

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 04.04.2023 13:05:08
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра иностранных языков и межкультурной коммуникации**

УТВЕРЖДАЮ

Проректор

по образовательной деятельности

и молодежной политике

Бородулина Т.В.



«20» мая 2022 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК**

Специальность: 3.1.8. Травматология и ортопедия

г. Екатеринбург
2022 год

Фонд оценочных средств по дисциплине «Иностранный язык» составлен в соответствии с Федеральными государственными требованиями к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов, утвержденными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 октября 2021 г. № 951.

Фонд оценочных средств составлен Олышванг О.Ю., к. филол. наук, доцент, и.о. зав. кафедрой иностранных языков и межкультурной коммуникации

Фонд оценочных средств рецензирован Олехнович О.Г., к. филол. наук, доц., доц. кафедры иностранных языков и межкультурной коммуникации.

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен на заседании кафедры иностранных языков и межкультурной коммуникации 25 января.2022 года (протокол №6).

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен методической комиссией специальностей аспирантуры 02 февраля 2022 года (протокол № 3).

В процессе обучения аспирант должен пройти 2 текущих контроля знаний.

Аттестация №1.

Для допуска к первой аттестации необходимо: сдать 200.000 печатных знаков; подготовить реферат на русском языке по прочитанной литературе (7-8 страниц).

На аттестации аспиранту необходимо продемонстрировать навыки устного перевода научных статей по специальности объемом 50.000 печатных знаков (материал предоставляется из ранее сданных 200.000 печатных знаков).

Аттестация №2.

Для допуска ко второй аттестации необходимо: сдать 400.000 печатных знаков; подготовить словарь 500 терминов по специальности, составленный на основе прочитанной литературы, подготовить отчетную документацию.

На аттестации аспиранту необходимо продемонстрировать навыки пересказа научных статей по специальности объемом 50.000 печатных знаков (материал предоставляется из ранее сданных 400.000 печатных знаков).

Экзаменационный билет включает 3 вопроса:

1. Пересказ на иностранном языке отрывка из научной статьи по специальности объемом 3000 печатных знаков (время на подготовку 60 минут);

2. Беглое просмотровое чтение и пересказ на русском языке отрывка из научной статьи по специальности объемом 1800 печатных знаков (время на подготовку 5 минут).

3. Беседа с экзаменатором на иностранном языке по вопросам, связанным со специальностью и научной работой аспиранта.

Критерии оценки

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				
	1	2	3	4	5
ЗНАТЬ: особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в российских и международных исследовательских	Отсутствие знаний	Фрагментарные знания особенностей предоставления результатов научной деятельности в устной и письменной форме	Неполные знания особенностей представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме, при работе в	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных особенностей представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при	Сформированные и систематические знания особенностей представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в российских и международных

коллективах			российских и международных коллективах	работе в российских и международных исследовательских коллективах	исследовательских коллективах
УМЕТЬ: следовать нормам, принятым в научном общении при работе в российских и международных исследовательских коллективах с целью решения научных и научно-образовательных задач	Отсутствие умений	Фрагментарное следование нормам, принятым в научном общении при работе в российских и международных исследовательских коллективах с целью решения научных и научно-образовательных задач	В целом успешное, но не систематическое следование нормам, принятым в научном общении при работе в российских и международных исследовательских коллективах с целью решения научных и научно-образовательных задач	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение следовать основным нормам, принятым в научном общении при работе в российских и международных исследовательских коллективах с целью решения научных и научно-образовательных задач	Успешное и систематическое следование нормам, принятым в научном общении, для успешной работы в российских и международных исследовательских коллективах с целью решения научных и научно-образовательных задач
УМЕТЬ: осуществлять личностный выбор в процессе работы в российских и международных исследовательских коллективах, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность перед собой, коллегами и	Отсутствие умений	Частично освоенное умение осуществлять личностный выбор в процессе работы в российских и международных исследовательских коллективах, оценивать последствия	В целом успешное, но не систематическое умение осуществлять личностный выбор в процессе работы в российских и международных исследовательских коллективах,	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение осуществлять личностный выбор в процессе работы в российских и международных исследовательских коллективах, оценивать последствия принятого	Успешное и систематическое умение осуществлять личностный выбор в процессе работы в российских и международных исследовательских коллективах, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность перед собой,

обществом		принятого решения и нести за него ответственность перед собой, коллегами и обществом	оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность перед собой, коллегами и обществом	решения и нести за него ответственность перед собой, коллегами и обществом	коллегами и обществом
ВЛАДЕТЬ: навыками анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих при работе по решению научных и научно-образовательных задач в российских или международных исследовательских коллективах	Отсутствие навыков	Фрагментарное применение навыков анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих при работе по решению научных и научно-образовательных задач в российских или международных исследовательских коллективах	В целом успешное, но не систематическое применение навыков анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих при работе по решению научных и научно-образовательных задач в российских или международных исследовательских коллективах	В целом успешное, но сопровождающееся отдельными ошибками применение навыков анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих при работе по решению научных и научно-образовательных задач в российских или международных исследовательских коллективах	Успешное и систематическое применение навыков анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих при работе по решению научных и научно-образовательных задач в российских или международных исследовательских коллективах
ВЛАДЕТЬ: технологиями оценки результатов коллективной	Отсутствие навыков	Фрагментарное применение технологий	В целом успешное, но не систематическое	В целом успешное, но сопровождающееся отдельными	Успешное и систематическое применение технологий оценки

деятельности по решению научных и научно-образовательных задач, в том числе ведущейся на иностранном языке		й оценки результатов коллективной деятельности по решению научных и научно-образовательных задач, в том числе ведущейся на иностранном языке	применение технологий оценки результатов коллективной деятельности по решению научных и научно-образовательных задач, в том числе ведущейся на иностранном языке	ошибками применение технологий оценки результатов коллективной деятельности по решению научных и научно-образовательных задач, в том числе ведущейся на иностранном языке	результатов коллективной деятельности по решению научных и научно-образовательных задач, в том числе ведущейся на иностранном языке
ВЛАДЕТЬ: технологиями планирования деятельности в рамках работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач	Отсутствие навыков	Фрагментарное применение технологий планирования деятельности в рамках работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач	В целом успешное, но не систематическое применение технологий планирования деятельности в рамках работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач	В целом успешное, но сопровождающееся ошибками применение технологий планирования деятельности в рамках работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач	Успешное и систематическое применение технологий планирования деятельности в рамках работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач
ВЛАДЕТЬ: различными типами коммуникаций при осуществлении работы в российских и международных коллективах	Отсутствие навыков	Фрагментарное применение навыков использования различных типов коммуникаций	В целом успешное, но не систематическое применение навыков использования различных	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков использования различных типов	Успешное и систематическое владение различными типами коммуникаций при осуществлении работы в российских и

по решению научных и научно-образовательных задач		аций при осуществлении работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач	типов коммуникаций при осуществлении работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач	коммуникаций при осуществлении работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач	международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач
---	--	--	--	--	---

Общая оценка выставляется как среднее арифметическое в традиционной пятибалльной системе.

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

Кафедра философии, биоэтики и культурологии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор

по образовательной деятельности

и молодежной политике

Бородулина Т.В.



«20» мая 2022 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
ИСТОРИЯ И ФИЛОСОФИЯ НАУКИ**

Специальность: 3.1.8. Травматология и ортопедия

г. Екатеринбург
2022

Фонд оценочных средств по дисциплине «История и философия науки» составлен в соответствии с Федеральными государственными требованиями к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов, утвержденными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 октября 2021 г. № 951.

Фонд оценочных средств составлен Князевым В.М., д. филос. наук, доц., проф. кафедры философии, биоэтики и культурологии

Фонд оценочных средств рецензирован Некрасовым С. Н., д. филос. наук, проф., почетным работником ВПО России, проф. кафедры философии, главным научным сотрудником Уральского государственного аграрного университета.

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен на заседании кафедры философии, биоэтики и культурологии 15 декабря 2021 года (протокол № 5).

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен методической комиссией специальностей аспирантуры 02 февраля 2022 года (протокол № 3).

Содержание фонда оценочных средств

1.

Кодификатор по дисциплине

1.1. Побилетная программа

1.2. Последовательность формирования знаний, умений и навыков

2. Аттестационные материалы

2.1. Экзаменационные вопросы

2.2. Тестовые задания

2.3. Задания для самостоятельной работы

3. Технологии оценивания

Методика оценивания образовательных достижений обучающихся по дисциплине.

1. Кодификатор по дисциплине

1.1. Побилетная программа

Раздел 1. Предмет и метод Истории и философии науки.

- исторические типы науки;
- отличительные черты философского знания и его функционал;
- единство и противоположность логоса философии и науки;
- философия как зрелая форма самосознания, мировоззрения, методологии, аксиологии и этики;
- историческое развитие философии, ее мировоззрение, методология, аксиология, этика в связи с историей клинического мышления медицины.

Раздел 2. Философия и медицина цивилизаций Древнего мира: Древней Греции, Индии, Китая.

- исторический феномен медицины Древней Греции в контексте метафизик, натурфилософии и этики философии Сократа, Платона и Аристотеля;
- исторический феномен медицины Древней Индии в контексте ведической философии и философии Будды с его учение о 4-х благородных истинах;
- исторический феномен медицины Древнего Китая в контексте философии Лао-цзы.

Раздел 3. Духовно-нравственные и логико-методологические Начала философии христианства и их идеационно-культурное воздействие на развитие современной науки.

- логос христианской философии классический тип идеационной духовно-нравственной культуры человечества;
- в основе методологии христианской философии онтология тринитарной проблемы трансцендентного бытия;
- в основе эпистемологии христианской философии – «умудренное незнание» на основе апофатического богословия;
- в основе духовно-нравственного развития человека «золотое правило» этики традиции: «люби ближнего как самого себя, а Бога люби больше самого себя». Этическое долженствование христианской философии, «благоговение перед жизнью» этики и биоэтики А.Швейцера;

- понятие «личности» в христианской философии суть «ипостась» и не может быть редуцирована до индивидуальной меры усвоения человеком богатства социальных отношений, до факта социальный атом, до редукта – индивидуум;

- в условиях господства в современном обществе алгоритма чувственной культуры идеационный характер культуры христианства играет роль духовной силы, удерживающей силы хаоса, энтропии, смерти, чтобы сохранить саму жизнь на земле.

Раздел 4. Начала строгой, математически выверенной классической науки Г. Галилея, И. Ньютона, Г.В. Лейбница и её историко-философская трансформация в философию позитивизма и пост-позитивизм.

-методологический посыл И. Ньютона – «Меньше метафизики – больше математики» и развитие философии логического позитивизма;

- методология гипотетико-дедуктивного мышления в исследовательских программах медицинских наук;

- время постмодерна – время переоценки ценностей сциентизма и установления новой линии демаркации между логосом науки и логосом религии, философии, искусства, пара науки.

Раздел 5. Философия всеединства: история, методология, её значение для современной медицины.

- русская философия всеединства В.С. Соловьева как теоретический исток философии неовсеединства;

- исторические реалии и духовное предназначение философии всеединства

- ключевые идеи философии всеединства.

Раздел 6. Вопросы философской антропологии, аксиологии, биоэтики во время философии постмодерна и идеологии трансгуманизма.

- классика философской антропологии Макса Шелера, Мартина Хайдеггера и концептуальный опыт субъектных онтологий В.И.Моисеева;

- современная аксиология зла, апологетика воли эмансипированного инстинкта и нравственная философия всеединства В.С. Соловьева «Оправдание Добра»;

- гуманный, жизнеутверждающий характер этики «благоговения перед жизнью»;

- духовно-личностный статус врача – сущее начало его профессионализма и социально-культурной самореализации его как субъекта истории Макса Шелера, Мартина Хайдеггера и из концептуального опыта субъектных онтологий В.И.Моисеева.

1.2. Последовательность формирования знаний, умений и навыков

Дидактическая единица		Индикаторы достижений		
		Знания	Умения	Навыки
1	2	3	4	5
ДЕ-1	Предмет и метод истории и философии науки.	- знать исторические типы науки; отличительные черты философского знания и его функционал; единство и противоположность	- уметь мыслить в методологии «умудренное незнание» и иметь волю к пониманию антиномий человеческого	- навыками философской герменевтики в вопросах исследования закономерностей исторического

		логоса философии и науки.	разума.	развития науки и понимания её истинной инновации.
ДЕ -2	Философия и медицина цивилизаций Древнего мира: Древней Греции, Индии, Китая.	- знать характерные черты исторических типов терапевтического мышления и социально-культурные, теоретические и духовно-мировоззренческие условия их возникновения и развития.	- уметь видеть становление и развитие исторических типов терапевтического мышления в контексте социально-культурных реалий, в переплетении и борьбе духовных, философских направлении мысли выдающихся деятелей конкретно-исторического времени.	- владеть навыками профилактической медицины. Входить в духовный опыт традиции и быть причастным к состоянию их духовно-нравственного порыва к идеалу совершенства.
ДЕ -3	Духовно– нравственные и логико-методологические Начала философии христианства и их идеационно-культурное воздействие на развитие науки в наши дни	-знать и ценить идеационный духовно-нравственный характер христианской культуры человечества;	- уметь методологически выстраивать ход своего мышления в парадоксальности и эвристики «умудренного незнания».	-иметь навык этического должностованье христианской философии, ставший этикой и биоэтикой «благословение перед жизнью»
ДЕ 4	Начала строгой, математически выверенной классической науки Г. Галилея, И. Ньютона, Г.В. Лейбница и её историко-философская трансформация в философию позитивизма и постпозитивизм.	- знать историю, сущность и основные идеи позитивизма, эволюцию философии позитивизма в философию постпозитивизма и философию постмодерна.	-уметь мыслить в релятивности творчески развивающейся философии позитивизма и постпозитивизма.	- владеть логикой концептов философии постмодерна и входить в контекстуальность современной философской мысли.
ДЕ -5	Философия неовсеединства	-знать теоретические истоки и ход	-уметь мыслить в методологии	- владеть методологией

	её исторические, теоретические истоки.	современного развития философии неовсеединства	рационального холизма.	рационального холизма и исследовать трудные вопросы клинической практики.
ДЕ -6	Вопросы философской антропологии, аксиологии, биоэтики во время философии постмодерна и идеологии трансгуманизма.	- знать реалии времени постмодерна и идеологии трансгуманизма	- уметь успешно жить в реалиях постсовременности и оставаться в силе и в совершенстве подлинного бытия жизни	- владеть навыками идеационной культуры общества. Быть в силе её мобилизационной и ответственной воли духа.

2. Аттестационные материалы

2.1. Экзаменационные вопросы

№ п/п	Вопрос
1.	«История и философия науки» –методология медицинских наук в их инновационном развитии и биоэтическом применении.
2.	Диалектический и исторический материализм философии марксизма. Специфика законов истории общества. История социума как смена общественно-экономических формаций.
3.	Духовно-личностный статус врача в условиях специализации его труда и юридического оценивания узкоспециализированной врачебной деятельности по стандартам сервисной службы общества
4.	Историко-культурные, социально-политические и интеллектуальные предпосылки возникновения философии в цивилизациях Древнего мира: Индия, Китай, Греция.
5.	Философия позитивизма – методология сциентизма. История позитивизма от О. Конта до философии постпозитивизма К. Поппера.
6.	Б.Г. Юдин. Биоэтика как практический философский проект «улучшения» человека.
7.	Мифология, религия и философия как различные и духовно единые формы культуры Древнего мира.
8.	Научная парадигма Т. Куна, теория обобщений И. Лакатоса, критический рационализм К. Поппера и «эпистемологический анархизм» П. Фейерабенда.
9.	Классики биоэтики: А. Швейцер – врач, гуманист, философ (1875-1965), Фриц Яр – протестантский пастор (1895-1953), В.Р. Поттер – ученый, врач-онколог (1911–2001), А. Хеллегерс – ученый, врач-акушер (1926-1979).
10.	Философия – «любовь к мудрости»: натурфилософское и метафизическое понимание знания мудрости.
11.	«Конец науки» и феноменология Э. Гуссерля.
12.	Биоэтика В.И. Моисеева как учение о «биоэтах» с позиции «глоболоков».
13.	Натурфилософия Древней Греции: Фалес, Гераклит, Демокрит, Пифагор, Парменид и др.
14.	«Очевидность»–личностная достоверность знания Истины в философии Платона, Р. Декарта, Э. Гуссерля, И.А. Ильина.

