятий базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации.

Демонстрация практических навыков позволяет оценить у ординатора способность и готовность выполнять в профессиональной деятельности трудовые функции/действия в соответствии с требованиями профессионального стандарта «Врач- хирург ».

2.2. Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждого дисциплинарного модуля и содержат от 20 до 50 вопросов. В тестовом задании ординатору задаются вопросы с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов из 4-5 предложенных.

В тестовом задании на экзамене ординатору задаются 100 вопросов с возможностью выбора одного правильного ответа из 3-5 предложенных.

Полная база тестовых вопросов включает в себя 400 вопросов.

Примеры тестовых заданий

ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

001. Одно травматологическое отделение поликлиники функционирует на территории:

- а) 10 тыс. населения
- б) 100 тыс. населения
- в) 200 тыс. населения
- г) 300 тыс. населения
- д) 400 тыс. населения

002. Круглосуточная экстренная травматологическая помощь населению организуется в больницах города с населением не менее:

- а) 10 тыс. в б) 100 тыс.
- в) 300 тыс.
- г) 500 тыс.
- д) 1 млн.

003. Подключичную артерию можно прощупать:

- а) в надключичной ямке
- б) в подключичной ямке
- в) по переднему краю кивательной мышцы
- г) по заднему краю кивательной мышцы
- д) в подмышечной ямке

004. В полости плечевого сустава проходит сухожилие:

- а) длинной головки двуглавой мышцы
- б) короткой головки двуглавой мышцы
- в) сухожилия в полости сустава нет
- г) клювовидно-плечевой мышцы
- д) трехглавой мышцы

005. Мягкие ткани задней поверхности лопатки делят на 2 ямки:

- а) широчайшая мышца спины
- б) лопаточная ость
- в) акромиальный отросток
- г) клювовидный отросток
- д) трапецевидная мышца

Укажите два правильных ответа

006. Отверстие, через которое выходит верхняя ягодичная артерия, образовано

- а) нижним краем большой ягодичной мышцы
- б) нижним (задним) краем средней ягодичной мышцы

- в) верхним краем грушевидной мышцы
- г) нижним краем грушевидной мышцы
- д) верхним краем внутренней запирательной мышцы

Укажите один или несколько правильных ответов

007. Зона расположения малоберцового нерва в верхней трети голени находится:

- а) сзади и снаружи от шейки малоберцовой кости
- б) сзади и изнутри от шейки малоберцовой кости
- в) снаружи от головки малоберцовой кости
- г) в межкостной мембране верхней трети голени

008. Закрытую травму головного мозга делят на следующие виды:

- а) ушибы мягких тканей головы
- б) переломы основания черепа в) сотрясение г) сдавленно д) ушибы

009. Ликворея из наружного слухового прохода при закрытой черепно-мозговой травме свидетельствует:

- а) о переломе костей задней черепной ямки
- б) о переломе костей средней черепной ямки
- в) о переломе костей передней черепной ямки
- г) о переломе костей свода черепа
- д) о переломе решетчатой кости

013. Абсолютным показанием к неотложной трепанации черепа с целью остановки кровотечения и декомпрессии является клиническая картина:

- а) субарахноидального кровотечения
- б) сдавления головного мозга
- в) ушиб головного мозга тяжелой степени
- г) внутричерепной гипертензии
- д) перелома основания черепа

014. Наиболее вероятным для диагностики сдавления головного мозга являются варианты потери сознания после травмы головы со следующими особенностями:

- а) сразу после травмы с постепенным восстановлением сознания
- б) сразу после травмы с отсутствием сознания в течение 2-3 суток
- в) потеря сознания через некоторый период после травмы без восстановления в течение периода наблюдения
- г) кратковременная потеря сознания
- д) повторная потеря сознания в остром периоде черепно-мозговой травмы

015. Для ушиба головного мозга характерны:

- а) комбинация общемозговых и очаговых симптомов
- б) общемозговые симптомы
- в) признаки перелома костей черепа
- г) тошнота
- д) головная боль и заторможенность

017. Для переломов тел шейного отдела позвоночника наиболее характерны:

- а) боли в шейном отделе
- б) головная боль с иррадиацией в шею

- в) затруднение ротации, сгибания и разгибания головы
- г) напряжение шейных мышц
- д) хруст в шейном отделе позвоночника
- е) вынужденное сгибание (разгибание) головы
- ж) тетраплегия, расстройство функции тазовых органов

018. Какой позвонок считается вывихнутым при вывихах позвоночника?

- а) вышележащий из поврежденных
- б) нижележащий из поврежденных

019. При чисто сгибательном механизме повреждения позвоночника образования, придающие стабильность телам позвонков в грудном и поясничном отделе, как правило:

- а) страдают
- б) не страдают

020. Функциональное лечение при переломах тел позвонков показано:

- а) при осложненных компрессионных переломах
- б) при переломах позвоночника у больных старше 60 лет
- в) при неосложненных компрессионных переломах грудных и поясничных позвонков
- г) при переломах остистых отростков
- д) при нестабильных переломах

021. Скелетное вытяжение за череп при переломах

и переломовывихах шейного и верхнегрудного отдела позвоночника, как правило, длится:

- а) 1-2 недели
- б) 3-4 недели
- в) 6-8 недель
- г) 9-12 недель
- д) более 12 недель

022. При закрытой травме груди плевральная пункция, как неотложное мероприятие, предупреждающее внезапный летальный исход, абсолютно показана:

- а) при ограниченном (закрытом) пневмотораксе
- б) при клапанном (напряженном) пневмотораксе
- в) при множественных переломах ребер с их флотацией
- г) при подкожной эмфиземе
- д) при свернувшемся гемотораксе

023. Ярко-красный цвет кожи, мелкоточечные синеватые кровоизлияния на коже головы, верхней части груди, слизистых рта и в конъюнктиве при травме груди характерны:

- а) для сдавления груди (травматической асфиксии)
- б) для ушиба грудной стенки
- в) для сотрясения груди
- г) для ушиба легкого
- д) для сдавления средостения при эмфиземе

024. Специальная иммобилизация ребер (фиксация консервативными и оперативными способами) показана:

- а) при изолированных переломах ребер, сопровождающихся закрытым пневмотораксом
- б) при окончатых (двоичных) множественных переломах ребер
- в) при нарастающей травматической подкожной эмфиземе

- г) при тотальном одностороннем гемотораксе
- д) при переломе грудины без повреждения ребер

025. При открытом пневмотораксе на догоспитальном этапе в качестве первой врачебной помощи показаны следующие мероприятия:

- а) асептическая повязка на рану
- б) окклюзионная асептическая повязка, накладываемая в момент вдоха
- в) окклюзионная асептическая повязка, накладываемая в момент выдоха
- г) вагосимпатическая блокада на стороне повреждения
- д) плевральная пункция

026. Плевральная пункция при пневмотораксе проводится:

- а) во 2-м межреберье по среднеключичной линии
- б) в 4-м межреберье по передней подмышечной линии
- в) в 6-м межреберье по средней подмышечной линии
- г) во 2-м и в 6-м межреберьях по средней подмышечной линии
- д) в 6-7-м межреберьях между средней и передней подмышечными линиями

027. Плевральная пункция при гемотораксе проводится:

- а) во 2-м межреберье по среднеключичной линии
- б) в 4-м межреберье по передней подмышечной линии
- в) в 6-м межреберье по заднеподмышечной линии г) в 7-8-м межреберье по средам неподмышечной линии
- д) в 9-м межреберье по заднеподмышечной линии

029. При переломах костей тазового кольца с нарушением его непрерывности у взрослых скелетное вытяжение накладывают:

- а) на 2-3 недели
- б) на 5-6 недель
- в) на 7-8 недель
- г) на 9-10 недель
- д) более 10 недель

030. При переломах крестца трудоспособность восстанавливается чаще через:

- а) 1-2 недели
- б) 1-3 недели
- в) 4-8 недель
- г) 9-12 недель
- д) 13 недель и более

031. 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-Цодыксу
- г) проводниковая анестезия
- д) перидуральная блокада

032. При вывихе акромиального конца ключицы конец ключицы, как правило смещается:

- а) вверх и назад
- б) вверх и вперед

- в) вверх
- г) только кпереди
- д) вниз и вперед

033. При переломах ключицы периферический отломок по отношению к центральному смещается:

- а) вниз, вперед и внутрь
- б) вверх, кзади и кнаружи
- в) только внутрь
- г) только вперед
- д) только назад

034. Сращение отломков ключицы в зависимости от возраста наступает чаще всего:

- а) через 1 неделю
- б) через 2-5 недель
- в) через 6-8 недель
- г) через 9-12 недель
- д) более, чем через 12 недель

035. Какие из нижеперечисленных способов лечения используют чаще всего при переломах лопатки для консолидации отломков?

- а) торако-абдоминальную гипсовую повязку
- б) оперативный остеосинтез
- в) повязку Дезо
- г) отводящие шины
- д) отводящие кольца

036. При переломах шейки и суставной впадины лопатки трудоспособность пострадавших восстанавливается через сроки:

- а) 1-2 недели
- б) 5-9 недель
- в) 10-12 недель
- д) свыше 15 недель

037. Неотложное оперативное лечение свежих закрытых переломов ключ показано:

- а) при оскольчатых переломах
- б) при угрозе перфорации кожи отломком
- в) при всех переломах у детей
- г) при повреждении сосудисто-нервного пучка
- д) при значительном смещении отломков, которые при вправлении невозможно удержать консервативно

038. Вывих какой кости запястья сопровождается часто ограниченным выступом на ладонной поверхности запястья, западением - на тыльной и пассивным сгибанием пальцев?

- а) ладьевидной
- б) гороховидной
- в) полулунной
- г) малой многоугольной
- д) большой многоугольной

039. Для какой из перечисленных костей запястья

условия для сращения ее перелома наиболее неблагоприятны?

- а) для крючковидной
- б) для головчатой
- в) для большой многоугольной
- г) для гороховидной
- д) для ладьевидной

040. Повреждение какого сухожилия кисти

сопровождается пассивным сгибанием ногтевой фаланги и переразгибанием средней фаланги?

- а) разрыв глубокого сгибателя II-V фаланг
- б) отрыв сухожилия разгибателя пальца
- в) отрыв длинного сгибателя большого пальца
- г) отрыв сухожилий червеобразной мышцы
- д) сухожилия длинной ладонной мышцы

041. Переломом Беннета называется:

- а) перелом локтевого края основания I пястной кости
- б) перелом тела II пястной кости
- в) перелом лучевого края основания III пястной кости
- г) перелом ногтевой фаланги
- д) перелом средней фаланги I пальца

042. При переломах тел пястных костей

трудоспособность восстанавливается в сроки:

- а) через 3-4 недели
- б) через 5-6 недель
- в) через 7-8 недель
- г) через 9-10 недель
- д) свыше 10 недель

043. Наиболее характерными симптомами вывиха плеча являются:

- а) боли
- б) западение дельтовидной области
- в) симптом пружинящей фиксации плеча
- г) сохранность пассивных движений
- д) припухлость области плечевого сустава

044. Какой из перечисленных способов вправления вывиха плеча

основан на повторении в обратном порядке элементов механизма вывиха?