15.	К.- О. Апель, Ю. Хабермас о коммуникативной прагматике и дискурсивной этике современного общества.
16.	Антропологический переворот Сократа в древнегреческой философии. Учение о душе человека в философии Сократа, Платона и Аристотеля.
17.	М. Хайдеггер – учение о бытии, критика философии Платона и современное прочтение философии Парменида.
18.	Будущность человеческой природы с позиции диалектики искусственного и естественного, трансперсонального и личностного в современном развитии человека.
19.	Вопросы гносеологии в философии Сократа, Платона и Аристотеля (майевтика Сократа, эйдическое познание Платона, метафизика и логика Аристотеля).
20.	Философы Франкфуртской школы Германии XX века об «одномерном человеке», «сексуальном невротике» и о необходимости радикальной переоценки ценностей западноевропейской культуры XX века.
21.	История этики от классической этики Аристотеля до технократической этики ответственности Г. Йонаса.
22.	Философия и власть. Критика Платоном древнегреческой демократии.
23.	Философия французского постмодерна Ж. Делёза, М. Фуко, Ж. Бодрийяра: социально-исторические, культурные и теоретические предпосылки возникновения и дальнейшего его развития.
24.	Диалектика добра и зла в условиях виртуальной реальности коммуникативно-информативного общества.
25.	Античная философия и античная медицина. Философия и этика врача Гиппократ.
26.	Феномен науки в триединстве «Трёх миров» Карла Поппера 1. Мир физической реальности. 2. Субъективный мир человеческого сознания. 3. Мир культуры, науки.
27.	Философия «русского космизма»: её мировоззрение, этические установки, технологии воплощения в практику жизни. Медицина космической эры.
28.	Онтология добра и закон кармического воздаяния в духовной жизни человека.
29.	Наука и человек в условиях современной техногенной цивилизации. Идеология трансгуманизма о будущем человеческой природы.
30.	Искусство врача «быть», а не «казаться», «дарить», а не «копить». Связь с аксиомами духовного опыта истории философии.
31.	Философия йоги Древней Индии. Философия Древнего Китая как искусство духовной терапии и как путь воина.
32.	Инновация и творчество в науке в условиях «открытого общества» и глобальной власти мирового финансового капитала.
33.	«Искусственный интеллект» в многовекторном пространстве методологий: редукционизм аналитической философии, бинарность философии Р. Декарта, энактивизм, рациональный холизм.
34.	Философия даосизма – учение о Дао и энергии «ци» человека. Теория и клиническая практика акупунктуры.
35.	История науки с позиции «мета-парадигм» философии А.Г. Дугина («Сферы», «Луча», «Отрезка»).
36.	Энактивизм – современная методология конструктивизма и органичного включения жизни человека в жизнь биосферы земли.
37.	Философия христианства, этика преображенного эроса, духовное прочтение природы человека.
38.	Культура и наука. Место и роль науки в культурной жизни современного общества.
39.	От логики мышления в категориях количества (общее, особенное, единичное) к логике системного подхода через анализ категорий качества (целое, часть, система, структура, элемент, множество, связь, отношение).
40.	Философия Фомы Аквинского. Философия - служанка теологии, спор номиналистов и

	реалистов.
41.	П. Сорокин о роли культуры в историческом развитии общества.
42.	О триединстве биологического, социального и духовного в природе человека. О власти духа в жизни человека.
43.	Григорий Палама и исихастская практика аскезы: богословский и антропологический дискурс.
44.	Ф. Ницше о культуре Диониса и нравственном нигилизме сверхчеловека.
45.	Философия постмодерна как теория и практика управляемого хаоса применительно к истории современной жизни капиталистического общества.
46.	Русская религиозная философия как уникальный опыт философии всеединства начала XX века: В.С. Соловьев, С.Н. Булгаков, Н.О. Лосский, В.Н. Лосский, С.Л. Франк, И.А. Ильин, А.Ф. Лосев и др.
47.	У. Эко о реальной и иллюзорной истории человечества.
48.	Развитие физики от детерминистской картины мира в философии И. Ньютона до теории относительности в трудах А. Эйнштейна, голодинамики Д. Бома к теории управляемого хаоса И.Р. Пригожина.
49.	Виталогия – философское учение о жизни. Философия неовсединства В.И. Моисеева как методология рационального холизма
50.	Критерии рациональности. Логико-математический, естественнонаучный и гуманитарный типы научной рациональности.
51.	Методология шизоанализа, деконструкция лингвистики, семантики языков культуры, борьба с логоцентризмом, фаллоцентризмом. Современное общество и риски искусственного интеллекта.
52.	Гилозоизм древних учений о душе человека и современная трансперсональная, неопрейдисткая и квантовая психология о психической жизни человека.
53.	Понятие научного логоса, научная теория, структура как умозрительный способ интерпретации эмпирической реальности.
54.	И. Кант и трансцендентальное обоснование философии. Агностицизм И.Канта. Этическое учение о «категорическом императиве».
55.	Ренессансная картина мира: гелиоцентрическая система Н.Коперника, учение о бесконечности Н.Кузанского и бесконечных мирах Д.Бруно. Медицина и магия Возрождения (Парацельс, А.Везалий)
56.	С.С. Хоружий о феноменологии аскезы и синергичной антропологии.
57.	Проблема развития в философии Г.В. Гегеля. Диалектика Гегеля как теория развития, диалектический метод мышления человека и логос культуры общества.
58.	Программа построения новой науки и методологии Ф.Бэкона «Нового Органона», отличного от «органона логики» Аристотеля. Формирование экспериментального метода и практическая ориентация новой науки.
59.	Научная программа И.Ньютона. Механизм как стиль мышления и всеобщая методология классической науки.
60.	Наука и человек в условиях современной техногенной цивилизации. Идеология трансгуманизма о будущем человеческой природы
61.	Методологическая программа Р. Декарта. Метод как инструмент построения «нового мира». Психосоматическая проблема: от Декарта к современной научной медицине.
62.	Мишель Фуко о власти как силе медицинского знания. История отношения власти к психически больным людям. Режимный порядок психбольницы как идеальная модель современного общества людей, ставших растением -«ризомой»
63.	От монадологии Г.В. Лейбница к субстанциональному деятелю Н.О. Лосского и субъектной онтологии В.И Моисеева.

Экзаменационный билет включает три вопроса: один по истории философии, второй – по истории науки и третий – по отдельным вопросам философии науки.

Пример экзаменационного билета:

1. Программа построения новой науки и методологии Ф.Бэкона «Нового Органона», отличного от «органона логики» Аристотеля. Формирование экспериментального метода и практическая ориентация новой науки.
2. Научная программа И.Ньютона. Механицизм как стиль мышления и всеобщая методология классической науки.
3. Наука и человек в условиях современной техногенной цивилизации. Идеология трансгуманизма о будущем человеческой природы

2.2. Тестовые задания

Тестовые задания разработаны по каждой ДЕ. Задание позволяет оценить знания конкретной темы дисциплины. В тестовом задании аспиранту предлагается выбрать один или несколько правильных ответов.

Примеры тестовых заданий:

В своей этической концепции стоики выдвинули:

- ✓ идеал мудреца, который бесстрастно переносит удары судьбы;
- анархические принципы социальной жизни;
- идеал верующего, безропотно сносящего удары судьбы в надежде на загробную жизнь;
- идеал героя, противостоящего всему миру;
- идеал «страдающего бога».

Какое философское направление XX века обратилось к анализу языка:

- ✓ неопозитивизм
- неотомизм
- экзистенциализм

Философская концепция, отрицающая случайность как явление или процесс, возникающее вне и независимо от какой – либо причины.

- телеология;
- конвенциализм;
- ✓ детерминизм;
- фатализм.

Соотнесите имена философов и их высказывания по проблеме истины

- a) Протагор
- b) Г.В.Ф. Гегель
- c) Ф. Бэкон

1. «Для овладения истиной вещей следует прибегнуть к правильному методу работы с опытом»
2. «Всё, что есть истинного, великого и божественного в жизни становится таковым через идею»
3. «Любое мнение является истинным, так как о каждой вещи возможны два противоположных суждения»

- a.) –3; b.) – 2; c.)– 1

2.3. Задания для самостоятельной работы

ДЕ 1

1. Задание: Что значит решить вопрос о первичности бытия или мышления? В сфере мировоззрения, методологии, аксиологии и этики.
2. Задание. «Моя философия в полноте функционального воплощения» с позиции самосознания (социально-исторического видения через «оптику» конкретно-определенного типа философии).

ДЕ 2

- 1.Задание: структурное описание науки, ее элементов, атрибуций.
2. Задание: сравнительная оценка различных исторических типов науки ее теории, методологии.
3. Доклады о выдающихся деятелях философии и медицины
4. Мастер – класс по актуальным вопросам профилактической медицины
5. Доклады по теории и практике оздоровительных систем
6. Задание:Критический анализ (сопоставление) теории и практики паранаучных, экстрасенсорных учений о здоровье человека.

ДЕ 3

1. Задание:Ценности и антиценности современной духовной культуры»
2. Задание: «Опыт духовно-нравственного преобразования человека. (На примере собственного опыта или опыта знаменитого человека)».

ДЕ 4

1. Задание:«Принцип верификации как критерий истины научных исследований в медицине»
2. Задание: «Позитивистские и постпозитивистские начала методологии «некой» проблемы современной кардиологии, вирусологии и т.д.»
3. Задание:«Сравнительный анализ вопросов отологии, гносеологии, этики и т.д. в философии арихимодерна, модерна и постмодерна»
4. Задание:Проект и технология воплощения жизненного пути в духе философии Традиции и постмодерна»

ДЕ 5

1. Задание:Социальная онтология поликлиники, больницы (Структура, элементы, целевые установки, ценности отношения, иерархия)
2. Задание: Проверка метода аналогии при решении проблемы социальной адаптации субъектной онтологии к объектной онтологией терапии.

ДЕ 6

1. Задание:Технологии самоанализа: соционика о типировании ментального метаболизма; гештальттерапия о невротическихакцентуациях, НЛП о метапрограммировании.
2. Задание:Аналитика технологии духовного преобразования человека – («синергийная антропологии традиции исихазма) и технологии трансгрессии согласно философии постмодернизма.

Примеры заданий для самостоятельной работы:

1. Ответить на вопрос, подготовить сообщение по теме: «Что значит решить вопрос о первичности бытия или мышления? В сфере мировоззрения, методологии, аксиологии и этики».

2. Письменная работа, устное сообщение по теме: «Моя философия в полноте функционального воплощения» с позиции самосознания – социально-исторического видения через «оптику» конкретно-определенного типа философии.

3. Письменная работа, устное сообщение по теме: «Принцип верификации как критерий истины научных исследований в медицине».

3. Технологии и критерии оценивания

Этапы проведения зачета (условие допуска до экзамена):

1. Тестирование (билет-тест из 20 вопросов),
2. Демонстрация навыков (аргументированный пример применения одной-двух педагогических технологий к занятию по выбранной теме),
3. На выбор:
 - a. Собеседование по темам (теме курса),
 - b. Презентация доклада по одной из тем курса.

Среди технологий оценивания, применяемых на кафедре философии, биоэтики и культурологии в процессе изучения дисциплины «История и философия науки» можно выделить:

Устные выступления на семинаре, опросы

ПКЗ - практические контрольные задания

Индивидуальное собеседование

Доклады по истории философии и медицины

Участие в дискуссиях и деловых играх,

Доклады с презентациями,

Подготовка публикаций для сборника научных работ молодых ученых– НОМУС.

Критерии оценивания:

Вид деятельности	Показатели	Критерии	Результат
Тест	Правильное выполнение заданий	60% и более	зачтено
		Менее 50%	не зачтено
Демонстрация навыков	Владение знаниями и умениями как готовность самостоятельно применять их, демонстрировать, осуществлять деятельность в различных ситуациях, относящихся к данным компетенциям	Даны исчерпывающие и обоснованные ответы на все поставленные вопросы, правильно и рационально (с использованием рациональных методик обучения и диагностики группы) решены практические задачи; при ответах выделялось главное, все теоретические положения увязаны с требованиями нормативных документов; ответы даны четкие и краткие, изложение логично, последовательно; показано умение самостоятельно анализировать факты, события, явления, процессы в их взаимосвязи и развитии.	зачтено
		Даны полные, достаточно обоснованные ответы на поставленные вопросы, правильно решены практические задания; при ответах главное выделялось не системно, отдельные положения	зачтено

		недостаточно увязывались с требованиями нормативных документов, при решении практических задач не всегда использовались рациональные методики – не учитывались особенности темы занятия, особенности группы обучающихся; ответы в основном были краткими, но недостаточно четкими.	
		Даны в основном правильные ответы на все поставленные вопросы, без должной глубины и обоснования, при решении практических задач использован предыдущий, не применялись современные методики обучения и диагностики группы, на уточняющие вопросы даны правильные ответы; при ответах не выделялось главное; ответы многословные, нечеткие, отсутствует или предъявлена в неполной мере логическая последовательность; не даны положительные ответы на отдельные дополнительные вопросы	зачтено
		Затрудняется при выполнении практических задач, в выполнении своей роли, работа проводится с опорой на преподавателя или других обучающихся	не зачтено
Собеседование	Полнота и правильность ответа	полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий	зачтено
		излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил	не зачтено
	Степень осознанности, понимания изученного	обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные, дает анализ	зачтено
		обнаруживает понимание материала, но не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения или привести свои примеры	зачтено
		нет понимания материала	не зачтено
	Четкость и грамотность речи	излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка	зачтено
		излагает материал непоследовательно, нормы литературного языка не выдержаны	не зачтено
Презентация доклада	Ответы на вопросы по докладу	Четко и грамотно отвечает на вопросы	зачтено
		Затрудняется ответить на поставленный вопрос или отвечает с опорой на наводящие вопросы, прибегает к помощи преподавателя или других обучающихся	зачтено
		отвечает неправильно на поставленный вопрос	не зачтено

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

Кафедра травматологии и ортопедии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор

**по образовательной деятельности
и молодежной политике**

Бородулина Т.В.



«20» мая 2022 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПРАКТИКИ ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА»**

Специальность: 3.1.8. Травматология и ортопедия

г. Екатеринбург
2022 год

Фонд оценочных средств практики по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности «Научно-исследовательская практика» составлен в соответствии с Федеральными государственными требованиями к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов, утвержденными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 октября 2021 г. № 951. Научная специальность 3.1.8. Травматология и ортопедия.

Фонд оценочных средств рецензирован начальником научно-исследовательского управления ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, кандидатом медицинских наук, доцентом Е.В. Федоровой.

Фонд оценочных средств практики согласован
методической комиссией специальностей аспирантуры
02 февраля 2022 г. (протокол № 3)

Председатель МКС
д.м.н., доц., начальник управления подготовки кадров высшей квалификации Левчук Л.В.

(Подпись)

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации аспирантов по практике по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности «Научно-исследовательская практика»

Практика обеспечена оценочными средствами для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

На промежуточной аттестации оценивается правильность оформления и качество содержания отчета по практике, правильность ответов по теме доклада.

1. Аттестация по научно-исследовательской практике осуществляется на заключительном этапе в форме защиты отчета и собеседования.

Анализ результатов практики проводится по следующим критериям:

- объем проделанной работы;
- качество аналитического отчета, выводов и предложений;
- выполнение работы в установленные сроки;
- самостоятельность, инициативность, творческий подход к работе;
- своевременность и качество представления отчетной документации.

Оценка результатов практики вытекает из особенностей деятельности аспирантов и выявляет характер их отношения к будущей профессиональной деятельности.

По результатам прохождения практики выставляется зачет.

2. Оценочные средства.

Доклад-презентация к отчету.

Рукопись статьи к публикации.

Доклад к конференции.

Вопросы по теме/разделу:

Сформулировать цель, задачи и объект научного исследования;

Сформулировать научную проблему исследования;

Представить научные источники по разрабатываемой теме исследования;

Обосновать выбранное направление исследования и адекватно подобрать средства и методы, необходимые для достижения поставленной задачи;

обосновать методику обработки и интерпретации экспериментальных результатов и сравнение результатами моделирования;

сформулировать требования к оформлению результатов научных исследований;

представить методы анализа и обработки исследовательских данных;

разработать табличные и графические приложения научно-квалификационной работы;

представить способы обработки эмпирических данных;

выступить с устным докладом на научном семинаре, конференции, школе;

подготовить рекомендации по практическому использованию полученных результатов исследования;

подготовить презентацию по результатам научных исследований;

подготовить пакет документов для участия в конкурсах на получение грантов в рамках направления научного исследования;

подготовить отчет об участии в научно-исследовательском проекте;

подготовить библиографический обзор основных научных результатов по определенному теме в виде реферата;

разработать выводы и предложения по включению материалов исследования в диссертацию;

сравнить полученные результаты исследования объекта разработки с имеющимися отечественными/зарубежными аналогами.

Основными показателями для оценки работы аспиранта во время прохождения практики является своевременное предоставление отчетных документов, а именно:

- индивидуальное задание на научно-исследовательскую практику;
- дневник практики;
- общий отчет о прохождении практики;
- отзыв руководителя практики.

До начала промежуточной аттестации все письменные отчетные работы должны быть сданы руководителю практики.

3. Шкала оценивания устного ответа аспиранта при защите отчета по практике

Высшим баллом **«отлично»** аттестуется аспирант, полностью овладевший программным материалом или точно и полно выполнивший практические задания. При этом он проявляет самостоятельность в суждениях, умение представить тезисный план ответа; владение теорией, умение раскрыть содержание проблемы; свободное оперирование научным аппаратом, умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, апеллировать к источникам. Аспирант, опираясь на межпредметные связи, показывает способность связать научные положения с будущей практической деятельностью; умение делать аргументированные выводы; уверенно, логично, последовательно и грамотно излагать ответ на вопрос.

Оценка **«хорошо»** ставится, если аспирант овладел программным материалом, умеет оперировать основными категориями и понятиями изучаемой отрасли знаний, но самостоятельность суждений, знание литературы у него более ограничены. Он умеет представить план ответа; владеет теорией, раскрывающей проблему; умеет иллюстрировать основные теоретические положения конкретными примерами и практики. Вместе с тем допускает ошибки в ходе ответа на вопросы. Умеет делать аргументированные выводы; уверенно, логично, последовательно и грамотно излагает ответ на вопрос.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится аспиранту, который в основном знает материал программы, в целом верно выполнил задания, но знания его не полны и поверхностны, самостоятельные суждения отсутствуют. Аспирант имеет представление о требованиях практики в своей профессиональной области, знает основную литературу, обладает необходимыми умениями. Может оперировать основными понятиями и категориями изучаемой науки, но допускает ошибки в ответе, обнаруживает пробелы в знаниях. Умеет делать выводы; грамотно излагает ответ на вопрос.

Оценка **«неудовлетворительно»** ставится, если аспирант демонстрирует незнание или непонимание учебного материала, не владеет навыками, овладение которыми предусмотрено программой дисциплины, не может выполнить предложенных заданий, не знаком с основной рекомендованной литературой. Это проявляется в отсутствии плана ответа, существенных ошибках при изложении материала, трудностях в практическом применении знаний, неумении сформулировать выводы.

Образцы отчетных документов представлены в приложениях.

4. Оформление дневника практики

По результатам работы аспирант оформляет дневник практики в соответствии со следующими требованиями: в дневнике должно быть сделаны ежедневные записи и представлены: перечень практических навыков, характеристика базы практики и характеристика аспиранта. Преподаватель ежедневно проверяет наличие записей в дневнике. При отсутствии записей в дневнике данный день (часы) не засчитывается как пройденный.

В ежедневном отчете должно быть указано: дата, время работы, план работы аспиранта на день, представлен список выполненных за день практических навыков с детальным описанием впервые выполненного навыка.

Критерии оценивания дневника практики:

Неудовлетворительно – содержание записи не соответствует требованиям; аспирант не ориентируется в своих записях; не может ответить на поставленные вопросы.

Удовлетворительно – запись выполнена небрежно, неаккуратно или очень кратко); аспирант плохо ориентируется в своих записях; отвечает на все вопросы с наводящими вопросами преподавателя.

Хорошо – запись выполнена аккуратно, требования выполнены почти полностью и есть небольшие замечания по сути изложения материала или кратко; аспирант достаточно свободно ориентируется в своих записях; отвечает на дополнительные вопросы уверенно, но не всегда полно и правильно (в 1/3 случаев), необходимо задавать наводящие вопросы.

Отлично – запись выполнена в соответствии с требованиями, замечаний ни каких нет; аспирант свободно и в полном объеме ориентируется в своих записях; на вопросы дает полный развернутый ответ.

5. Перечень тем индивидуальных заданий по практике

Представить основные результаты, полученные к настоящему времени в рамках выбранной темы исследования.

Составить план исследования по выбранной тематике работы.

Провести анализ и обсуждение результатов, сформулировать промежуточные выводы и скорректировать дальнейший план исследования.

Обработать и систематизировать полученный фактический материал и провести сравнения с литературными данными.

На основе имеющихся результатов работы подготовить статью к публикации.

Подготовить доклад для участия в научных конференциях (в том числе международных) с целью апробации работы.

Подготовить акт внедрения результатов работы в образовательный процесс, практическое здравоохранение.

Подготовить отчет и доклад-презентацию о результатах практики.

Критерии оценивания индивидуального задания:

Содержание не соответствует теме, НИР оформлена неправильно – неудовлетворительно.

Содержание не полное, НИР оформлена с незначительными погрешностями – удовлетворительно.

Содержание недостаточно полное, НИР оформлена правильно – хорошо.

Содержание полное развернутое, оформление НИР соответствует требованиям – отлично.

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

**Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии**

УТВЕРЖДАЮ

Проректор
по образовательной деятельности
и молодежной политике
Бородулина Т.В.



«20» мая 2022 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Общественное здоровье и здравоохранение
(адаптационный модуль)**

Специальность: 3.1.8 Травматология и ортопедия

**г. Екатеринбург
2022 год**

Фонд оценочных средств по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» составлен в соответствии с Федеральными государственными требованиями к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов, утвержденными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 октября 2021 г. № 951.

Фонд оценочных средств по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» разработан Ножкиной Н.В., д.м.н., профессором кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Ануфриевой Е.В., к.м.н., доцентом кафедры общественного здоровья и здравоохранения.

Фонд оценочных средств по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» рецензирован заведующей кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, д.м.н., профессора Раевой Т.В.

Фонд оценочных средств по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» обсужден и одобрен на заседании кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии «28» января 2022 г., протокол № 6

Фонд оценочных средств по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» обсужден и одобрен методической комиссией специальностей аспирантуры 02 февраля 2022 года (протокол № 3).

Содержание фонда оценочных средств

1.

Кодификатор по дисциплине

1.1. Последовательность формирования знаний, умений и навыков

2. Аттестационные материалы

2.1. Вопросы к зачету

2.2. Тестовые задания

2.3. Ситуационные задачи

3. Технологии оценивания

Методика оценивания образовательных достижений обучающихся по дисциплине.

1.1 Кодификатор по дисциплине

Раздел 1. Общественное здоровье и методы его изучения «Общественное здоровье и здравоохранение» как научная и учебная дисциплина, предмет изучения.

-Современные определения понятий «здоровье», «общественное здоровье», «охрана здоровья», «здравоохранение», «общественное здравоохранение».

-Методы изучения общественного здоровья, источники информации, основные показатели комплексной оценки общественного здоровья: медико-демографические, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие.

-Значение медико-демографических данных в оценке общественного здоровья. Оценка показателей статистики и динамики населения, механического и естественного движения населения.

-Государственная демографическая политика в России и странах мира.

-Заболеваемость населения.

-Факторы риска развития заболеваний.

-Экономическое значение заболеваемости.

-Социально-значимые заболевания, государственные программы по медико-социальной профилактике и снижению распространенности социально-значимых заболеваний.

-Инвалидность населения. Методика изучения, источники информации, критерии, показатели. Причины инвалидности, группы инвалидности и контингенты инвалидов. Факторы, влияющие на инвалидизацию.

-Физическое развитие, его значение для оценки состояния здоровья населения. Понятие индивидуального и общественного (группового) физического развития. Основные показатели физического развития различных возрастно-половых групп населения.

-Общественное здоровье как один из индикаторов качества жизни. Методы изучения качества жизни, связанного со здоровьем.

Раздел 2. Статистические методы анализа общественного здоровья и здравоохранения -Статистический метод в изучении общественного здоровья и здравоохранения.

- Статистика здравоохранения.

-Организация статистического исследования в сфере общественного здоровья и здравоохранения, его этапы.

-Методика сбора статистических данных, статистическая обработка и анализ.

-Государственная система статистического учета и отчетности как источник информации о состоянии общественного здоровья и здравоохранения.

- Статистические методы оценки и анализа демографических показателей. Статистические методы оценки и анализа показателей заболеваемости.

- Статистические методы оценки и анализа показателей инвалидности. Статистические методы оценки и анализа показателей физического развития.
- Статистические методы оценки и анализа основных показателей деятельности медицинских организаций. Статистические методы оценки роли факторов, влияющих на формировании общественного здоровья;
- Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения, организация, сбор, обработка и анализ данных, значение для разработки мероприятий по улучшению общественного здоровья.

Раздел 3. Организационно-правовые основы охраны здоровья населения

- Законодательная база охраны здоровья населения в Российской Федерации. Основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации.
- Приоритет охраны здоровья детей.
- Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.
- Основные полномочия федеральных органов государственной власти, субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
- Организация охраны здоровья. Законодательное регулирование организации профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни.
- Правовые основы охраны здоровья семьи и репродуктивного здоровья.
- Организационно-правовые основы системы здравоохранения Российской Федерации. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи населению. Государственные гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Основные направления разработки, внедрения и оценки эффективности мероприятий по улучшению охраны здоровья населения.

1.2.Последовательность формирования знаний, умений и навыков

Дидактическая единица		Индикаторы достижений		
		Знания	Умения	Навыки
ДЕ 1.	Общественное здоровье и методы его изучения	Определение ключевых понятий: «здоровье», «охрана здоровья», «здравоохранение». Социальную обусловленность здоровья. Методы изучения общественного здоровья. Характеристики комплексной оценки общественного здоровья. Факторы, влияющие на формирование общественного здоровья. Медико-социальные проблемы общественного здоровья. Источники информации о здоровье населения и деятельности служб	Проводить изучение общественного здоровья в связи с условиями и факторами среды. Анализировать и оценивать медико-демографические характеристики общественного здоровья. Анализировать заболеваемость населения. Анализировать характеристики инвалидности. Анализировать и оценивать физическое развитие. Обосновать медико-социальную значимость важнейших неинфекционных и инфекционных	Методами изучения состояния общественного здоровья и здравоохранения. Навыками анализа медико-демографических показателей Методами изучения и анализа заболеваемости населения. Навыками анализа инвалидности. Навыками анализа физического развития. Навыками изучения факторов, влияющих на общественное здоровье. Навыками обоснования медико-социальной

		здравоохранения. Основные медико-демографические показатели общественного здоровья. Определение понятий, виды заболеваемости, методы изучения. Определение понятий инвалидности, методы изучения Понятие индивидуального и общественного (группового) физического развития. Медико-социальные проблемы социально-значимых заболеваний. Значение общественного здоровья как индикатора качества жизни населения.	заболеваний.	значимости проблем общественного здоровья.
ДЕ 2.	Статистические методы анализа общественного здоровья и здравоохранения	Значение медицинской статистики в оценке общественного здоровья и здравоохранения. Организацию статистического исследования для оценки общественного здоровья и здравоохранения. Основную учетную и отчетную документацию системы государственной статистики общественного здоровья и здравоохранения. Методики расчета статистических показателей общественного здоровья (демографических, заболеваемости, инвалидности, физического развития). Методики расчета статистических показателей деятельности здравоохранения. Организацию мониторинга здоровья населения.	Проводить статистические исследования для оценки общественного здоровья и здравоохранения. Оформлять учетную и отчетную медицинскую документацию, содержащую сведения для мониторинга общественного здоровья и здравоохранения. Вычислять и анализировать основные статистические показатели, характеризующие общественное здоровье и здравоохранение. Анализировать сведения государственной статистики о состоянии здоровья населения, распространенности социально-значимых заболеваний.	Статистическими методами изучения общественного здоровья. Навыками сбора статистической информации об общественном здоровье и здравоохранении. Методикой ведения основной документации статистического учета и отчетности состояния здоровья населения и здравоохранения в рамках профессиональной деятельности. Методами расчета и оценки статистических показателей здоровья населения: медико-демографических, заболеваемости, инвалидности, физического развития. Методами расчета и оценки

				статистических показателей деятельности здравоохранения. Способами оценки роли факторов, влияющих на формирование общественного здоровья.
ДЕ 3.	Организационно-правовые основы охраны здоровья населения	Правовые основы организации охраны здоровья населения. Основные элементы системы охраны здоровья населения. Организационные основы системы здравоохранения. Основные меры по улучшению состояния общественного здоровья и здравоохранения.	Применять в профессиональной деятельности нормативно-правовую документацию по охране здоровья населения. Разрабатывать мероприятия по совершенствованию охраны здоровья населения.	Навыками применения законодательной и нормативно-правовой документации в сфере охраны здоровья в пределах профессиональной деятельности. Методами изучения и анализа состояния системы охраны здоровья населения. Навыками составления программ по профилактике социально-значимых заболеваний. Способами разработки, внедрения и оценки эффективности мероприятий по охране здоровья населения.

2. Аттестационные материалы

По дисциплине предусмотрена текущая и промежуточная аттестация.

Для текущей аттестации обучающихся созданы фонды оценочных средств, включающие в себя типовые задания, тематику реферативных работ, тестовые задания и методы контроля, позволяющие оценить знания, умения и уровень приобретенных компетенций.

Промежуточная аттестация проводится в форме зачета. Разработан фонд оценочных средств, который содержит тестовые вопросы, вопросы и билеты к зачету, ситуационные задачи.

2.1. Вопросы к зачету

ДЕ 1. Общественное здоровье и методы его изучения

1. Общественное здоровье и здравоохранение как научная и учебная дисциплина, предмет изучения, определения понятий «здоровье», «общественное здоровье», «охрана здоровья», «здравоохранение», «общественное здравоохранение».

2. Выдающийся ученый и организатор здравоохранения Н.А.Семашко, его вклад в развитие отечественного здравоохранения и охрану здоровья населения.
3. Методы изучения общественного здоровья, источники информации, основные характеристики комплексной оценки состояния здоровья населения.
4. Медицинская демография, предмет изучения, основные разделы, значение для общественного здравоохранения.
5. Медико-демографические показатели механического и естественного движения населения их значение для анализа общественного здоровья и здравоохранения.
6. Медико-демографические показатели статистики населения, их значение для анализа общественного здоровья и здравоохранения.
7. Медико-социальные аспекты рождаемости, влияющие факторы, динамика рождаемости в РФ, международные критерии регистрации живорождения.
8. Общая и возрастная смертность населения: медико-социальные аспекты, влияющие факторы, структура причин смерти, динамика смертности в РФ.
9. Младенческая смертность, медико-социальные аспекты, причины, пути снижения, оценка показателей.
10. Материнская смертность, медико-социальные аспекты, пути снижения, оценка показателей.
11. Заболеваемость населения, основные понятия, факторы риска развития заболеваний.
12. Методы изучения заболеваемости, их сравнительная характеристика, использование в практике здравоохранения.
13. Виды заболеваемости, выделяемые для специального учета, их характеристика.
14. Социально-значимые заболевания, программы профилактики и снижения распространенности социально-значимых заболеваний.
15. Сердечно-сосудистые заболевания как медико-социальная проблема, факторы риска, основные пути профилактики.
16. Туберкулез как медико-социальная проблема, факторы риска, основные пути профилактики.
17. ВИЧ/СПИД как медико-социальная проблема, факторы риска, основные пути профилактики.
18. Инвалидность населения, медико-социальные аспекты, группы инвалидности.

ДЕ 2. Статистические методы анализа общественного здоровья и здравоохранения

19. Виды статистических совокупностей при анализе показателей общественного здоровья и здравоохранения, их характеристики.
20. Применение относительных и средних величин для расчета медико-демографических показателей статистики населения, методика расчета, способы графического изображения.
21. Применение относительных величин для расчета показателей естественного движения населения.
22. Применение относительных величин для расчета показателей рождаемости.

23. Применение относительных величин для расчета показателей смертности населения: методика расчета, способы графического изображения.
24. Применение относительных величин для расчета показателей повозрастной смертности: методика расчета, способы графического изображения.
25. Применение относительных величин для расчета показателей младенческой смертности: методика расчета, способы графического изображения.
26. Применение относительных величин для расчета показателей материнской смертности: методика расчета, способы графического изображения.
27. Применение статистических величин для расчета показателей естественного прироста населения: методика расчета, способы графического изображения.
28. Применение относительных величин для расчета показателей первичной заболеваемости: методика расчета, способы графического изображения.
29. Применение относительных величин для расчета показателей общей заболеваемости: методика расчета, способы графического изображения.
30. Применение относительных величин для расчета показателей заболеваемости при социально-значимых заболеваниях: методика расчета, способы графического изображения.
31. Применение средних величин при анализе характеристик здоровья населения.
32. Оценка корреляционной связи при анализе показателей здоровья населения.
33. Применение оценки достоверности разности относительных величин при анализе показателей здоровья населения.
34. Применение оценки достоверности разности относительных величин при анализе результатов деятельности здравоохранения.
35. Применение ошибки репрезентативности средних величин, доверительных границ при статистической оценке достоверности показателей здоровья населения.
36. Применение статистической оценки достоверности средних величин при анализе показателей здоровья населения.

ДЕ 3. Организационно-правовые основы охраны здоровья населения

37. Понятие охраны здоровья, основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации, организация охраны здоровья в Российской Федерации.
38. Организация охраны здоровья в Российской Федерации.
39. Государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения в Российской Федерации.
40. Понятие профилактики, приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.
41. Организация профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни.
42. Основные полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья.
43. Основные полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья
44. Основные полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья
45. Принцип обеспечения доступности и качества медицинской помощи.
46. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.

47. Права граждан на охрану здоровья и на медицинскую помощь, обязанности граждан в сфере охраны здоровья.

48. Законодательное регулирование прав граждан на информацию о состоянии здоровья и о факторах, влияющих на здоровье.

49. Законодательное регулирование права граждан на выбор врача и медицинской организации.

50. Законодательное регулирование прав семьи, беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья.

51. Законодательное регулирование прав граждан на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

52. Классификация видов, условий и форм оказания медицинской помощи населению.

53. Первая помощь и первичная медико-санитарная помощь.

54. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.2. Тестовые задания

ДЕ 1. Общественное здоровье и методы его изучения

1.	Предметом изучения науки «общественное здоровье и здравоохранение» является:
V	здоровье населения и факторы, его определяющие
	здоровье индивидуума
	системы, обеспечивающие охрану и восстановление здоровья населения
V	здоровье населения и факторы, его определяющие
	технологии диагностики и лечения заболеваний
2.	Характеристиками общественного здоровья являются:
V	демографические показатели
V	Заболеваемость
	прожиточный уровень
	уровень образования
v	Инвалидность
v	физическое развитие
3.	Ведущей причиной общей смертности населения являются:
	онкологические заболевания
v	сердечно-сосудистые заболевания
	Травмы
	инфекционные заболевания
	болезни органов дыхания
4.	Демографическая политика — РФ- это совокупность мероприятий, направленных:

	на снижение рождаемости
	на стабилизацию рождаемости
v	на оптимизацию естественного прироста населения
	на снижение фертильности
5.	Учетные документы для изучения смертности населения:
v	медицинское свидетельство о перинатальной смерти
	свидетельство о смерти ребенка
v	медицинское свидетельство о смерти
	справка о случае смерти
6.	Первичная заболеваемость - это:
v	частота заболеваний, впервые в жизни выявленных и зарегистрированных в данном году
	все заболевания, зарегистрированные врачом за год
	частота всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году
7.	Медико-социальная значимость сердечно-сосудистых заболеваний определяется:
	высокой детской смертностью от данных заболеваний
	трудностью диагностики
v	ростом заболеваемости по данному виду патологии
v	высокой смертностью трудоспособного населения
8.	Показатель материнской смертности вычисляется по формуле:
v	Число умерших беременных, рожениц и родильниц (в т.ч. в течение 42-х дней после прекращения беременности) разделить на число живорожденных и умножить на 100 000
	Число умерших беременных разделить на суммарное число беременных и умножить на 1000
	Число умерших беременных, рожениц и родильниц разделить на численность женского населения и умножить на 1000
9.	По определению ВОЗ здоровье человека характеризуется состоянием:
	физического благополучия
	физического и душевного благополучия
	физического, душевного и социального благополучия
	физического, душевного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды
V	физического, душевного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды и способностью к воспроизводству
10.	Общая заболеваемость - это:
	совокупность тяжелых хронических заболеваний в стадии декомпенсации в

	этом году
	совокупность патологии, выявленной на медицинских осмотрах у всех работающих данной территории
v	совокупность острых и хронических заболеваний, зарегистрированных в данном году, а также первое зарегистрированное обострение хронического заболевания в данном году
	совокупность хронических заболеваний, зарегистрированных в данном году, а также первое зарегистрированное обострение хронического заболевания в данном году
11.	Впервые в жизни установленный диагноз относится к понятию:
	первичное посещение
v	первичная заболеваемость
	Болезненность
	Обращаемость
	острые заболевания

ДЕ 2. Статистические методы анализа общественного здоровья и здравоохранения

1.	К интенсивным показателям относятся:
v	уровень рождаемости 9,0 на 1000 населения
	число умерших за год 950 человек
	сердечно-сосудистые заболевания составляют более 50% от всех причин смерти
v	первичная заболеваемость – 600 случаев на 1000 населения
	средний срок пребывания в стационаре – 12 дней
2.	К экстенсивным показателям относятся:
	уровень младенческой смертности 19,0 на 1000 родившихся живыми
v	доля травматизма в структуре общей смертности составляет 18%
	общее число прошедших профилактический осмотр – 2000 человек
v	удельный вес мужчин на терапевтическом участке 45%
	уровень общей заболеваемости по сравнению с прошлым годом возрос в 1,3 раза
3.	К показателям наглядности относятся:
	средняя длительность пребывания на больничном листе – 10 дней
	уровень общей смертности – 15,0 на 1000 населения
v	уровень рождаемости снизился по сравнению с прошлым годом на 30%
v	укомплектованность врачами в стационаре выше, чем в поликлинике, в 1,5 раза
	охват диспансерным наблюдением 60%
4.	К средним величинам относятся:

	уровень перинатальной смертности 19,0 на 1000 родившихся живыми и мертвыми
v	средний возраст умерших 60 лет
v	средний срок реабилитации 30 дней
	корреляционная связь средней силы
	средняя степень тяжести заболеваний
5.	К единовременному наблюдению относятся:
	регистрация рождений
v	перепись населения
	регистрация заболеваний в течение года
v	регистрация численности и состава больных в стационаре на определенную дату
6.	Текущим наблюдением является:
v	регистрация случаев смерти
	перепись населения
v	регистрация случаев рождаемости
v	регистрация случаев обращения в поликлинику

ДЕ 3. Организационно-правовые основы охраны здоровья населения

1.	Права граждан в сфере охраны здоровья:
	на оказание доступной и качественной медицинской помощи
	на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий
	выбор врача и выбор медицинской организации
	облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами
v	все выше перечисленные
2.	Обязанности граждан в сфере охраны здоровья:
v	соблюдать режим лечения
v	соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях
v	проходить медицинское обследование и лечение
	возмещать часть затрат за оказанную медицинскую помощь
3.	Решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается:
	лечащим врачом
	консилиумом врачей-специалистов
v	Судом

4. Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются:	
	только в государственных учреждениях здравоохранения по решению консилиума врачей
v	в учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность, при наличии письменного согласия супругов (одиноким женщины)

2.3. Ситуационные задачи (примеры)

Ситуационная задача №1

В городе Н. 900 000 человек взрослого населения. За год было зарегистрировано впервые в жизни 600 000 случаев заболеваний. Среди впервые зарегистрированных заболеваний выявлено 250 000 случаев болезней органов дыхания.

В предыдущем году уровень заболеваемости среди взрослого населения составил 620,0%. Проанализируйте ситуацию по заболеваемости в городе Н. на основе имеющейся информации, рассчитайте необходимые показатели, изобразите графически.

Ситуационная задача №2

Для планирования медицинской помощи женщинам и детям в городе И. рассчитайте показатели рождаемости, плодовитости, брачной плодовитости, если известно, что

Численность населения	38300 чел.
Численность взрослого населения	29390 чел.
Из числа взрослого населения женщины составляют	52%
в т.ч. в возрасте 15-49 лет	84%
Из числа женщин репродуктивного возраста состоят в браке	62,5%
Число родившихся живыми в течение года	380 чел.
в т.ч. в полных семьях	223 чел.