- а) Джанелидзе
- б) Гиппократа
- в) Мота
- г) Кохера
- д) Купера

045. Решающее значение в диагностике переломов головки и анатомической шейки плеча имеют:

- а) анамнестические данные
- б) данные клинического обследования (осмотр, пальпация, нарушение движений, длины и т.п.)
- в) рентгенологические данные

046. Основными видами переломов хирургической шейки плеча являются:

- а) ротационный
- б) многооскольчатый
- в) абдукционный
- г) аддукционный
- д) вколоченный

047. При аддукционных переломах хирургической шейки плеча для лечения применяется:

- а) повязка типа Дезо
- б) отводящая шина
- в) гипсовая лонгета от здорового надплечья до кисти с положением плеча вертикально
- г) репозиции и фиксации отломков не требуется
- д) абсолютно показан остеосинтез

048. При переломе большого бугорка плеча:

- а) активное вращение плеча кнаружи невозможно
- б) активное вращение плеча внутрь невозможно
- в) активное вращение плеча ограничено, но возможно в любую сторону
- г) активное вращение плеча наружу и внутрь не нарушено
- д) активное вращение плеча в любую сторону невозможно

049. При переломе диафиза плеча ниже прикрепления дельтовидной мышцы в средней трети периферический отломок:

- а) не смещен
- б) подтянут кверху, повернут кнутри и смещен кнутри и кпереди
- в) расположен под углом, открытым внутрь и кзади по отношению к центральному отломку
- г) расположен под углом, открытым кзади и подтянут кверху
- д) подтянут кверху и расположен снаружи от центрального отломка с ротацией кнаружи

054. Прокол локтевого сустава опасен в зоне:

- а) медиальное локтевого отростка
- б) латеральное локтевого отростка
- в) над верхушкой локтевого отростка
- г) над головкой лучевой кости-V
- д) над венечным отростком локтевой кости

055. При переломе локтевого отростка невозможны:

- а) активные разгибания предплечья в локтевом суставе
- б) активные сгибания предплечья в локтевом суставе
- в) пассивные сгибания предплечья в локтевом суставе
- г) пассивные разгибания предплечья в локтевом суставе
- д) ротационные движения предплечья

056. При раздробленных и краевых переломах у взрослых головки лучевой кости показано:

- а) консервативное лечение
- б) при неудаче консервативного лечения - удаление головки V
- в) удаление головки без предварительного консервативного лечения
- г) остеосинтез головки
- д) удаление свободных осколков головки с сохранением остальной ее части

057. Перелом локтевой кости с вывихом головки лучевой известен:

- а) как травма Галеацци
- б) как травма Потта
- в) как перелом Десто уг) как повреждение Монтеджа
- д) как травма Дюпюитрена

058. Доступ к локтевой кости безопаснее делать:

- а) по ее переднему краю
- б) по ее заднему краю
- в) по ее лучевому краю
- г) по ее локтевому краю

059. Доступ к лучевой кости безопаснее делать:

- а) через тыльный разрез
- б) через переднебоковой разрез
- в) через медиальный разрез

060. Деформация дистального конца при переломе луча в типичном месте:

- а) имеет штыкообразную форму
- б) имеет форму с резко выраженным углом, открытым к тылу
- в) имеет форму с резко выраженным углом, открытым на ладонной поверхности
- г) деформация не характерна
- д) имеет выраженное укорочение предплечья

061. Для контроля возможности вторичного смещения отломков в гипсовой повязке при переломе луча в типичном месте контрольные рентгенограммы целесообразно делать в сроки:

- а) через 2-3 дня
- б) через 3-5 дней
- в) через 7-10 дней
- г) через 12-14 дней
- д) через месяц и более

062. При полном разрыве ахиллова сухожилия активное подошвенное сгибание:

- а) отсутствует
- б) значительно ослаблено
- в) сохранено

063. При пронационно-абдукционных переломах лодыжек (типа Дюпюитрена) происходит:

- а) подвывих стопы внутрь с переломом внутренней лодыжки и переднего края большеберцовой кости .
- б) подвывих стопы наружу с отрывом внутренней лодыжки, переломом 1/3 малоберцовой кости и разрывом дистальной межберцовой связки
- в) перелом внутренней лодыжки и заднего края большеберцовой кости
- г) перелом заднего края большеберцовой кости
- д) перелом переднего края большеберцовой кости и разрыв коллатеральных связок голеностопного сустава

064. Переломы лодыжек, сочетающиеся с переломом заднего или переднего краев большеберцовой кости с подвывихом стопы кпереди и кзади известны как переломы:

- а) Дюпюитрена

- б) Потта
- в) Десто
- г) Уотсон-Джонса
- д) Мальгенья

065. При фиксации гипсовой повязкой вправленного перелома лодыжек пронационную гиперкоррекцию стопы:

- а) проводить необходимо
- б) можно проводить, но не обязательно
- в) проводить вредно

066. При супинационно-аддукционных переломах лодыжек подвывих стопы происходит:

- а) кнутри
- б) кнаружи
- в) не происходит
- г) кзади
- д) кпереди

067. Оперативное лечение переломов лодыжек показано:

- а) при любом виде перелома лодыжек
- б) при переломах заднего и переднего краев большеберцовой кости
- в) при трудно репозируемых переломах ^ г) при плохо удерживаемых переломах
- д) при легко смещающихся переломах

068. Оперативное лечение переломов надколенника показано:

- а) при переломе без расхождения отломков
- б) при расхождении отломков на 2-3 мм
- в) при расхождении отломков более 3 мм
- г) при раздробленных переломах I/ д) при звездчатых переломах с расхождением отломков

069. Одним из симптомов повреждения мениска коленного сустава является:

- а) затруднение больных при спуске с лестницы
- б) затруднение больных при подъеме на лестницу
- в) затруднение при спуске и подъеме на лестницу

070. Если первичная травма коленного сустава сопровождалась блокадой, которая была устойчива, то в этих случаях:

- а) больного не следует оперировать
- б) больного оперировать следует в экстренном порядке
- в) больного оперировать следует через 2-3 дня
- г) больного оперировать следует через 5-10 дней
- д) больного оперировать следует при повторных блокадах

071. Какой из перечисленных синдромов патологии коленного сустава наиболее характерен для повреждения мениска?

- а) "переднего выдвижного ящика"
- б) "заднего выдвижного ящика"
- в) "блокады"
- г) боли и хруста
- д) нестабильности

072. Какая из перечисленных операций наиболее рациональна при деформирующем гонартрозе, обусловленном варусной деформацией большеберцовой кости?

- а) операция на связках сустава
- б) артродез
- в) эндопротезирование
- г) корригирующая остеотомия
- д) артрориз сустава

073. Какая операция наиболее рациональна повреждении мениска в прикапсулярной зоне?

- а) удаление
- б) пластика оторванной части
- в) резекция
- г) операция не показана
- д) шов мениска (артроскопия).

074. При подвздошном травматическом вывихе бедра:

- а) нога резко согнута, приведена и ротирована внутрь
- б) нога слегка согнута, приведена и ротирована внутрь
- в) укорочение ноги до 5-7 см
- г) укорочение ноги до 1-2 см
- д) определяется симптом пружинящей фиксации

075. Необходимыми действиями хирурга, вправляющего вывих бедра по Кохеру, являются:

- а) сгибание конечности в коленном и тазобедренных суставах
- б) сгибание конечности только в тазобедренном суставе
- в) вытяжение по направлению оси бедра
- г) приведение бедра
- д) ротационные движения бедра

076. При консервативном лечении обычно не срастаются следующие переломы бедра:

- а) медиальные переломы шейки Гарден I
- б) медиальные переломы шейки Гарден IV
- в) межвертельные переломы в области шейки
- г) чрезвертельные переломы в области шейки

077. Симптом усиленной пульсации бедренных сосудов под пупартовой связкой при переломах шейки бедра на месте повреждения описан:

- а) А.В.Вишневым
- б) А.В.Капланом
- в) Г.И.Турнером
- г) С.С.Гирголавым
- д) Т.Бильротом

078. С целью ослабить давление на головку бедра при ее асептическом некрозе предложена операция:

- а) по Фоссу
- б) по Мак-Маррею
- в) по Солтеру
- г) по Венту
- д) по Заграднику

079. Какой вариант иммобилизации отломков в аппарате Илизарова показан при многооскольчатом переломе большеберцовой кости в диафизарном ее отделе?