Ситуационная задача №3

Вы располагаете следующей информацией для сравнительного анализа:

Показатели	Город А. Н-ской области	Город Б. Н-ской области
Численность населения:	60000 чел.	45000 чел.
Количество врачей	150	90

Оцените, достоверно ли (существенно ли) различие показателей обеспеченности врачами в двух сравниваемых между собой городах области. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача №4

У группы студентов 100 чел. исследовали максимальное артериальное давление до и после сдачи экзаменов. Получены следующие данные:

Период обследования	АД (мм.рт.ст)	$\pm m$
До экзаменов	127,2	$\pm 3,0$
После экзаменов	117,0	$\pm 4,0$

Определите, существенно ли различие АД у студентов до и после экзаменов. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача №5

В пяти районах города К. изучен уровень заболеваемости кариесом детей и определено содержание фтора в пробах питьевой воды. Была установлена корреляционная связь: $r_{xy} = -0,85$.

Оцените силу и направление связи. Можно ли утверждать, что при едином централизованном водоснабжении выявленная закономерность характерна для заболеваемости кариесом детей всего города? Обоснуйте свой ответ.

Тестовые задания к промежуточной аттестации (примерная тематика):

ДЕ 1. Общественное здоровье и методы его изучения

12.	Характеристиками общественного здоровья являются:
v	демографические показатели
v	Заболеваемость
	прожиточный уровень
	уровень образования
v	Инвалидность
v	физическое развитие
13.	По данным ВОЗ, наибольшее влияние на возникновение заболеваний населения оказывают:
	организация и качество медицинской помощи
	экологическая обстановка
	экологическая обстановка
v	социально-экономические условия и образ жизни населения
	Наследственность
14.	К показателям статистики населения относятся:
v	численность населения
	стабильный прирост населения
	ежегодные уровни рождаемости населения
v	распределение населения по полу и возрасту
15.	Укажите 3 ведущих причины смертности населения в РФ:
v	болезни системы кровообращения
v	новообразования
v	травмы и отравления
	болезни органов дыхания
	болезни органов пищеварения
16.	Естественный прирост населения - это разница между:
	рождаемостью и смертностью в трудоспособном возрасте
v	рождаемостью и смертностью
	смертностью и рождаемостью
17.	Демографическая политика — РФ- это совокупность мероприятий, направленных:
	на снижение рождаемости
	на стабилизацию рождаемости

v	на оптимизацию естественного прироста населения
	на снижение фертильности
18. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:	
	Каждый законченный случай нетрудоспособности
	Каждый листок нетрудоспособности
v	Каждый законченный случай нетрудоспособности в связи с заболеванием
19. Единица наблюдения (учета) для изучения госпитализированной заболеваемости:	
	средняя длительность лечения в стационаре
	среднегодовая занятость койки
	число проведенных больными койко-дней в году
	каждый больной, прошедший лечение в стационаре
v	каждый случай госпитализации
20. Учетные документы для изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности:	
v	листок нетрудоспособности
v	справка о временной нетрудоспособности учащихся и студентов
	отчетная форма ¹ 16-ВН
	карта амбулаторного больного

ДЕ 2. Статистические методы анализа общественного здоровья и здравоохранения

7. К экстенсивным показателям относятся:	
	показатели рождаемости
v	распределение числа врачей по специальностям
	показатели младенческой смертности
v	распределение умерших по причинам смерти
8. К средним величинам относятся:	
	уровень перинатальной смертности 19,0 на 1000 родившихся живыми и мертвыми
v	средний возраст умерших 60 лет
v	средний срок реабилитации 30 дней
	корреляционная связь средней силы
	средняя степень тяжести заболеваний
9. К интенсивным показателям относятся:	
v	уровень рождаемости 12,3 на 1000 населения
	число умерших за год 3785 человек
	средняя длительность лечения в стационаре 12 дней
	инфекционные болезни в структуре общей заболеваемости составляют 4,2%
v	обеспеченность врачами 35,2 на 10 000 населения

10. Для медико-социальных статистических исследований минимально достаточной является вероятность безошибочного прогноза:	
	90%
v	95%
	99%
11. Какой способ наблюдения позволяет получить наиболее объективную информацию о состоянии здоровья населения?	
	Спрос
	Анкетирование
v	выкопировка данных из медицинской документации
12. Для оценки изменений уровня заболеваемости в динамике за 2 года используются показатели:	
	Экстенсивный
	Интенсивный
v	Наглядности
	средние величины
	Соотношения

ДЕ 3. Организационно-правовые основы охраны здоровья населения

5. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает:	
	заведующий отделением
v	консилиум
v	при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач
6. В соответствии с ФЗ об основах охраны здоровья граждан в РФ, в случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой:	
	к лечащему врачу
v	непосредственно к руководителю или иному должностному лицу медицинской организации
v	в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации
	в органы управления здравоохранением
v	в суд
7. При отказе от медицинской помощи родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет (больных наркоманией 16 лет), либо законных представителей лица, признанного недееспособным, медицинская организация имеет право:	
	на оказание медицинской помощи без согласия родителей или законных представителей
v	обратиться в суд для защиты интересов этих лиц
8. Операция по медицинской стерилизации может быть проведена:	

	в любом медицинском учреждении, имеющем лицензию на медицинскую деятельность
v	в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на медицинскую деятельность
	только в частных учреждениях здравоохранения

Билеты к промежуточной аттестации – зачету (примеры)

Билет №1

1. Общественное здоровье и здравоохранение как научная и учебная дисциплина, предмет изучения, определения понятий «здоровье», «общественное здоровье», «охрана здоровья», «здравоохранение», «общественное здравоохранение».
2. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
3. Применение относительных величин для расчета показателей первичной заболеваемости: методика расчета, способы графического изображения.
4. Задача.

Билет №2

1. Медико-демографические показатели статистики населения, их значение для анализа общественного здоровья и здравоохранения.
2. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.
3. Применение относительных величин для расчета показателей общей заболеваемости: методика расчета, способы графического изображения.
4. Задача.

Билет №3

1. Младенческая смертность, медико-социальные аспекты, причины, пути снижения, оценка показателей.
2. Организация профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни (в соответствии с ФЗ-323).
3. Применение статистических величин для расчета показателей естественного прироста населения: методика расчета, способы графического изображения.
4. Задача.

Билет №4

1. Инвалидность населения, медико-социальные аспекты, группы инвалидности.
2. Понятие охраны здоровья, основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации, организация охраны здоровья в Российской Федерации.
3. Применение относительных величин для расчета показателей материнской смертности: методика расчета, способы графического изображения.
4. Задача.

Ситуационные задачи к промежуточной аттестации (примеры)

Ситуационная задача № 1

Вы располагаете следующей информацией о демографической ситуации в районе:

Возраст	Число жителей	Из них умерло
0-4 лет	600	15
5-15 лет	12400	110
16-60 лет	45000	350

61 год и старше	2000	60
-----------------	------	----

Какие медико-демографические показатели Вы можете вычислить? Каково их практическое значение? Выполните необходимые расчеты, изобразите графически и проанализируйте полученные результаты.

Ситуационная задача № 2

Вы располагаете следующей информацией о рождаемости и смертности детей в районе «А»: число умерших детей в возрасте до 1 года – 20 чел.;

Причины смерти детей в возрасте до 1 года:

- состояния перинатального периода – 10 чел.,
- врожденные аномалии – 4 чел.,
- болезни органов дыхания – 6 чел.

Число родившихся живыми в текущем году – 1590 чел.,

Число родившихся живыми в прошлом году – 1500 чел.

Какой медико-демографический показатель Вы можете рассчитать? Определите его уровень, структуру и динамику (в предыдущем году уровень показателя 12‰), изобразите графически.

Оцените полученные результаты.

Ситуационная задача № 3

Вы располагаете следующей информацией о длительности лихорадочного периода при пневмонии:

Длительность периода (дни)	Число больных
3	3
6	8
9	15
12	12
15	4

Всего 42

Рассчитайте статистические величины и критерии, чтобы охарактеризовать среднюю длительность лихорадочного периода при пневмонии у больных и степень разнообразия данного признака. Оцените полученные результаты.

Ситуационная задача № 4

При изучении организации приема больных в поликлиниках города Н. по результатам 1200 визитов пациентов в двух из пяти поликлиник города было установлено, что среднее время на 1 обращение в регистратуру составило 12 минут, $m = \pm 1,5$ мин.

Укажите можно ли полученные результаты использовать для количественной характеристики затрат времени на обращение в регистратуры поликлиник города Н. в целом?

Обоснуйте свой ответ.

3. Технологии оценивания

Вид деятельности	Показатели	Критерии	Результат
Тест	Правильное выполнение заданий	60% и более	зачтено
		Менее 50%	не зачтено

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

Кафедра клинической психологии и педагогики

УТВЕРЖДАЮ

Проректор

по образовательной деятельности
и молодежной политике

Бородулина Т.В.



«20» мая 2022 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ**

Специальность: 3.1.8. Травматология и ортопедия

г. Екатеринбург
2022

Фонд оценочных средств по дисциплине «Педагогика и психология высшей школы» составлен в соответствии с Федеральными государственными требованиями к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов, утвержденными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 октября 2021 г. № 951.

Фонд оценочных средств составлен

№	ФИО	должность	уч. степень	уч. звание
1	Вершинина Т.С.	доцент кафедры клинической психологии и педагогики	кандидат филологических наук	доцент

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества.

Фонд оценочных средств рецензирован канд. пед. наук, доцентом, доцентом кафедры педагогики и психологии образования ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» Т.И. Гречухиной.

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен на заседании кафедры клинической психологии и педагогики(протокол № 5 от 25 января 2022).

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен методической комиссией специальностей аспирантуры (протокол № 3 от 02 февраля 2022).

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, представлен в таблице:

Дидактическая единица		Индикаторы достижения		
№	Наименование	Знания	Умения	Навыки
1	2	3	4	5
1	Основы теории и методики педагогики высшей школы (ДЕ 1)	- теоретические основы и прикладные задачи психологии высшей школы и медицинского образования; - основы организации учебно-познавательной деятельности обучающихся; их особенности возрастного развития и типологию личности.	организовывать и стимулировать учебно-познавательную деятельность обучающихся	методами и техниками организации учебно-познавательной деятельности обучающихся
2	Модернизация высшего медицинского образования в России (ДЕ 2)	- основы психологии личности и деятельности - основы психологии профессионального образования, развития, карьеры и самоопределения личности;	использовать основы психологической грамотности в организации своей профессиональной деятельности как преподавателя медицинского вуза	коммуникативными умениями и навыками организации учебного процесса как основы культуры личности и деятельности преподавателя высшей школы
3	Основы дидактики высшей школы (ДЕ 3)	- знать правовые и нормативные основы функционирования системы высшего образования - основы организации и тенденции в области модернизации	- ориентироваться в направлениях развития высшей медицинской школы; - использовать правовые и нормативные акты в области высшего образования как основу организации учебного процесса в вузе	навыками работы с нормативно-правовой базой образовательной организации системы ВО

		современного медицинского образования;		
4	Основы психологии высшего медицинского образования (ДЕ 4)	- теоретические основы педагогики как науки и практической деятельности; - основные подходы и методы определения качества высшего образования	участвовать в реализации основных образовательных программ медицинского вуза	инструментами оценки качества организации и реализации учебного процесса в рамках конкретных учебных дисциплин
5	Психология личности и деятельности преподавателя медицинского вуза (ДЕ 5)	методику теоретического и практического обучения в вузе; основания выбора оптимальных методик организации и реализации учебного процесса в вузе	- уметь проектировать теоретическое и практическое учебные занятия, КИМы; - ориентироваться в современных образовательных технологиях высшей школы	- навыками научно-методической и учебно-методической работы - элементам и активным, интерактивных, а также электронно-образовательных технологий в учебном процессе

2. Аттестационные материалы

2.1. Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждой ДЕ и содержат от 5 до 15 вопросов. В тестовом задании обучающемуся задаются 20 вопросов с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов от 3 до 5, на установление соответствия, а также вопросов открытого и закрытого типа.

Примеры тестовых заданий:

№	Текст задания	Ответ
1.	Закончите определение: Педагогика высшей школы – это раздел ...	! педагогики , науки о воспитательных отношениях, возникающих «в процессе взаимосвязи воспитания, образования и обучения с самовоспитанием, самообразованием и самообучением» в системе высшего образования
2.	Выберите правильный ответ (не менее 2): В качестве объекта педагогики высшей школы выступает	! система педагогических явлений, связанных с развитием личности обучающегося (с одной стороны), ! человек – обучающийся вуза, развивающийся в результате комплексного педагогического взаимодействия ! соотносительно с понятием субъекта означает вообще то, что дано в познании, или на что направлена познавательная деятельность
3.	Выберите правильный ответ (не менее 3): Функции педагогики	! Аналитическая ! Прогностическая ! Проективно-консультативная

	высшей школы	Исследовательская Коммуникативная	
4.	Продолжите предложение: Сохранение престижа национальной системы образования и приведение его в соответствие с перспективными задачами развития Российской Федерации – это ...	! стратегическая задача Российского высшего образования	
5.	Какой статус имеет система образования как макросистема?	государственный	
6.	Какие средства описывают программу развития человека?	Средства –! образования, –! системы знаний, –! норм деятельности и отношений, которыми должен овладеть обучающийся по окончании образовательного учреждения	
7.	Определите понятие «стандартизация образования»	! результат взаимодействия различных факторов, к которым можно отнести уровень развития науки, техники, экономики, права, культуры и т.д.	
8.	На каких методологических основаниях определяется педагогическая цель?	– !социальный и государственный заказ, – !стандарт образования – !результаты исследований потребности рынка труда в специалистах высокой квалификации	
9.	Закончите определение: • конкретность описания результата образования, • наличие критериев • наличие показателей измерения ее достижимости, • идентифицируемость, • измеримость / соотнесенность со шкалой оценки – это	! требования (к диагностично заданной) педагогической цели	
10.	Назовите основания для формулировки целей	! Педагогическая задача / педагогические задачи	
11.	Что должна отражать цель обучения?	! действия преподавателя и самостоятельные действия обучаемого	
12.	Что устанавливает учебная рабочая программа?	! устанавливает содержание, последовательность разделов и тем учебной дисциплины и объем времени, отведенного на их изучение	
13.	Установите соответствие:	(1) Педагогическая ситуация	(2) объективно существующая педагогическая действительность, объединяющая основные субъекты образовательного процесса, его средства и соответствующую среду
		(2) Педагогическое явление	(4) основная единица педагогического процесса –

			развивается во времени и только по ней можно судить о течении процесса
		(3) Педагогический процесс	(1) комплекс условий и обстоятельств конкретного, реального образовательного процесса, где взаимодействуют его основные субъекты
		(4) Педагогическая задача	(3) способ организации воспитательных отношений, заключается в целенаправленном отборе и использовании внешних факторов, направленных на развитие его участников
17.	Какие методы относятся к неигровым?	! метод кейсов, ! имитационные упражнения	
18.	Что означает термин «педагогическая технология»?	! 1. Совокупность, специальный набор форм, методов, способов, приемов обучения и воспитательных средств, используемых системно в образовательном процессе; ! 2. Обозначает совокупность методов, осуществляемых в каком-либо процессе	
19.	Установите соответствие	(1) психологическая готовность к выполнению профессиональной деятельности	(2) развитие творческого потенциала, творческая деятельность в процессе обучения
		(2) Способность к творческой деятельности	(3) Готовность к профессиональной деятельности
		(3) наличие ценностного отношения к педагогической деятельности, адекватности мотивов, профессионально значимых личностных качеств	(1) Профессиональное становление
17.	Назовите уровни профессионального развития личности	! резистентность (устойчивость, сопротивляемость) профессиональным деформациям ! стрессоустойчивость ! профессиональная мотивированность, социабельность ! логичность мышления, профессиональная рефлексия, научно-гуманистическое мировоззрение, аналитичность, прогностичность	
18.	Установите соответствие	(1) Стадии трудовой адаптации	(3) Первичная Вторичная
		(2) Категории работников	(1) Ознакомления Приспособления Ассимиляции Идентификации
		(3) Трудовая адаптации делится на	(4) Объективные субъективные
		(4) Факторы трудовой адаптации	(2) Безразличные Частично идентифицированные Полностью идентифицированные

19.	Установите соответствие	(1) авторитарные	(2) в центре всей системы образовательного учреждения стоит личность обучающегося
		(2) личностно-ориентированные технологии	высокая степень невнимания к личности обучающегося, преобладают субъект-объектные отношения педагога и ученика
		(3) дидактоцентрические	(1) педагог является единоличным субъектом учебно-воспитательного процесса
20.	Дайте краткую характеристику правил предъявления педагогического требования	! должно быть доведено до логического конца ! должно предъявлять обучающемуся положительную программу деятельности на текущий момент ! должно сопровождаться инструкцией, облегчающей выполнение социальной нормы ! должно соответствовать уровню развития обучаемых	
21	К основным методам психологического исследования относят	А. восприятие и осознание ! Б. наблюдение и эксперимент В. тестирование и беседа Г. эксперимент и тестирование	
22	Авторами теории деятельности в психологии являются следующие ученые	А. Л.С.Выготский и Д.Б.Эльконин ! Б. Л.С. Выготский, С.Я.Рубинштейн, А.Н.Леонтьев В. И.П.Павлов и И.М.Сеченов Г. В.Вундт и З.Фрейд	
23	Компетентность, заключающуюся в применении преподавателем законодательных и иных нормативных правовых документов для решения профессиональных задач, называют:	А. коммуникативная компетентность ! Б. правовая компетентность В. информационная компетентность Г. профессиональная компетентность	
24	Установите соответствие типов пациентов и их отношение к болезни	(1) Эргопатический	(1) Уход от болезни» в работу, несмотря на тяжесть заболевания
		(2) Эгоцентрический	(2) Болезнь напоказ
		(3) Дисфорический	(3) Ненависть к здоровым, вспышки злобы с обвинением в своей болезни других
25	Основные составные части воспитания	А. интеллектуальное, общая эрудиция, трудовая зрелость, политехническая подготовка, нравственное и гражданское воспитание !Б. умственное, нравственное, эстетическое, физическое, трудовое В. трудовое воспитание, энциклопедичность знаний, нравственная чистота, эстетическая культура Г. трудовое воспитание, политехническое образование, нравственная чистота, эстетическая культура	
26	Под диалоговым обучением, в результате которого учащиеся	! А. интерактивное обучение Б. активное обучение В. традиционное обучение	

	получают практический опыт в эмоционально окрашенной деятельности, где преподаватель лишь курирует процесс обучения, понимают	Г. инновационное обучение
27	«Психологический возраст» указывает на следующую характеристику развития	А. хронологический возраст Б. психологические «новообразования» ! В. Динамику развития (уровень интеллекта, способность к научению, двигательные навыки, др.) Г. социальную ситуацию развития
28	Основные этапы психического развития человека включают	! А. детство, отрочество, юность, зрелость, старость Б. созревание и старение В. детство, юность, старость Г. отрочество, зрелость, старость
29	Социализация человека происходит посредством наблюдения за поведением других людей и на этой основе формируются идеи о своем поведении, согласно идеям	А. гуманистическая психология Б. гештальтпсихология ! В. бихевиоризм Г. психоанализ
30	Коммуникативная компетентность врача снижается под воздействием	А. эмпатии Б. сенситивности ! В. повышенной тревожности и раздражительности Г. сенситивности

2.2.Примерный перечень вопросов для собеседования (зачета)

1. Педагогика как наука и практическая деятельность в системе образовательных и медицинских организаций.
2. Исторические вехи развития педагогической мысли: идеи, парадигмы, персоналии.
3. Педагогика: объект, предмет, задачи, функции, методы. Основные педагогические категории.
4. Образование, обучение, воспитание как основные категории педагогики, их сущность и краткая характеристика.
5. Современные тенденции развития высшего медицинского образования в России и за рубежом. Компетентностный подход, уровневость, непрерывность.
6. Болонский процесс и другие интеграционные процессы в развитии высшего медицинского образования.
7. Высшее медицинское образование в РФ. Нормативно-правовое обеспечение образовательного процесса в медицинском вузе.
8. Педагогика как практическая деятельность в системе медицинских организаций. Медицинская педагогика: предмет, задачи, функции. Врач как педагог.
9. Профилактическая и просветительская виды деятельности в работе врача.
10. Педагогическое проектирование образовательного процесса.
11. Формы учебных занятий и практик в высшей медицинской школе, их виды и характеристика.
12. Инновационные технологии обучения в медицинском вузе.
13. Многомерный подход к классификации методик и технологий обучения.
14. Модульное построение содержания учебной дисциплины и рейтинговый контроль.
15. Формы и этапы педагогического проектирования.
16. Активные и интерактивные технологии обучения.
17. Личностно-ориентированный подход в обучении.
18. Компетентностно-ориентированный подход в обучении.

19. Информационные технологии обучения и технологии дистанционного образования.
20. Лекция в медицинском вузе: роль, место в учебном процессе, функции. Виды лекций и их характеристика.
21. Практические занятия на теоретических и клинических кафедрах в медицинском вузе, виды и их характеристика.
22. Самостоятельная работа обучающихся. Виды и формы организации. Проектно-творческая деятельность.
23. Основы педагогического контроля учебных достижений. Формы и методы оценки.
24. Основы педагогического мастерства и коммуникативные навыки врача-педагога.
25. Сущность, содержание и структура педагогического общения. Стили педагогического общения, их характеристика. Особенности педагогического общения в медицинском вузе.
26. Психологическая, аутопсихологическая, коммуникативная и конфликтологическая культура врача-педагога.
27. Навыки просветительской и профилактической работы врача.
28. Коммуникативные навыки врача как навыки эффективного взаимодействия с пациентами и их родственниками, виды и их характеристика.
29. Коммуникативные навыки врача-педагога как навыки успешного взаимодействия с обучающимися, виды и их характеристика.
30. Основы психологии конфликта. Навыки конструктивного поведения в конфликтной ситуации.

2.3. Примерные темы докладов

1. Активные и интерактивные методы обучения в работе с пациентами.
2. Алгоритмизация в процессе убеждения пациентов.
3. Характеристика педагогического мастерства.
4. Пациент и образ «идеального» врача.
5. Врачебная ошибка и халатность в работе врача: психологический аспект.
6. Доверительное общение и его стадии.
7. Инновационные технологии обучения в медицинском вузе.
8. Коммуникативная компетентность и навыки врача-педагога.
9. Лекция как основная форма организации теоретического обучения в высшей медицинской школе.
10. Многоуровневая и непрерывная система образования: сущность, структура и содержание.
11. Модульное обучение и принципы его организации.
12. Непрерывное образование: роскошь или необходимость?
13. Организационные формы обучения в медицинском вузе: история и современность.
14. Особенности правового обеспечения получения образования с помощью дистанционных технологий.
15. Ошибки в общении «врач-пациент».
16. Педагогические основы конструирования учебных игр в медицинском вузе.
17. Педагогические основы организации научно-исследовательской работы обучающихся в медицинском вузе.
18. Педагогические основы организации познавательной деятельности обучающихся в медицинском вузе.
19. Педагогические основы организации семинарских и практических занятий в высшей медицинской школе.
20. Психологические особенности студенческого возраста и проблема воспитания в высшей медицинской школе.
21. Психолого-педагогические предпосылки повышения эффективности семинарских и практических занятий.

22. Развитие системы высшего медицинского образования в России.
23. Современная государственная политика Российской Федерации в области образования: понятие, значение.
24. Современные методы обучения в вузе: функции методов и критерии их выбора.
25. Состав и классификация учебных задач, используемых в медицинском вузе.
26. Учебная игра как средство активизации познавательной деятельности обучающихся в медицинском вузе.

3. Технологии оценивания

Этапы проведения зачета (с оценкой):

1. Тестирование (билет-тест из 20 вопросов).
2. Демонстрация навыков (аргументированный пример применения одной-двух педагогических технологий к занятию по выбранной теме).
3. На выбор:
 - а. Собеседование по темам (теме курса).
 - б. Презентация доклада по одной из тем курса.

Критерии оценивания:

Вид деятельности	Показатели	Критерии	Балл
Тест	Правильное выполнение заданий	70%	25
		50 %	15
		Ниже 50%	0
Демонстрация навыков	Владение знаниями и умениями как готовность самостоятельно применять их, демонстрировать, осуществлять деятельность в различных ситуациях, относящихся к данным компетенциям	Даны исчерпывающие и обоснованные ответы на все поставленные вопросы, правильно и рационально (с использованием рациональных методик обучения и диагностики группы) решены практические задачи; при ответах выделялось главное, все теоретические положения увязаны с требованиями нормативных документов; ответы даны четкие и краткие, изложение логично, последовательно; показано умение самостоятельно анализировать факты, события, явления, процессы в их взаимосвязи и развитии.	40
		Даны полные, достаточно обоснованные ответы на поставленные вопросы, правильно решены практические задания; при ответах главное выделялось не системно, отдельные положения недостаточно увязывались с требованиями нормативных документов, при решении	30

		практических задач не всегда использовались рациональные методики – не учитывались особенности темы занятия, особенности группы обучающихся; ответы в основном были краткими, но недостаточно четкими.	
		Даны в основном правильные ответы на все поставленные вопросы, без должной глубины и обоснования, при решении практических задач использован предыдущий, не применялись современные методики обучения и диагностики группы, на уточняющие вопросы даны правильные ответы; при ответах не выделялось главное; ответы многословные, нечеткие, отсутствует или предъявлена в неполной мере логическая последовательность; не даны положительные ответы на отдельные дополнительные вопросы	15
		Затрудняется при выполнении практических задач, в выполнении своей роли, работа проводится с опорой на преподавателя или других обучающихся	
Собеседование	Полнота и правильность ответа	полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий	10
		излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил	5
	Степень осознанности, понимания изученного	обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные, дает анализ	15
		обнаруживает понимание материала, но не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения или привести свои примеры	10
		нет понимания материала	0
	Четкость и грамотность речи	излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка	10

		излагает материал непоследовательно, нормы литературного языка не выдержаны	5
Презентация доклада	Ответы на вопросы по докладу	Четко и грамотно отвечает на вопросы	35
		Затрудняется ответить на поставленный вопрос или отвечает с опорой на наводящие вопросы, прибегает к помощи преподавателя или других обучающихся	10
		отвечает неправильно на поставленный вопрос	0

**Шкала соответствия результатов тестирования
традиционной оценочной шкале
(в процентах правильных ответов от общего количества заданий, представленных
для выполнения)**

85% и более – «отлично»

70 – 85% - «хорошо»

50 – 69% - «удовлетворительно»

менее 50% - неудовлетворительно.

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

Кафедра травматологии и ортопедии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор

по образовательной деятельности
и молодежной политике

Бородулина Т.В.



«20» мая 2022 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПРАКТИКИ ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
«ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»**

Специальность: 3.1.8. Травматология и ортопедия

г. Екатеринбург
2022 год

Фонд оценочных средств практики по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности «Педагогическая практика» составлен в соответствии с Федеральными государственными требованиями к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов, утвержденными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 октября 2021 г. № 951. Научная специальность 3.1.8. Травматология и ортопедия

Фонд оценочных средств рецензирован зам. начальника учебно-методического управления по инновационным образовательным программам ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России кандидатом педагогических наук, доцентом Н.Ф. Уфимцевой.

Фонд оценочных средств практики согласован
методической комиссией специальностей аспирантуры
02 февраля 2022 г. (протокол № 3)

Председатель МКС
д.м.н., доц., начальник управления подготовки кадров высшей квалификации Левчук Л.В.

(Подпись)

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации аспирантов по практике по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности «Педагогическая практика»

1. Аттестация по педагогической практике осуществляется на заключительном этапе в форме защиты отчета и собеседования.

Анализ результатов практики проводится по следующим критериям:

- объем проделанной работы;
- качество аналитического отчета, выводов и предложений;
- выполнение работы в установленные сроки;
- самостоятельность, инициативность, творческий подход к работе;
- своевременность и качество представления отчетной документации.

Оценка результатов практики вытекает из особенностей деятельности аспирантов и выявляет характер их отношения к будущей профессиональной деятельности.

По результатам прохождения практики выставляется зачет с оценкой.

2. Оценочные средства.

Основными показателями для оценки работы аспиранта во время прохождения практики является своевременное предоставление отчетных документов, а именно:

- индивидуальное задание на педагогическую практику;
- дневник практики;
- анализ посещаемого аспирантом занятия преподавателя кафедры;
- план-конспект занятия, проведенного аспирантом;
- общий отчет о прохождении практики;
- отзыв руководителя практики.

До начала промежуточной аттестации все письменные отчетные работы должны быть сданы руководителю практики.

Содержание отчета должно включать следующие разделы:

1. Учебно-методическая деятельность (перечень изученных локальных актов и разработанных учебно-методических материалов);
2. Преподавательская деятельность (перечень посещенных и проведенных занятий);
3. Внеучебная и воспитательная деятельность (перечень внеучебных мероприятий, в которых принимал участие аспирант);
4. Психолого-педагогическая деятельность (перечень использованных психолого-педагогических методик);

К отчету в обязательном порядке прилагаются:

- Рукопись разработанных учебно-методических материалов;
- Анализ посещенного аспирантом практического занятия/лекции;
- Методические разработки проведенных занятий.

3. Шкала оценивания устного ответа аспиранта при защите отчета по практике

Высшим баллом «отлично» аттестуется аспирант, полностью овладевший программным материалом или точно и полно выполнивший практические задания. При этом он проявляет самостоятельность в суждениях, умение представить тезисный план ответа; владение теорией, умение раскрыть содержание проблемы; свободное оперирование научным аппаратом, умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, апеллировать к источникам. Аспирант, опираясь на

межпредметные связи, показывает способность связать научные положения с будущей практической деятельностью; умение делать аргументированные выводы; уверенно, логично, последовательно и грамотно излагать ответ на вопрос.

Оценка **«хорошо»** ставится, если аспирант овладел программным материалом, умеет оперировать основными категориями и понятиями изучаемой отрасли знаний, но самостоятельность суждений, знание литературы у него более ограничены. Он умеет представить план ответа; владеет теорией, раскрывающей проблему; умеет иллюстрировать основные теоретические положения конкретными примерами и практики. Вместе с тем допускает ошибки в ходе ответа на вопросы. Умеет делать аргументированные выводы; уверенно, логично, последовательно и грамотно излагает ответ на вопрос.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится аспиранту, который в основном знает материал программы, в целом верно выполнил задания, но знания его неполны и поверхностны, самостоятельные суждения отсутствуют. Аспирант имеет представление о требованиях практики в своей профессиональной области, знает основную литературу, обладает необходимыми умениями. Может оперировать основными понятиями и категориями изучаемой науки, но допускает ошибки в ответе, обнаруживает пробелы в знаниях. Умеет делать выводы; грамотно излагает ответ на вопрос.

Оценка **«неудовлетворительно»** ставится, если аспирант демонстрирует незнание или непонимание учебного материала, не владеет навыками, овладение которыми предусмотрено программой дисциплины, не может выполнить предложенных заданий, не знаком с основной рекомендованной литературой. Это проявляется в отсутствии плана ответа, существенных ошибках при изложении материала, трудностях в практическом применении знаний, неумении сформулировать выводы.

Образцы отчетных документов представлены в приложениях.

4. Оформление дневника практики

По результатам работы аспирант оформляет дневник практики в соответствии со следующими требованиями: в дневнике должно быть сделаны ежедневные записи и представлены: перечень практических навыков, характеристика базы практики и характеристика аспиранта. Преподаватель ежедневно проверяет наличие записей в дневнике. При отсутствии записей в дневнике данный день (часы) не засчитывается как пройденный.

В ежедневном отчете должно быть указано: дата, время работы, план работы аспиранта на день, представлен список выполненных за день практических навыков с детальным описанием впервые выполненного навыка.

Критерии оценивания дневника практики:

Неудовлетворительно – содержание записи не соответствует требованиям; аспирант не ориентируется в своих записях; не может ответить на поставленные вопросы.

Удовлетворительно – запись выполнена небрежно, неаккуратно или очень кратко); аспирант плохо ориентируется в своих записях; отвечает на все вопросы с наводящими вопросами преподавателя.

Хорошо – запись выполнена аккуратно, требования выполнены почти полностью и есть небольшие замечания по сути изложения материала или кратко; аспирант достаточно свободно ориентируется в своих записях; отвечает на дополнительные вопросы уверенно, но не всегда полно и правильно (в 1/3 случаев), необходимо задавать наводящие вопросы.

Отлично – запись выполнена в соответствии с требованиями, замечаний ни каких нет; аспирант свободно и в полном объеме ориентируется в своих записях; на вопросы дает полный развернутый ответ.

5. Перечень тем научно-исследовательских работ (НИР) по практике

- Комплексные социальные нормы системы высшего образования Российской Федерации.
- Истоки возникновения компетентностного подхода и определение компетенции.
- Циклы образовательных траекторий, степени и уровни европейского пространства высшего образования.
- Подходы к обучению и оценке в компетентностно-ориентированных образовательных программах.
- Оценка результатов обучения.
- Качество как интегральная характеристика системы образования. Критерии качества образовательных программ.
- Отражение в образовательных программах уровневой структуры высшего образования Российской Федерации.
- Федеральный государственный образовательный стандарт как нормативно-правовая основа проектирования и реализации образовательных программ ВО РФ.
- Требования ФГОС ВО к результатам освоения ООП: компетентностная модель выпускника вуза.
- Требования ФГОС ВО к структуре ООП.
- Требования ФГОС ВО к условиям реализации ООП.
- Критерии оценки качества освоения ООП в соответствии с ФГОС ВО.
- Алгоритм и общие правила формирования компетенций.
- Дидактические принципы теории модульного обучения.
- Характеристики модульного построения процесса обучения в вузе.
- Нормативное и методическое обеспечение системы контроля и оценки качества освоения ООП обучающимися.
- Расчет трудоемкости образовательной программы в зачетных единицах.
- Организация образовательной среды вуза.
- Активизация учебного процесса вуза в условиях реализации компетентностно-ориентированных образовательных программ.
- Современные образовательные технологии в высшей школе.
- Классификации методов обучения и их характеристика. Словесные методы обучения. Наглядные методы обучения. Практические методы обучения. Методы закрепления изученного материала.
- Методы обучения как способы конструирования учебной информации: современные модификации проблемного и программированного обучения. Форма представления учебной информации как способ управления процессом усвоения знаний.
- Технические средства обучения: техническое обеспечение основных функций педагога, комплексы ТСО в различных формах учебных занятий.
- Активные и интерактивные методы обучения.
- Групповые формы активных методов обучения.
- Активные групповые методы социального обучения.
- Проектирование и использование инновационных технологий обучения.
- Разработка и использование документации, регламентирующей содержание и организацию образовательного процесса в соответствии с ООП ВО.
- Психологическая безопасность образовательной среды вуза.

Критерии оценивания НИР:

Содержание не соответствует теме, НИР оформлена неправильно – неудовлетворительно.

Содержание не полное, НИР оформлена с незначительными погрешностями – удовлетворительно.

Содержание недостаточно полное, НИР оформлена правильно – хорошо.

Содержание полное развернутое, оформление НИР соответствует требованиям – отлично.

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

Кафедра травматологии и ортопедии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор

по образовательной деятельности
и молодежной политике

Бородулина Т.В.



«20» мая 2022 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

Специальность: 3.1.8 Травматология и ортопедия

Фонд оценочных средств по дисциплине «Травматология и ортопедия» разработан сотрудниками кафедры травматологии и ортопедии д.м.н., зав. кафедрой Волокитиной Е.А д.м.н., доцентом Демидовым В.А. и составлен в соответствии с ФГОС ВО по направлению 31.06.01 – Клиническая медицина (уровень подготовки научно-педагогических кадров высшей квалификации - аспирантура), утвержденным приказом Минобрнауки России № 1200 от 03.09.2014 г. (в ред. Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.04.2015 № 464);

Программа разработана:

№	ФИО	должность	уч. звание	уч. степень
1	Волокитина Елена Александровна	Заведующий кафедрой	Доцент	д.м.н.
2	Демидов Виктор Александрович	Доцент кафедры	-	к.м.н.