- а) компрессия продольная
- б) дистракция одномоментная
- в) встречно-боковая компрессия
- г) стабильная фиксация
- д) дистракция постепенная

080. При переломе костей голени для скелетного вытяжения спицу, как правило, проводят:

- а) через пяточную кость
- б) через надлодыжечную область
- в) через диафизарную часть отломков
- г) через метафизы отломков
- д) через плюсовые кости

081. При переломе внутреннего мыщелка большеберцовой кости и его смещении:

- а) голень отклоняется кнаружи
- б) голень отклоняется кнутри
- в) ось голени не изменяется
- г) определенной закономерности в отклонении голени от нормальной оси не наблюдается

082. Гипсовую повязку при консервативном лечении вправленных отломков мыщелков большеберцовой кости снимают обычно:

- а) через 2-3 недели
- б) через 4 недели
- в) через 5-6 недель
- г) через 8 недель
- д) через 10-12

083. При диафизарном переломе костей голени без смещения отломков лечение гипсовой повязкой без фиксации ею коленного сустава

- а) оправдано и допустимо
- б) неоправданно и противопоказано

084. Проксимальный отломок при переломах верхней и средней трети бедра смещается в положение:

- а) отведения, сгибания и наружной ротации
- б) отведения, разгибания и внутренней ротации
- в) приведения, сгибания и внутренней ротации
- г) закономерности смещения нет
- д) отломок смещается только по периферии

085. При переломах нижней трети бедра и надмыщелковом переломе периферический отломок смещается по отношению к центральному:

- а) вверх
- б) кнаружи
- в) кнутри г) кзади и вверх
- д) по периферии

087. Адекватный вариант и количество интрамедуллярных стержней для остеосинтеза перелома бедренной кости в нижней трети?

- а) одним стержнем типа Кюнчера, ЦИТО, Дуброва
- б) двумя металлическими упругими стержнями типа Богданова
- в) сдвоенными стержнями ЦИТО

088. Оптимальные методы лечения закрытых винтообразных диафизарных переломов бедренной кости:

- а) одномоментная репозиция и кокситная повязка
- б) скелетное вытяжение
- в) наkostный остеосинтез
- г) интрамедуллярный остеосинтез
- д) чрескостный остеосинтез

089. Оптимальный метод лечения многооскольчатых переломов диафиза бедра:

- а) скелетное вытяжение и гипс
- б) чрескостный полифасцикулярный остеосинтез
- в) интрамедуллярный остеосинтез
- г) наkostный остеосинтез
- д) кокситной повязкой после одномоментной репозиции

090. Смещение в суставе Шопара при вывихе дистальной части стопы происходит:

- а) кнутри и к тылу
- б) кнаружи и в подошвенную сторону
- в) кнаружи и к тылу
- г) нет закономерных смещений
- д) только к подошвенной стороне, вниз

091. Вывихи плюсневых костей в суставе Лисфранка

- а) происходят, как правило, изолированно без переломов плюсневых костей
- б) как правило, сочетаются с переломами костей стопы

092. При раздробленных переломах тела таранной кости лучшие результаты лечения получают:

- а) при астрагалжтомии
- б) при лечении гипсовой повязки
- в) при первичном артрорезе
- г) при скелетном вытяжении
- д) при погружном металлоosteосинтезе отломков кости

093. При переломах шейки таранной кости после снятия гипса нагрузка на ногу разрешается:

- а) на 3-4-й неделе после травмы
- б) на 5-6-й неделе после травмы
- в) через 10-12 недель после травмы
- г) через 20-30 недель после травмы
- д) более, чем через 30 недель после травмы

094. После компрессионного перелома пяточной кости и смещения отломков таранно-пяточный угол:

- а) не меняется
- б) увеличивается
- в) уменьшается
- г) закономерности в его изменении нет

095. При переломах пяточной кости без смещения отломков лечение проводят:

- а) гипсовой повязкой
- б) скелетным вытяжением
- в) диафиксацией отломков спицами

096. Наилучшим видом обезболивания при вправлении вывиха бедра является:

- а) внутрисуставное введение местного анестетика
- б) проводниковая анестезия
- в) футлярная блокада по А.В.Вишневскому
- г) внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову
- д) наркоз с миорелаксантами

097. Для чрескостного остеосинтеза изолированных переломов конечности целесообразнее всего использовать:

- а) перидуральную анестезию
- б) проводниковую анестезию
- в) местную инфильтрационную анестезию
- г) внутривенное обезболивание
- д) интубационный комбинированный поверхностный наркоз

098. Наиболее надежным и эффективным способом обезболивания при свежих переломах таза является:

- а) анестезия по Школьникову-Селиванову
- б) блокада запирательных нервов
- в) введение анестетика в место перелома
- г) наркоз
- д) подкожное введение наркотика

099. Наиболее достоверным критерием попадания иглы для введения анестетика в место перелома является:

- а) ощущение упора иглы в костный отломок
- б) появление пульсирующей струи крови в шприце при потягивании поршня после упора иглы в кость
- в) ощущение крепитации отломков при упоре иглы в кость

100. В приемный покой многопрофильной больницы доставлен шахтер, который извлечен из-под завала. В течение 8 часов были сдавлены обрушившимся углем обе нижние конечности до средних третей бедер.

Признаков переломов не обнаружено. На госпитальном этапе конечности были туго забинтованы, наложены транспортные шины и проведено их местное охлаждение льдом. Введены наркотики. Транспортировку перенес.

Состояние тяжелое. Анурия. Куда целесообразнее поместить пострадавшего для оказания специализированной помощи?

- а) в травматологическое отделение для хирургического лечения
- б) в хирургическое отделение с той же целью
- в) в реанимационное отделение для проведения преимущественно эфферентной терапии
- г) в палату интенсивной терапии приемного покоя для противошоковой терапии
- д) в отделение гемодиализа

001 -в	034-6	067 - в,ГД	100-в
002 - г	035 - в,Г	068 - в,Г,Д	
003 -б	036-6	069-а	
004-6	037 - б,Г,Д	070-д	
005-в	038-в	071-в	
006-а	039-д	072-Г	
007-а	040-6	073-а	
008-6	041 -а	074 - б,в	
009 -б,в	042-6	075 - а,в,д	
010-а	043 - б,в	076-6	
011 - в,Г,Д	044-Г	077-г	
012 - б	045-в	078-а	
013-6	046 - в,Г,Д	079-г	
014-в	047-6	080 - а,б	
015 - а,в	048-а	081 -б	
016-а	049-6	082 - г	
017 - а,в,Г	050-Г	083-а	
018-а	051 -а	084-а	
019-6	052-6	085-г	
020-в	053-6	086-в	
021 -в	054-а	087-6	
022-6	055-а	088 - 6,8	
023-а	056-в	089-6	
024-6	057-г	090-а	
025 - в,Г	058-6	091 -6	
026-а	059 - а,б	092 - в	
027 - в,Г	060-а	093-в	
028 - б,в,д	061 -в	094-в	
029-6	062-6	095-а	
030-в	063-6	096-д	
031 -в	064 - б,в	097 - а,б,в	
032-а	065-в	098-а	
033-а	Обб-а	099-6	

2.3. Экзаменационные ситуационные задачи

Во время экзамена по дисциплине ординатор решает одну ситуационную задачу, демонстрируя сформированность универсальных и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.67 хирургия.