Рецензенты:

- Лукин Станислав Юрьевич, к.м.н, главный внештатный травматолог – ортопед г. Екатеринбурга, главный врач МАУ №36 «Травматологическая»
- Сергеев Константин Сергеевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии с курсом детской травматологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен на заседании кафедры травматологии и ортопедии

Программа практики согласована методической комиссией специальностей аспирантуры 02 февраля 2022 г. (протокол № 3)

1. Тестовые задания для аспирантов по травматологии и ортопедии (100 вопросов)

1. В механизме образования огнестрельной раны имеют значение:
 - а) воздействие головной ударной волны
 - б) термическое воздействие
 - в) воздействие ранящего снаряда
 - г) воздействие энергии бокового удара, в процессе которого образуется временная пульсирующая полость
 - д) электрохимическое воздействие
2. Под функционально выгодным положением понимают:
 - а) положение, обеспечивающее репозицию отломков
 - б) положение конечности, при котором достигается оптимальное напряжение мышц антагонистов конечности
 - в) положение, при котором обеспечивается максимальная функция конечности в случае тугоподвижности, контрактуры
 - г) положение, обеспечивающее функциональную подвижность в смежных суставах
 - д) любое стабильное положение конечности для предотвращения вторичного смещения отломков
3. Основными правилами наложения транспортных шин являются:
 - а) наложение шины на обнаженное тело
 - б) обеспечить среднее физиологическое положение конечности
 - в) вправление выступающих костных отломков
 - г) моделирование шины перед ее наложением
 - д) фиксация шиной не менее двух суставов – выше и ниже уровня травмы
4. У больного выявлен перелом обеих бедренных костей без повреждения магистральных сосудов, артериальное давление - 60/40 мм рт. ст., дыхание - 26 в минуту. Наиболее целесообразно в этой ситуации:
 - а) срочная инфузионная терапия с одновременным введением в наркоз
 - б) срочно начать инфузионную терапию, осуществить обезболивание, добиться стабилизации артериального давления, затем начать проведение анестезии и операции
 - в) срочно интубировать и начать инфузионную терапию
5. При массивной кровопотере со снижением объема циркулирующей крови на 30-40% через 60 минут с момента травмы:
 - а) наступает гемодилюция со снижением гематокрита
 - б) происходит быстрое перемещение интерстиционной жидкости в сосудистое русло
 - в) гематокрит не изменяется
 - г) наступает гемоконцентрация с повышением гематокрита
 - д) правильно а) и б)
6. Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава:
 - а) проходит через точку на вершине большого вертела
 - б) проходит через точку на передней верхней ости подвздошной кости
 - в) проходит ниже пупка, если линия соединяет точки А и Б
 - г) проходит через пупок или чуть выше его, если линия соединяет точки А и Б

Б

7. Рентгенодиагностика переломов позвоночника основывается на всех перечисленных признаках, кроме:

а) снижения высоты тела позвоночника
б) изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)

в) нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела

г) степени смещения межпозвоночного диска

д) наличия гематомы в мягких тканях и тела позвонка

8. Из предложенных методов оперативного и консервативного лечения многооскольчатых переломов плюсневых костей не следует использовать:

а) создание костного синостоза с соседними неповрежденными плюсневыми костями

б) скелетное вытяжение за кольца

в) остеосинтез штифтом или спицами

г) внеочаговый остеосинтез аппаратом

9. Из перечисленных видов швов сухожилий сгибателей пальцев кисти в области сухожильных влагалищ используются все перечисленные, кроме:

а) по Кюнео

б) по Розову

в) по Долецкому - Пугачеву

г) по Усольцевой

д) по Беннелю

10. Правильное наложение кровоостанавливающего жгута характеризуется следующим условием:

а) жгут наложен как можно туже на конечности

б) жгут наложен с силой, вызывающей онемение в дистальном отделе конечности

в) жгут наложен так туго, как только остановится кровотечение

г) жгут наложен так, что из раны слегка сочится кровь

д) жгут накладывается до передавливания мышц конечности

11. Показаниями к первичной хирургической обработке являются все нижеперечисленные, кроме:

а) наличия точечной раны с венозным кровотечением

б) небольшой раны с ровными краями без кровотечения

в) наличия у пострадавшего более тяжелого повреждения, опасного для жизни (внутреннее кровотечение, разрыв внутреннего органа)

г) сильно загрязненной и размятой раны

д) состояния травматического шока III-IV степени

12. Вторичной хирургической обработкой раны называется:

а) хирургическая обработка, сделанная позднее одной недели после повреждения

б) хирургическая обработка, сделанная при неудовлетворительном результате первичной хирургической обработки

в) наложение вторичных швов на рану после первичной хирургической обработки, сделанной 1-3 дня назад

- г) пластическое закрытие кожного дефекта после хирургической обработки
 - д) обработка, сделанная впервые по прошествии одного месяца после травмы
13. Трансфузия крови в условиях травматического шока тяжелой степени:
- а) повышает артериальное давление в системе макроциркуляции
 - б) уменьшает гемоконцентрацию
 - в) ухудшает микроциркуляцию и транскапиллярный обмен
 - г) улучшает транскапиллярный обмен и микроциркуляцию
 - д) правильно а) и в)
14. Показанием к эндопротезированию при переломах шейки бедра и ложных суставах у старых людей является все перечисленное, кроме:
- а) вколоченного перелома шейки бедра
 - б) субкапитального перелома шейки бедра
 - в) несросшегося перелома (ложный сустав) шейки бедра
 - г) асептического некроза головки и шейки бедра
 - д) нарушения кровоснабжения головки бедра
15. Развитие ложного сустава при переломе шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено всеми перечисленными причинами, кроме:
- а) нарушения кровоснабжения головки и шейки бедра
 - б) недостаточной репозиции отломков
 - в) неустойчивой фиксации отломков
 - г) ранней нагрузки на поврежденную конечность
 - д) возраста больного
16. 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
 - д) правильно б) и г)
17. Синдром субарахноидального кровоизлияния проявляется всеми перечисленными симптомами, исключая:
- а) головная боль как "обручем стягивает" голову
 - б) головная боль, заметно усиливающаяся при движении глазных яблок
 - в) положительный симптом Брудзинского
 - г) возможно проявление делириозного состояния
 - д) гемипарез
18. Согласно классификации переломов костей свода черепа, выделяют следующие основные формы, исключая:
- а) импрессионный перелом
 - б) компрессионный перелом
 - в) депрессионный перелом
 - г) перелом сагитального и фронтального швов
 - д) оскольчатый перелом

19. При внутримозговой гематоме, если отсутствует выраженный ушиб головного мозга, в клинической картине патологического процесса имеют место все перечисленные симптомы, кроме:

- а) светлого промежутка
- б) контрлатерального пареза или паралича
- в) отчетливой анизокории с паралитическим мидриазом
- г) нарастающей мозговой гипертензии
- д) пирамидной симптоматики на гомолатеральной стороне

20. Лечение больных с черепно-мозговой травмой вне зависимости от вида и характера повреждения головного мозга и черепа в обязательном порядке должно включать:

- а) дегидратацию осмотическими диуретиками
- б) дегидратацию салуретиками
- в) люмбальную пункцию
- г) нейротропные препараты

21. При оказании первой помощи больным с тяжелой черепно-мозговой травмой, на месте происшествия и во время транспортировки в стационар, врач должен сделать все перечисленные манипуляции, за исключением:

- а) восстановить дыхание, проходимость верхних дыхательных путей, сделать интубацию трахеи
- б) при необходимости произвести трахеостомию
- в) сделать венопункцию и осуществить инфузию кровозаменителей
- г) осуществить непрямой массаж сердца
- д) сделать новокаиновую блокаду перелома костей конечности

22. Лечение больного с ушибом головного мозга средней тяжести и закрытым поперечным переломом диафиза бедренной кости в верхней трети со смещением предусматривает по отношению к перелому бедра:

- а) наложение аппарата Илизарова
- б) остеосинтез бедренной кости пластиной
- в) фиксацию конечности кокситной гипсовой повязкой
- г) наложение модуля аппарата Илизарова
- д) остеосинтез бедренной кости штифтом

23. Противопоказаниями к оперативному вмешательству при повреждении спинного мозга являются все перечисленные, кроме:

- а) травматического шока
- б) продолжающегося внутреннего кровотечения, повреждения внутренних органов или головного мозга
- в) сепсиса, уросепсиса, гнойных осложнений со стороны мочевыводящих путей:
- г) клинических признаков сдавления спинного мозга
- д) повреждения верхних сегментов шейного отдела с бульбарным симптом комплексом

24. При параличе плечевого сплетения типа Дюшена – Эрба клиническая картина складывается из всех следующих симптомов, кроме:

- а) выпадения функции подкрыльцового нерва

б) выпадения функции кожно-мышечного нерва
в) невозможности активного поднимания и отведения плеча
г) нарушения проводимости локтевого нерва
д) нарушения чувствительности на наружной поверхности плеча и предплечья

25. При поражении седалищного нерва выше ягодичной складки имеют место все перечисленные симптомы, исключая:

а) невозможность сгибания голени
б) нарушения чувствительности на наручно-задней поверхности голени
в) нарушения чувствительности на тыльной и подвздошной поверхности стопы

г) положительный симптом Вассермана
д) утрату рефлекса ахиллова сухожилия

26. Закрытый пневмоторакс возникает вследствие всего перечисленного, исключая:

а) повреждение ткани легкого сломанным ребром
б) разрыв бронха
в) констрикционный ателектаз
г) разрыв легкого при нарушении плевральных спаек
д) отрыв бронха

27. Для стабилизации скелета грудной клетки и устранения флотации грудной стенки, а также парадоксального дыхания при "разбитой" грудной клетке и "окончатых" переломах ребер можно применить все перечисленные методы, исключая:

а) скелетное вытяжение за реберную створку
б) скелетное вытяжение за грудину
в) остеосинтез сломанных ребер
г) фиксацию реберного клапана шиной Витюгова
д) фиксацию реберного клапана по Бечику

28. При закрытой травме грудной клетки показаниями к торакотомии будут все перечисленные, кроме:

а) продолжающегося кровотечения в плевральную полость
б) неустраняемого обтурационного ателектаза легкого
в) постоянного, несмотря на дренирование, поступления воздуха в плевральную полость

г) свернувшегося гемоторакса
д) гидроторакса с уровнем до 3-го ребра

29. Показаниями к оперативному лечению перелома ключицы являются:

а) открытые переломы с повреждением или сдавлением сосудисто-нервного пучка

б) оскольчатый перелом ключицы с опасностью ранения кожи
в) закрытый оскольчатый перелом
г) все перечисленное
д) только б) и в)

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

а) внутри и сзади

- б) снаружи и сзади
 - в) внутри и спереди
 - г) углового смещения нет
31. При оперативном лечении переломов диафиза плеча для остеосинтеза предпочтительны:
- а) деротационные накостные пластинки
 - б) различные внутрикостные штифты
 - в) винты
 - г) проволока
32. Линия Гютера – это:
- а) линия оси плеча
 - б) линия оси предплечья
 - в) линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья
 - г) линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча
33. При разгибательном типе перелома Монтеджа: угол между отломками локтевой кости открыт
- а) спереди
 - б) сзади
 - в) внутри
 - г) снаружи
34. Вывих плеча часто сопровождается переломом:
- а) малого бугорка
 - б) большого бугорка
 - в) шиловидного отростка лопатки
 - г) клювовидного отростка лопатки
 - д) ключицы
35. После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью:
- а) косыночной повязки
 - б) мягкой повязки
 - в) гипсовой повязки
 - г) торако-бронхиальной повязки
36. Среди внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза плеча следует выделять:
- а) надмыщелковые переломы плеча (разгибательные и сгибательные)
 - б) чрезмыщелковые переломы плеча и переломы мыщелков
 - в) мыщелковые переломы плеча
 - г) переломы головчатого возвышения
 - д) все перечисленное
37. При сгибательном типе повреждения Монтеджа головка луча вывихивается:
- а) спереди
 - б) сзади
 - в) внутри
 - г) снаружи
38. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется:

- а) признаком Маркса
 - б) симптомом "треугольной подушки"
 - в) симптомом "клавиши"
 - г) пружинящим движением в плечевом поясе
39. К типу "передних" относятся вывихи плеча:
- а) подклювовидный
 - б) подлопаточный
 - в) внутриклювовидный
 - г) правильно а) и в)
 - д) правильно б) и в)
40. Наиболее характерным симптомом для вывиха является:
- а) сильная боль
 - б) "костный" хруст
 - в) возможность производить пассивные движения
 - г) "пружинящие" движения
41. Застарелый вывих плеча следует лечить:
- а) консервативно (попытка вправить)
 - б) на отводящей шине
 - в) с применением скелетного вытяжения
 - г) оперативно (открытым или аппаратным методом)
42. Методом выбора при лечении огнестрельных переломов верхней конечности будет:
- а) интрамедуллярный остеосинтез
 - б) скелетное вытяжение
 - в) накостный остеосинтез
 - г) внеочаговый остеосинтез с помощью аппарата
43. 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
 - г) головчатая и крючковидная кости по отношению к полулунной
 - д) ладьевидная, головчатая и гороховидная по отношению к полулунной
44. В профилактике гнойных осложнений огнестрельных ранений имеет значение все перечисленное, кроме:
- а) промывания раны по Сызганову-Ткаченко
 - б) озвучивания, вакуумирования раны, магнитотерапии
 - в) полноценной хирургической обработки раны с последующим остеосинтезом сломанных фрагментов
 - г) направленной антибиотикотерапии
 - д) воздействия теплом
45. В классификации переломов шейки бедра различают все перечисленные, кроме:
- а) медиальных
 - б) субкапитальных и шейечных
 - в) латеральных

- г) межвертельных и чрезвертельных
 - д) подвертельных
46. Оперативное лечение переломов шейки бедра осуществляется всеми перечисленными методами, кроме:
- а) закрытого остеосинтеза различными металлоконструкциями
 - б) открытого остеосинтеза металлоконструкциями
 - в) остеосинтеза ауто- и аллотрансплантатами
 - г) открытой репозиции отломков и фиксации гипсовой повязкой
 - д) эндопротезирования тазобедренного сустава
47. При переломе верхней трети диафиза бедра типичным смещением отломков следует считать:
- а) смещение отломков по ширине, длине и под углом
 - б) смещение вокруг оси
 - в) установка центрального отломка в положении отведения, сгибания и наружной ротации, периферического кверху и кзади от центрального
 - г) установка центрального отломка в положении приведения кнутри и кпереди, периферического кзади вверх и под углом
 - д) смещение центрального отломка кзади, периферического кпереди и кзади
48. Абсолютным показанием к оперативному лечению при надмыщелковом переломе бедра является:
- а) неустраняемое консервативными методами смещение фрагмента
 - б) нарушение конгруэнтности суставных поверхностей
 - в) повреждение и сдавление сосудисто-нервного пучка
 - г) интрепозиция мягких тканей
 - д) неправильно сросшийся перелом
49. Лечение огнестрельных повреждений бедра в военно-полевых условиях начинают со всех следующих мероприятий, кроме:
- а) остановки наружного кровотечения
 - б) проведения реанимационных мероприятий
 - в) иммобилизации конечности
 - г) наложения компрессионно-дистракционного аппарата
 - д) транспортировки в специализированный госпиталь
50. Лечение олиго- или анурии включает все перечисленное, кроме:
- а) проведения адекватной гидратации
 - б) поддержания нормального водно-электролитного баланса
 - в) внутривенного введения маннитола
 - г) переливания крови
51. Особенности современных огнестрельных ранений высокоскоростными пулями:
- а) обширность повреждения
 - б) ожог тканей
 - в) прямое направление раневого канала
 - г) зональность раны
 - д) первичная загрязненность огнестрельной раны микробами
52. Под средним физиологическим положением понимают:

а) положение конечности, при котором допустима максимальная функция конечности

б) положение конечности, при котором достигается оптимальное расслабление мышц антагонистов конечности

в) положение конечности, при котором функция конечности невозможна

г) положение конечности, при котором возможно максимальное напряжение мышц

д) положение, удобное для репозиции отломков кости

53. Механизм образования патофизиологических нарушений при клапанном наружном и внутреннем пневмотораксе:

а) повышенное давление на стороне поражения и флотирование средостения

б) нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы

в) отдавливание диафрагмы по направлению брюшной полости

г) увеличение экскурсии грудной клетки

д) болевой синдром из-за раздражения интерорецепторов плевры и средостения

54. Возникновение симптома «очков» при переломе основания черепа объясняется:

а) повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке

б) разрывом позвоночной артерии

в) повреждением внутренней сонной артерии в полости черепа

г) повреждением передней решетчатой вены

д) повреждением задней решетчатой вены

55. К временной и окончательной остановке кровотечений:

при повреждении сосудов относятся

а) наложение зажима

б) прошивание

в) тампонада

г) перевязка

д) все перечисленное

56. При ваго-симпатической блокаде уровень вкола иглы соответствует:

а) границе верхней и средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы

б) точке пересечения наружной яремной вены с задним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы

в) уровню подъязычной кости по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы

г) всему перечисленному

57. Пункцию локтевого сустава чаще всего осуществляют:

а) между локтевым отростком и плечелучевой мышцей

б) между краем трехглавой мышцы и локтевым сгибателем кисти

в) между локтевым отростком и внутренним мыщелком

58. В нижней трети предплечья срединный нерв лежит между:

а) глубоким и поверхностным сгибателем пальцев

б) лучевым сгибателем кисти и ладонной длинной мышцей

в) глубоким сгибателем пальцев и сгибателем большого пальца

г) локтевым сгибателем кисти и поверхностным сгибателем пальцев

59. При полном перерыве срединного нерва:

а) утрачиваются сгибание кисти, I, II и частично III пальцев, выпадает чувствительность на ладонной поверхности I, II и III пальцев и половине IV пальца

б) на тыльной поверхности концевых фаланг II, III и IV пальцев выпадает кожная чувствительность. Трофические нарушения со стороны кожи. Атрофия мышц передней поверхности предплечья и возвышения большого пальца, анестезия кожи кисти

в) нарушается сгибание II пальца и концевой фаланги I пальца, ладонное сгибание кисти большого пальца, анестезия кожи кисти

г) правильно а) и б)

д) все правильно

60. Для обезболивания переломов таза обычно пользуются внутритазовой анестезией по методу Школьников – Селиванова:

а) на 5 см выше передней ости подвздошной кости

б) на 1 см кнутри от передней ости подвздошной кости

в) на 3 см ниже и на 3 см медиальнее передней ости подвздошной кости

61. Больной поступил в операционную через 30 минут после травмы с диагнозом травматический отрыв нижней конечности на уровне нижней трети бедра. На месте травмы наложен жгут на верхней трети бедра. АД 65-60 мм. Наиболее рационально в этой ситуации:

а) срочно начать инфузионную терапию и добиться стабилизации гемодинамики, а затем начать проведение анестезии и операции

б) срочно начать инфузионную терапию с одновременным началом анестезии

в) провести инфузионную терапию и провести отсроченное оперативное вмешательство

62. Среди перечисленных ниже приемов обеспечения проходимости дыхательных путей эффективны все перечисленные, кроме:

а) резко согнуть головку, приблизив подбородок к груди

б) максимально разогнуть голову, подложив свою руку под шею, другую на область лба для энергичного разгибания головы кзади

в) максимально вытянуть изо рта язык и фиксировать его к подбородку

г) пальцем, обернутым влажной салфеткой, очистить полость рта и глотку от слизи, копоти, остатков рвотных масс и инородных тел

д) ввести в полость рта воздуховод

63. Клинически ось нижней конечности проходит через все следующие образования, исключая:

а) передне-верхнюю ось подвздошной кости

б) наружный край надколенника

в) внутренний край надколенника

г) середину проекции голеностопного сустава

д) первый палец стопы

64. Клинически ось верхней конечности проходит через все следующие образования, кроме:

а) акромиального отростка лопатки

б) середины проекции головки плечевой кости

в) центра головчатого возвышения плеча

г) головки лучевой кости

д) головки локтевой кости

65. Линия и треугольник Гютера применяется при исследовании нормального локтевого сустава. Для его определения необходимо знать все перечисленные ориентиры, кроме:

а) оси плеча

б) расположения надмыщелков

в) расположения вершины локтевого отростка

г) при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток)

составляют прямую линию

д) при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник

66. Линия Розер-Нелатона применяется при исследовании нормального тазобедренного сустава. Ее определяют все перечисленные образования, кроме:

а) точки верхней подвздошной кости

б) точки седалищного бугра

в) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° , которая располагается выше этой линии

г) точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° ,

д) которая располагается на этой линии

67. Треугольник Бриана применяется при исследовании тазобедренного сустава, на нормальном суставе его определяет все перечисленное, кроме:

а) горизонтальной линии, проведенной через большой вертел у больного, лежащего на спине

б) из точки на верхней ости подвздошной кости опускается перпендикуляр

в) соединяют вершину большого вертела с верхней остью подвздошной кости

и получают равнобедренный треугольник

68. При выявлении разрыва внутреннего мениска коленного сустава

следует отдать предпочтение методу исследования:

а) рентгенографическому

б) термографическому

в) УЗИ

г) артроскопическому

д) артропневмографическому

69. При лапароцентезе следует выполнять все перечисленное, исключая

а) введение катетера в брюшную полость длиной не менее 30 см

б) введение катетера диаметром не менее 5 мм

в) оставление катетера в брюшной полости сроком не более 24 часов

г) введение в брюшную полость через катетер не менее 400 мл физиологического раствора

д) подключение к катетеру брюшной полости отсоса разряжением 0.3-0.5 атм.

70. После наложения циркулярной гипсовой повязки на конечность могут возникнуть все перечисленные ниже осложнения, за исключением:

а) образования пролежней

б) гибели всей сапрофитной кожной микрофлоры с дальнейшим замещением ее грибков

- в) сдавления (ишемии) питающих сосудов
 - г) сдавления нервных стволов с дальнейшим образованием невритов и фолькмановской контрактуры на верхней конечности
71. Абсолютными показаниями для операции остеосинтеза при переломе костей будут все перечисленные, кроме:
- а) закрытого перелома, отломки которого угрожают перфорации кожи
 - б) сдавления отломками кости сосудисто-нервного пучка
 - в) явной интерпозиции мягких тканей между отломками
 - г) открытого перелома
 - д) перелома костей, осложненного повреждением крупных сосудов, требующих оперативного восстановления их проходимости
72. Наложение кровоостанавливающего жгута при кровоточащих ранах требует выполнения всех перечисленных манипуляций, исключая:
- а) жгут накладывается как можно ближе к ране, проксимальнее ее
 - б) жгут накладывается у корня конечности на мягкую подкладку
 - в) жгут накладывается и затягивается до исчезновения периферического пульса и прекращения кровотечения
 - г) жгут можно накладывать на одежду и на мягкую подкладку
 - д) к жгуту обязательно прикладывается бирка
с указанием времени наложения в минутах
73. К понятию хирургической обработки раны относится:
- а) смазывание краев раны йодом, наложение повязки, введение внутримышечно антибиотиков
 - б) промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков
 - в) удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками, дренирование раны
 - г) рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция
75. К отсроченной хирургической обработке относится обработка, произведенная после травмы через:
- а) 12-18 ч
 - б) 24-48 ч
 - в) 49-72 ч
 - г) 73-96 ч
 - д) 97-120 ч
76. Операцию остеосинтеза закрытого перелома диафиза бедренной кости после выведения больного из состояния травматического шока рекомендуется производить:
- а) сразу же после нормализации артериального давления и пульса
 - б) после нормализации диуреза
 - в) через 12 ч стабилизации гемодинамики
 - г) через несколько суток
77. Неблагоприятное течение переломов шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено:
- а) резким нарушением кровоснабжения головки шейки бедра

б) репонированные отломки трудно удерживаются обычными способами внешней фиксации

в) длительное вынужденное положение больного, адинамия

г) правильно а) и в)

д) все ответы правильны

78. Особенностью чрезвертельных переломов у лиц пожилого и старческого возраста является все перечисленное, кроме:

а) хорошего кровоснабжения фрагментов

б) переломы хорошо срастаются

в) редки ложные суставы

г) поддаются консервативным методам лечения

д) целесообразен остеосинтез

79. При лечении переломов костей голени у пожилых и старых людей преимущественно используют все перечисленные способы, кроме:

а) малотравматического одномоментного вправления

б) наложения облегченной гипсовой повязки

в) оперативного лечения

г) аппаратного лечения

д) раннего функционального лечения с нагрузкой на конечность

80. 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

д) сдавления мягких тканей конечности + отморожение + лучевая болезнь

81. Сдавление головного мозга происходит вследствие всех возникших нарушений, за исключением:

а) инородного тела в черепной коробке

б) внутричерепной гематомы

в) субарахноидального кровоизлияния

г) вдавленного перелома костей черепа

д) субдуральной гидромы

82. В основу классификации повреждений черепа и головного мозга положены все перечисленные виды и формы повреждений головного мозга, костей свода и основания черепа, исключая:

а) сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга, сдавление головного мозга

б) переломы свода и основания черепа

в) открытые и закрытые повреждения головного мозга и черепа

г) повреждение желудочков головного мозга

д) повреждение твердой мозговой оболочки

83. Показаниями к наложению поисковых фрезевых отверстий у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой являются все перечисленные, кроме:

- а) невозможности инструментальными и рентгенографическими методами определить сторону травматического очага
- б) смещения Ме-Эхо при ЭхоЭГ-исследованиями более, чем на 5 мм
- в) резкого снижения артериального давления (до АД 80/40 мм рт. ст.) при отсутствии четких указаний на сторону локализации очага
- г) выраженного синдрома мозговой гипертензии без очаговой симптоматики

84. К хирургическим методам лечения больных с черепно-мозговой травмой относятся все перечисленные, кроме:

- а) трепанации черепа
- б) пневмографии
- в) тенториотомии
- г) дренирования желудочков
- д) фальксотомии

85. 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) в полусидячем положении с подушкой в области поясницы
- д) на животе

86. При повреждении срединного нерва в средней трети предплечья страдают или полностью выпадают двигательные функции всех перечисленных мышц, кроме:

- а) круглого пронатора
- б) длинного сгибателя первого пальца
- в) глубокого сгибателя пальцев
- г) мышцы большого возвышения
- д) червеобразных мышц

87. Под термином "невролиз" понимают:

- а) выделение нерва из эпинеуральной оболочки
- б) выделение нерва из окружающих тканей и рубцов
- в) выделение нерва из окружающих тканей и рубцов с иссечением перерожденной части без сшивания нерва

- г) правильно а) и в)
- д) все ответы правильны

88. Шов нерва состоит из обязательного выполнения всех перечисленных манипуляций, кроме:

- а) выделения нерва, осмотра для окончательного выбора метода вмешательства
- б) мобилизации концов нерва
- в) резекции поврежденных участков нерва
- г) создания муфты по сему периметру шва нерва из мышцы или вены с целью отграничения от возникающих рубцов
- д) наложения эпинеуральных швов

89. При повреждении магистральных артерий в дистальном отделе конечности наблюдается:

- а) цианоз кожных покровов
- б) бледность кожных покровов
- в) холодный липкий пот
- г) отек мягких тканей

90. Для остановки кровотечения на месте происшествия можно использовать

- а) наложение жгута:
- б) наложение давящей повязки
- в) возвышенное положение конечности
- г) наложение зажима на кровоточащий сосуд
- д) все перечисленное

91. Диагноз осложненного перелома ребер можно поставить на основании следующих признаков:

- 1) выраженная дыхательная недостаточность,
- 2) прогрессирующая подкожная эмфизема,
- 3) пневмоторакс, не устранимый плевральной пункцией,
- 4) гемоторакс,
- 5) кровохарканье,
- 6) перелом не менее 5-6 ребер,
- 7) увеличивающаяся осиплость голоса,
- 8) набухание вен шеи
- а) правильно 1, 2, 3, 4
- б) правильно 1, 2, 4, 5
- в) правильно 2, 5, 6, 7
- г) правильно 1, 3, 4, 7
- д) правильно 1, 2, 6, 8

92. Для нарастающего гемоторакса прежде всего характерны:

- 1) постоянное снижение артериального давления,
- 2) резко выраженная бледность кожных покровов,
- 3) скачкообразное повышение ЦВД,
- 4) выраженная аритмия и четкость сердечного тона,
- 5) отек и синюшность лица,
- 6) стремление больного принять сидячее положение,
- 7) стремление больного лежать на стороне повреждения грудной клетки,
- 8) снижение или отсутствие проведения голосового дрожания на стороне

повреждения грудной клетки,

- 9) положительная проба Ревилуа - Грегуара,
- 10) положительный симптом Бирмера,
- 11) положительная проба Петрова
- а) правильно 1, 2, 3, 4, 6, 10
- б) правильно 3, 4, 5, 7, 8, 11
- в) правильно 1, 2, 6, 8, 9, 10
- г) правильно 2, 4, 6, 9, 10, 11
- д) правильно 1, 2, 4, 7, 9, 10

93. Острая тампонада сердца проявляется:

- 1) резким снижением артериального давления,

- 2) значительным повышением центрального венозного давления,
- 3) резким усилением сердечных тонов,
- 4) расширением тени сердца на рентгенограмме в виде трапеции или шара,
- 5) резкого снижения центрального венозного давления
- а) правильно 1, 2, 4
- б) правильно 2, 3, 4
- в) правильно 3, 4, 5
- г) правильно 1, 3, 4
- д) правильно 2, 4, 5

94. При выполнении плевральных пункций используют все перечисленные точки прокола, кроме:

- а) второго межреберья по средне-ключичной линии
- б) четвертого межреберья по средней-подмышечной линии
- в) шестого межреберья по задней подмышечной линии
- г) восьмого межреберья по лопаточной линии
- д) пункции по верхнему краю ребра

95. Дренажирование плевральной полости при гемотораксе следует осуществлять через:

- а) 3-е межреберье по средне-ключичной линии
- б) 5-е межреберье по передней подмышечной линии
- в) 6-е межреберье по средней подмышечной линии
- г) 7-е межреберье по передней подмышечной линии
- д) 8-е межреберье по лопаточной линии

96. При среднем гемотораксе при проникающих ранениях грудной клетки излившаяся в плевральную полость кровь составляет:

- а) от 150 до 300 мл
- б) от 350 до 450 мл
- в) от 500 до 1000 мл
- г) от 1100 до 1300 мл
- д) от 1400 до 1600 мл

97. Лечение пострадавшего с переломом поясничного позвонка вытяжением осуществляется за счет:

- а) поднятия ножного конца кровати и фиксации стоп
- б) поднятия головного конца кровати и фиксации пострадавшего петлями за подмышечные впадины

- в) фиксации петлю Глиссона за головку и грузом в 6 кг
- г) фиксации таза специальным лифчиком и тягами по оси
- д) наложения на грудную клетку специального жилета и тягой к голове

98. Не является признаком переломов костей таза:

- а) симптом "прилипающей пятки"
- б) симптом Волковича - наложение "лягушки"
- в) симптом Тренделенбурга - опускание нижней ягодичной складки на здоровой

стороне таза при стоянии на больной конечности

- г) симптом Ларрея - боли при разведении крыльев таза
- д) симптом Вернейля - боли при сдавлении крыльев таза

99. Аддукционный перелом хирургической шейки плеча возникает:

- а) при приведении плеча
- б) при отведении плеча
- в) при нейтральном положении
- г) при сгибании плеча
- д) при любом из перечисленных положений

100. Треугольник Гютера определяется в положении:

- а) полного разгибания предплечья
- б) частичного разгибания в локтевом суставе
- в) при согнутом предплечье под углом 40°
- г) при пронированном предплечии

2. Ситуационные задачи по курсу травматологии и ортопедии

№	Ситуационная задача	Ответ
1	Пожилая полная женщина шла по обледенелому тротуару. Поскользнулась и упала, опираясь на ладонь вытянутой правой руки. Появились сильные боли в лучезапястном суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: правый лучезапястный сустав отечный, движения в нем очень болезненные и ограниченные. Отчетливо определяется "штыкообразная" деформация сустава (дистальный отломок вместе с кистью смещен к тылу). Пальпация тыльной поверхности сустава болезненна. Осевая нагрузка вызывает усиление болей в месте травмы. <u>Вопросы:</u> - Ваш диагноз? - Какие дополнительные исследования следует выполнить? - Как будет осуществлена анестезия? - Какой способ лечения следует избрать? - Как будет осуществляться иммобилизация области повреждения?	- Перелом правой лучевой кости в типичном месте. - Произвести рентгенографию правого лучезапястного сустава в двух проекциях и определить характер перелома и смещение костных отломков - перелом Коллеса (разгибательный) или Смита (сгибательный). - Необходимо выполнить местную анестезию. Для этой цели ввести 10-15 мл 1 % раствора новокаина между костными отломками. - После анестезии следует произвести закрытую ручную репозицию отломков. - На предплечье и кисть наложить две гипсовые лонгеты: с тыльной стороны - от пястно-фаланговых сочленений до локтевого сустава, и по ладонной поверхности - от дистальной ладонной складки до в/з предплечья. Лонгету фиксировать мягким бинтом к руке. Срок иммобилизации - 4-6 недель.
2	Больная М., 23 лет, упала дома со стремянки. Почувствовала редкую боль в правом коленном суставе, сустав резко "опух". Родственниками доставлена на личном автотранспорте в травматологический пункт. При осмотре: правый коленный сустав резко увеличен в объеме, в полости сустава определяется выпот (симптом "баллотирования" надколенника положительный). При пальпации	- Повреждение большеберцовой коллатеральной (внутренней боковой) связки правого коленного сустава. Гемартроз. - Транспортная лестничная шина от нижней трети голени до в/з бедра. - Пункция правого коленного сустава, удаление излившейся крови под местной анестезией 1-2% р-ром новокаина 20,0. Задняя гипсовая лонгета.

	болезненность по внутренней поверхности коленного сустава. Больная полностью разгибает сустав, сгибание возможно до угла 150 градусов, но вызывает усиление боли. Правая голень при исследовании стабильности сустава отводится от анатомической оси конечности на 20 градусов, левая - на 5 градусов. При отведении правой голени возникает резкая боль. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какова должна была бы быть транспортная иммобилизация коленного сустава? 3. Какую первую врачебную помощь необходимо оказать этой больной? 4. Какие дополнительные методы исследования показаны? 5. Какие методы лечения подобных повреждений используются в клинике?	4. Функциональные стрессовые рентгенограммы коленных суставов. 5. Иммобилизация гипсовым тутором на срок до 6 недель или оперативное лечение – восстановление поврежденной связки.
3	Ранен пулей в левое бедро. Рана умеренно кровоточит. Сразу упал, на ногу встать не может. Бедро укорочено, деформировано. Общее состояние тяжелое. Бледен. Пульс 115 в минуту, АД 80/60 мм рт.ст. Стопа теплая, кожная чувствительность сохранена. <u>Вопросы:</u> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Объем помощи на поле боя. 3. Объем помощи на МПП. 4. Объем помощи на ОМЕДБ. 5. Примите решение о дальнейшей эвакуации.	1. Диагноз: слепое пулевое ранение средней трети левого бедра, огнестрельный перелом бедренной кости; шок 2й степени. 2. Первая помощь: подкожно промедол из шприц-тюбика; асептическая повязка; иммобилизация прибинтовыванием раненого бедра к здоровой конечности; таблетированные антибиотики; вынос с поля боя. 3. В МПП: внутривенно струйно 400 мл полиглюкина с 1 мл 2% раствора промедола и 1мл 10% раствора кофеина; проводниковая новокаиновая блокада седалищного и бедренного нервов (по 30 мл 1% раствора новокаина); антибиотики в окружающие рану ткани, повязка; иммобилизация шиной Дитрикса; 0,5 столбнячного анатоксина подкожно; эвакуация на носилках. 4. В ОМЕДБ: направляется в противошоковую, комплексная терапия шока; исправление иммобилизации; окончательное выведение из шока. 5. Эвакуация в госпиталь для раненых с повреждением длинных трубчатых костей и суставов (ВПТГ): первичная

		хирургическая обработка, остеосинтез аппаратом внешней фиксации.
4	Ученик VI класса средней школы катался на лестничных перилах. При очередной попытке съехать вниз упал на разогнутую в локтевом суставе левую руку с опорой на ладонь. Предплечье при этом как бы "переразогнулось". В результате этой травмы появились сильные боли в локтевом суставе. Обратился за помощью в травматологический пункт. Объективно: левый локтевой сустав увеличен в объеме, деформирован, локтевая ямка сглажена. При осторожном ощупывании сзади выступает локтевой отросток. Ось плеча смещена вперед. Рука находится в вынужденном полуразогнутом положении. Пострадавший придерживает ее здоровой рукой. Активные движения в локтевом суставе невозможны. При попытке пассивных движений ощущается пружинящее сопротивление. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какие из перечисленных симптомов абсолютные для данного повреждения? 4. Каким способом будет осуществляться лечение повреждения? 5. Как будет осуществляться иммобилизация локтевого сустава?	1. Задний вывих костей левого предплечья. 2. Для подтверждения диагноза необходимо сделать рентгенографию левого локтевого сустава. 3. Абсолютным симптомом являются и пружинящее сопротивление в суставе при попытке пассивных движений. 4. Больному следует произвести закрытое вправление вывиха костей предплечья. Для этого у верхушки локтевого отростка сделать «лимонную корочку, а затем иглу ввести в полость сустава под локтевой отросток до появления в шприце крови. В полость сустава ввести 30 мл 1 % раствора новокаина. После наступления анестезии произвести вправление. Руку пострадавшего кладут на приставной столик, немного согнув в локтевом суставе. Травматолог охватывает кистями обеих рук нижнюю треть плеча пострадавшего, а большими пальцами упирается в локтевой отросток. Помощник осуществляет тягу предплечья за кисть больного. Постепенно тягу усиливают, а хирург усиливает давление на локтевой отросток большими пальцами, он как бы сдвигает предплечье вперед, а плечевую кость назад. По мере продвижения локтевого отростка руку медленно сгибают в локтевом суставе. В какой-то момент слышится легкий щелчок - произошло вправление. Движения в суставе становятся свободными. 5. После вправления следует наложить гипсовую лонгету по задней поверхности руки от лучезапястного сустава до верхней трети плеча. Сделать контрольную рентгенографию. Срок иммобилизации — 2-3 недели. После снятия гипс. повязки приступить к восстановлению движений в суставе.
5	Молодой человек, защищаясь от удара палкой, поднял над головой левую руку,	1. Перелом верхней трети локтевой кости с вывихом головки лучевой

	согнутую в локтевом суставе. Удар пришелся по верхней трети предплечья. Появились сильные боли в месте травмы. Предплечье согнуто в локтевом суставе, в верхней трети деформировано, имеется западение со стороны локтевой кости и выпячивание по передней поверхности предплечья. Пострадавший обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левого локтевого сустава прощупывается головка лучевой кости. Пальпация деформированной области резко болезненна. Поврежденное предплечье несколько укорочено. Активные и пассивные движения предплечья резко ограничены и болезненны. Чувствительность кисти и предплечья не нарушена. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова разновидность данного повреждения в зависимости от направления смещения фрагментов? 4. Какова тактика лечения? 5. Как следует произвести иммобилизацию предплечья?	кости левого предплечья (переломовывих костей предплечья Монтеджиа). 2. Сделать рентгенографию левого локтевого сустава в двух проекциях. 3. Разгибательный. 4. Вправить вывихнутую головку лучевой кости и сопоставить отломки локтевой кости. Предварительно осуществить местную анестезию 2 % раствором новокаина. Анестетик ввести в область перелома и вывиха. Затем произвести репозицию ручным способом или с помощью аппарата. Руку пациента согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Первый помощник осуществляет тягу за кисть, а второй - противотягу за плечо. Предплечье находится в положении полной супинации. Сначала необходимо вправить вывих, а затем сопоставить костные отломки. 5. После завершения репозиции наложить циркулярную гипсовую повязку от основания пальцев до верхней трети плеча. Локтевой сустав находится под углом 60°. В таком положении руку удерживают 4-5 недель, а затем гипсовую повязку снять, конечность разогнуть до прямого угла, предплечью придать среднее положение между супинацией и пронацией и снова загипсовать на 4-5 недель. В случае неэффективности консервативного метода вправления показано оперативное лечение.
6	Ранен осколком снаряда в живот. Через рану выпали петли тонкой кишки. Состояние тяжелое. Бледен. Пульс 124 в минуту, слабого наполнения. Язык сухой. Повторная рвота. Брюшная стенка напряжена. Выраженные симптомы раздражения брюшины и резкая болезненность. АД 60/30 мм. рт. ст. <u>Вопросы:</u> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Объем помощи на поле боя. 3. Перечислите объем помощи в МПП. 4. Объем оперативного вмешательства в ОМЕДБ.	1. Диагноз: слепое осколочное проникающее ранение живота с повреждением полых органов и эвентрацией кишечника; шок 3 степени. 2. Первая помощь: подкожно промедол из шприц-тюбика; повязка на выпавшие внутренности с помощью нескольких перевязочных пакетов или противоожоговая повязка (внутренности не вправлять!) срочный вынос в положении лежа на носилках. 3. В МПП: внутримышечно 2 мл 2% раствора промедола, 1 мл 10%