Решение ситуационной задачи позволяет оценить умение ординатора анализировать информацию, выделить главные и второстепенные признаки болезни, правильно использовать терминологию, ставить диагноз, согласно действующих классификаций, МКБ, выбрать оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разработать план диспансерного наблюдения в зависимости от нозологии, индивидуальных особенностей пациента.

Примеры ситуационных задач:

ЗАДАЧА 1. (контролируемые компетенции: УК-1; ПК-2, ПК-5, ПК-6)

У больного после внутрисуставного перелома верхнего конца большеберцовой кости признаки острого гонита. При пункции сустава получена мутная синовиальная жидкость с примесью крови. Какой вариант общего и местного лечения наиболее рационален?

- а) консервативное общее противовоспалительное лечение (антибиотики), местно - холод, иммобилизация
- б) пункции сустава с удалением выпота и введением в сустав антибиотиков типа гентамицина, иммобилизация гипсом
- в) активное дренирование V с постоянным промыванием сустава антисептиками, при неэффективности - синовэктомия, при неэффективности - артродез
- г) артродез по жизненным показаниям
- д) лечение длительной иммобилизацией и иммуностимуляцией

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации
2. Какие обследования следует провести больному дополнительно?
3. Составьте план лечения данного больного
4. Составьте план диспансерного наблюдения
5. Какие реабилитационные мероприятия необходимо провести пациенту?

ЗАДАЧА 2. (контролируемые компетенции: УК-1; ПК-2, ПК-5)

У больного 18 лет обнаружен диспластический коксартроз II-III с подвывихом головки бедра, особенно выраженным при нагрузке на больную конечность. Гипоплазия вертлужной впадины выражена. Каков наиболее рациональный метод хирургического лечения?

- а) формирование навеса вертлужной впадины по Кенигу, Гирголаву, Томасу
- б) надвертлужная остеотомия таза по Кьяри
- в) Подвертельная двойная вальгазирующе-медиализирующая остеотомия бедренной кости типа Шанца-Илизарова
- г) подвертельная остеотомия по Мак-Маррею

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации
2. Какие обследования следует провести больному дополнительно?
3. Составьте план лечения данного больного
4. Составьте план диспансерного наблюдения
5. Какие реабилитационные мероприятия необходимо провести пациенту?

ЗАДАЧА 3. (контролируемые компетенции: УК-1; ПК-2, ПК-5)

Больной 17 лет поступил в травматологическое отделение с признаками перелома верхней трети плечевой кости. Обследование показало, что это патологический перелом, обусловленный опухолью, рентгенологически, клинически и гистологически напоминающую остеогенную саркому. Отдаленных метастазов не выявлено. Какое из вмешательств наиболее целесообразно для данного пациента?

- а) гипсовая повязка и симптоматическое лечение
- б) межлопаточно-грудная ампутация плеча с протезированием верхней конечности
- в) резекция опухоли с эндопротезированием проксимальной трети плечевой кости
- г) биопсия, рентгене- и химиотерапия
- д) регионарная лучевая и химиотерапия

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации
2. Какие обследования следует провести больному дополнительно?
3. Составьте план лечения данного больного

4. Составьте план диспансерного наблюдения
5. Какие реабилитационные мероприятия необходимо провести пациенту?

3. Технологии и критерии оценивания

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме зачета по результатам прохождения ординатором итогового тестирования и собеседования по билетам, включающим два теоретических вопроса

3.1. Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.
2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.
3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.
4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

71-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

3.2. Критерии оценки этапов клинического разбора больного, решения ситуационной задачи:

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, МКБ, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план диспансерного наблюдения в зависимости от нозологии, индивидуальных особенностей пациента, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются в случае положительных результатов аттестации ординатора.