	5. Примите решение о дальнейшей эвакуации.	раствора кофеина, антибиотики; двусторонняя поясничная блокада; замена повязки на большую, покрывающую все выпавшие кишки, 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно, внутривенно струйно 400 мл полиглюкина; эвакуация в первую очередь в положении лежа на носилках. 4. В ОМЕДБ: комплексная терапия шока, в операционной – лапаротомия; промывание выпавших внутренностей изотоническим раствором натрия хлорида, ушивание ран кишечника, дренирование брюшной полости для проточного промывания, назогастроинтестинальная интубация для дренирования кишечника в послеоперационном периоде; временная госпитализация; 5. Эвакуация через 4-6 суток в госпиталь для раненых в грудь, живот, таз.
	Больной Д., 30л. доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение. Со слов больного: в момент аварии находился в автомобиле рядом с водителем, ударился правой ногой. При поступлении жалобы на боль в правом тазобедренном суставе, не может двигать правой ногой. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодный липкий пот. АД- 100/70, пульс- 112/мин., ЧДД- 16/мин. В сознании, контактен, несколько заторможен, сознания не теряет. Очаговой неврологической симптоматики нет. Местный статус: правая нога незначительно приведена, легкое сгибание в тазобедренном и коленном суставах. Ротация ноги внутрь. Укорочение ноги на 3 см, активные и пассивные движения отсутствуют. Ягодичная область на стороне повреждения имеет несколько большую округлость. Нарушения иннервации и кровообращения в дистальных отделах конечности нет. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. С чего будет начато лечение при поступлении больного в стационар?	1. Задне-верхний /подвздошный/ вывих правого бедра. Шок 1 ст. 2. Проведение противошоковой терапии. Рентгенография т/бедренного сустава. 3. Больной направляется в операционную, где будет произведено закрытое вправление вывиха бедра и наложение скелетного вытяжения грузом 3 кг для разгрузки т/б сустава. 4. Вправление производится под наркозом. Технология – по Кохеру. 5. Имеется опасность развития асептического некроза головки бедренной кости вследствие нарушения ее кровообращения.

	3. Какие манипуляции будут выполнены больному при поступлении? 4. Метод анестезии при выполнении манипуляций? 5. Возникновение каких осложнений можно ожидать в последствии?	
8	Больной 23 лет обратился в хирургический кабинет поликлиники с жалобами на боли в правом коленном суставе, периодически наступающее "заклинивание" сустава. Болен около двух лет, когда получил травму сустава при игре в футбол. К врачу не обращался, лечился домашними средствами (растирания, компрессы). Периодически носил наколенник. За четыре дня до обращения, выходя из автомашины, подвернул ногу, вновь почувствовал боль в коленном суставе, не мог разогнуть ногу, затем при каком-то движении "сустав встал на место". При осмотре: коленный сустав фиксирован наколенником. По снятии наколенника отмечается сглаженность контуров сустава, атрофия мышц правого бедра. В полости сустава определяется небольшой выпот (надколенник "баллотирует"). Положительные симптомы Чаклина, "ладони", Байкова, Мак-Маррея. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. В чем заключаются перечисленные выше симптомы повреждения коленного сустава? 3. Знаете ли вы какие-либо еще симптомы характерные для этого повреждения? 4. Какие дополнительные методы исследования необходимы и возможны? 5. Какова лечебная тактика?	1. Повреждение внутреннего мениска правого коленного сустава. Синовит. 2. Симптом Чаклина – гипотрофия внутренней головки 4-х главой мышцы бедра, симптом «ладони» - сгибательная контрактура коленного сустава (при разгибании сустава между суставом и плоскостью постели проходит ладонь); симптом Байкова – при надавливании на область суставной щели боли усиливаются при разгибании колена; симптом Мак-Маррея – усиление боли при внутренней ротации голени. 3. Дополнительные симптомы: симптом «лестницы», симптом Турнера, симптом «крик мениска». 4. Рентгенография в 2-х проекциях, артроскопия коленного сустава. 5. Операция менискэктомия.
9	Больной, 47 лет, поступил в ортопедическое отделение с жалобами на боль в левом коленном суставе. Со слов больного, страдает болями в течение 4 лет. Отмечает, что боли в суставе связаны с физической нагрузкой. Часто бывает утром при вставании с постели и вечером в конце рабочего дня. В покое боли в суставе проходят. Больной работает токарем и целый день стоит на ногах. Последние 1.5 года боли стали более интенсивными и, кроме этого, периодически стал отекает сустав.	1. Деформирующий артроз левого коленного сустава 2 ст. 2. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, препаратов, улучшающих метаболизм хряща и окружающих тканей, улучшающих кровообращение в тканях. 3. Внутрисуставное введение алфлутопа, артепарона, синвиска, ферматрона, обладающих противовоспалительным, трофическим и регенеративным действием. Противовоспалительные

	При осмотре: варусная деформация левой нижней конечности на уровне коленного сустава под углом 160°, левый коленный сустав увеличен в объеме, движения в нем незначительно ограничены. На рентгенограммах: сужение щели коленного сустава, незначительный склероз замыкательных пластин, краевые костные разрастания. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. План общей медикаментозной терапии заболевания? 3. Местная терапия заболевания? 4. Прогноз заболевания? 5. Какие методы оперативного лечения возможны в случае прогрессирования заболевания?	мази. Физиолечение. Массаж. ЛФК. Разгрузка сустава. 4. Заболевание имеет склонность к постепенному прогрессированию и поэтому требует повторяющихся курсов лечения. 5. Корректирующие остеотомии, в перспективе - эндопротезирование сустава, артродез.
10	Больной Т., 69 лет, упал в метро на ступеньках эскалатора, ударился левым коленным суставом о край ступени. Почувствовал редкую боль в суставе. Обратился к сотрудникам метрополитена, которые вызвали "скорую помощь". При поступлении в приемное отделение больницы: конечность фиксирована транспортной шиной от пальцев стопы до в/з бедра. По снятии шины - на передней поверхности в области надколенника поверхностная кожная ссадина, сустав резко увеличен в объеме. При пальпации в полости сустава определяется выпот, а в области надколенника - диастаз. Пострадавший в состоянии активно согнуть коленный сустав до угла 160 градусов, однако активное разгибание конечности в этом суставе невозможно. Пальпация и активные движения усиливают болевые ощущения. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш предполагаемый диагноз? 2. Правильно ли произведена транспортная иммобилизация? 3. Какие дополнительные методы исследования необходимы? 4. В чем состоит оказание первой врачебной помощи? 5. Каковы методы лечения этого повреждения.	1. Перелом левого надколенника со смещением отломков. 2. Правильно. 3. Рентгенограмма левого коленного сустава в 2 проекциях. 4. Пункция сустава под местной анестезией, удаление крови из полости сустава, введение в сустав 20 мл 1-2% р-ра новокаина, задняя гипсовая лонгета от голеностопного сустава до в/з бедра. 5. Оперативное лечение – остеосинтез надколенника.
11	Больной Д., 23 лет, сбит легковой автомашиной на проезжей части улицы вне пешеходного перехода. Прохожими	1. Открытый перелом костей голени 2Б типа. Травматический шок 1-2 ст.

	вызвана "скорая помощь", которая доставила пострадавшего через 40 мин. после травмы в приемное отделение городской больницы. При поступлении: бледность кожных покровов, в сознании, ретроградной амнезии нет, ПУЛЬС 100 уд. в мин. удовлетворительного наполнения. АД 100/60 мм рт. ст. Левая нижняя конечность фиксирована транспортной шиной от пальцев стопы до в/з голени. В н/з голени марлевая повязка обильно промокла кровью. Пальцы стопы теплые, обычной окраски активные движения невозможны из-за боли. По снятии повязки на передней поверхности голени рваная рана размерами 3х5 см с осадненными краями. Голень деформирована на границе средней и нижней трети под углом, открытым кнутри и кпереди. Пульс на артериях стопы определяется четко. Чувствительность не нарушена. Кровотечение из раны на голени небольшое. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Правильно ли наложена транспортная шина? 3. Какие еще манипуляции следовало бы сделать сотрудникам "скорой помощи"? 4. Ваши действия при поступлении пострадавшего? 5. Какова лечебная тактика при подобных повреждениях?	2. Неправильно. Надо иммобилизовать коленный сустав. 3. Больному было необходимо пунктировать вену, переливать противошоковые жидкости. 4. Немедленно начать борьбу с шоком, исправить иммобилизацию, наложить давящую повязку. ПХО раны, наружный чрескостный остеосинтез
12	Юноша упал с высоты около 3 м. Основная сила удара пришлась на левую ногу. Самостоятельно подняться не мог. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре левое бедро припухшее, деформировано, ось его искривлена. Ощупывание места травмы болезненно. Появилась патологическая подвижность в средней трети бедра. Не может поднять левую ногу. Чувствительность и двигательная функция стопы сохранены в полном объеме. Пульс на периферических артериях сохранен. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 2. Как будет произведена анестезия? 3. Что следует выполнить после анестезии? 4. Какова тактика лечения?	1. Перелом левого бедра в средней трети. Сделать рентгенографию левого бедра. 2. Произвести анестезию места перелома 30 мл 1% раствора новокаина. 3. Наложить скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости. Уложить ногу на шину Белера. 4. После подготовки больному произвести оперативное вмешательство - остеосинтез бедренной кости. 5. 3-4 мес.

	5. Сроки сращения перелома?	
13	Больной Д., 23 лет, сбит легковой автомашиной на проезжей части улицы вне пешеходного перехода. Прохожими вызвана "скорая помощь", которая доставила пострадавшего через 40 мин. после травмы в приемное отделение городской больницы. При поступлении: бледность кожных покровов, в сознании, ретроградной амнезии нет, ПУЛЬС 100 уд. в мин. удовлетворительного наполнения. АД 100/60 мм рт. ст. Левая нижняя конечность фиксирована транспортной шиной от пальцев стопы до в/з голени. В н/з голени марлевая повязка обильно промокла кровью. Пальцы стопы теплые, обычной окраски активные движения невозможны из-за боли. По снятии повязки на передней поверхности голени рваная рана размерами 3х5 см с осадненными краями. Голень деформирована на границе средней и нижней трети под углом, открытым внутри и спереди. Пульс на артериях стопы определяется четко. Чувствительность не нарушена. Кровотечение из раны на голени небольшое. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Правильно ли наложена транспортная шина? 3. Какие еще манипуляции следовало бы сделать сотрудникам "скорой помощи"? 4. Ваши действия при поступлении пострадавшего? 5. Какова лечебная тактика при подобных повреждениях?	1. Открытый перелом костей голени 2Б типа. Травматический шок 1-2 ст. 2. Неправильно. Надо иммобилизовать коленный сустав. 3. Больному было необходимо пунктировать вену, переливать противошоковые жидкости. 4. Немедленно начать борьбу с шоком, исправить иммобилизацию, наложить давящую повязку. 5. ПХО раны, наружный чрескостный остеосинтез.
14	Больной Ж. 37 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на резкие боли в правой половине таза. Со слов больного, за 40 минут до поступления был сбит автомашиной, получил удар в область правой половины таза. Сознание не терял. При осмотре выявлено: в области крыла правой подвздошной кости имеется обширная подкожная гематома, резкая болезненность при пальпации лонной и седалищной костей, а также в области крыла подвздошной кости справа. Правая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и несколько ротирована к наружи.	1. Перелом костей таза типа Мальгенья. 2. Переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца. 3. Внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову. 4. Осторожное сдавливание крыльев подвздошных костей навстречу друг другу (симптом Вернейля) или их разведение (симптом Ларрея) усиливают болевые ощущения. 5. Проведение внутритазовой блокады по Школьникову. Наложение скелетного вытяжения за

	При измерении длины правой ноги абсолютного укорочения не определяется, однако при измерении длины от мечевидного отростка имеется относительное укорочение на 2,5 см. Положительны симптом Ларрея и симптом Вернейля. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. К какой группе переломов костей таза относится данное повреждение? 3. Какая анестезия выполняется при данном повреждении? 4. В чем заключаются симптомы Ларрея и Вернейля? 5. Ваша тактика лечения ?	надмышцелковую область бедренной кости. В специализированном отделении – остеосинтез костей таза аппаратом внешней фиксации.
15	Пожилой мужчина упал на правый бок с высоты около 3 м. Максимальный удар пришелся на большой вертел правой бедренной кости. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. Беспокоит боль в правом тазобедренном суставе. Двигательная функция сустава значительно ограничена. Нога находится в вынужденном положении: бедро согнуто и ротировано внутрь. Нагрузка по оси бедра болезненна. Большой вертел вдавлен внутрь, постукивание по нему вызывает боль. В паховой области справа определяется гематома. <u>Вопросы:</u> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика лечения? 4. Длительность разгрузки конечности с помощью костылей? 5. Какие осложнения возможны в отдаленном периоде после травмы?	1. Перелом левой вертлужной впадины с центральным вывихом бедра. 2. Сделать обзорную рентгенографию костей таза. 3. Осуществить местную анестезию перелома. Ввести в тазобедренный сустав 20 мл 2 % раствора новокаина. Установить скелетное вытяжение с системой двух тяг. Одно вытяжение — по оси бедра, спицы провести через мыщелки бедра. Другое вытяжение осуществить за большой вертел, тяга должна быть направлена по оси шейки бедра, чтобы извлечь головку бедра из полости малого таза. Срок вытяжения — 4-6 недель. 4. Разгрузка конечности с помощью костылей до 4 мес. Этот внутрисуставной перелом нуждается в раннем функциональном лечении, чтобы избежать контрактуры. После стихания болей через 3-4 дня начать лечебную физкультуру и физиотерапию. 5. В отдаленном периоде после травмы возможно развитие асептического некроза головки бедренной кости и деформирующего артроза т/б сустава.

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

Кафедра травматологии и ортопедии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор

по образовательной деятельности

и молодежной политике

Бородулина Т.В.



«20» мая 2022 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

**ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ,
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ
РЕВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ**

Научная специальность: 3.1.8 Травматология и ортопедия

**Екатеринбург
2022 г**

Фонд оценочных средств по дисциплине «Избранные вопросы детской травматологии, эндопротезирования и организации ревматолог-ортопедической службы» разработан сотрудниками кафедры травматологии и ортопедии д.м.н., зав. кафедрой Волокитиной Е.А, к.м.н., доцентом Демидовым В.А., и составлен в соответствии с ФГОС ВО по направлению 31.06.01 – Клиническая медицина, утвержденным приказом Минобрнауки России № 1200 от 03.09.2014 г. (в ред. Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.04.2015 № 464);

Программа разработана:

№	ФИО	должность	уч.звание	уч. степень
1	Волокитина Елена Александровна	Заведующий кафедрой	Доцент	д.м.н.
2	Демидов Виктор Александрович	Доцент кафедры	-	к.м.н.

Рецензенты:

- Лукин Станислав Юрьевич, к.м.н, главный внештатный травматолог – ортопед г. Екатеринбурга, главный врач МАУ №36 «Травматологическая».
- Сергеев Константин Сергеевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии с курсом детской травматологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Обсуждена и одобрена методической комиссией специальностей аспирантуры (протокол № 3 от 02 февраля 2022 г).

Форма аттестации по окончании дисциплины – зачет.

Перечень вопросов для зачета:

- 1) Современные тенденции здоровья населения в России и Свердловской области.
- 2) Организация первичной медико-санитарной помощи и специализированной населению при травмах и заболеваниях опорно-двигательной системы.
- 3) Организация неотложной помощи в поликлинике.
- 4) Организация диспансеризации различных контингентов населения.
- 5) Организация специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в травматологии и ортопедии.
- 6) Межрайонные (межмуниципальные) специализированные центры медицинской помощи.
- 7) Трехуровневая система оказания медицинской помощи при автодорожной травме. Маршрутизация пациентов.
- 8) Организация медицинской экспертизы трудоспособности. Врачебная экспертиза временной нетрудоспособности.
- 9) Права и обязанности лечащих врачей, заведующих отделениями, главных врачей и их заместителей по врачебно-трудовой экспертизе.
- 10) Врачебная комиссия, ее состав, функции.
- 11) Направления государственной политики в сфере охраны здоровья граждан. Государственная программа «Развитие здравоохранения».
- 12) Современное законодательство РФ об основах охраны здоровья граждан. Понятие охраны здоровья граждан в Российской Федерации, основные принципы.
- 13) Системы здравоохранения в РФ (государственная, муниципальная, частная).
- 14) Права и обязанности граждан в области охраны здоровья, право выбора врача, медицинской организации, страховой медицинской организации.
- 15) Виды, условия, формы оказания медицинской помощи.
- 16) Правовые основы медицинского страхования граждан в РФ. Основные положения Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ».
- 17) Виды, принципы медицинского страхования.
- 18) Организация обязательного медицинского страхования: субъекты и участники, их права и обязанности. Базовая и территориальные программы обязательного медицинского страхования.
- 19) Добровольное медицинское страхование, источники финансирования.
- 20) Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, принципы формирования.
- 21) Цели, функции, процесс и методы управления. Принципы управления в современных концепциях менеджмента.
- 22) Особенности управления в медицинских организациях.
- 23) Функции управления: анализ, прогнозирование, планирование, организация, мотивация, контроль. Уровни управления.
- 24) Решение, принятие решения в управлении медицинской организацией. Факторы, влияющие на принятие управленческих решений.

- 25) Порядки и стандарты оказания медицинской помощи населению.
- 26) Организация надзора и контроля за обеспечением качества в здравоохранении.
- 27) Виды контроля качества медицинской помощи.
- 28) Критерии оценки качества медицинской помощи.
- 29) Организация экспертизы качества медицинской помощи в системе здравоохранения и медицинского страхования.

Примеры тестового контроля и вопросов для самопроверки

005. При легком сгибании в тазобедренном суставе в норме вертушка большого вертела расположена на линии:

- а) Гютера
- б) Маркса
- в) Розер-Нелатона
- г) Омбредана-Перкинса
- д) Шентона

73. Шеечно-диафизарный угол в норме у детей составляет:

- а) 120°
- б) 125-130°
- в) 131-140°
- г) 141-150°
- д) 155°

74. В норме у детей имеется:

- а) антеверсия шейки бедра
- б) ретроверсия шейки бедра
- в) шейка бедра расположена в строго фронтальной плоскости

076. При асептическом некрозе головки бедра показано:

- а) тотальное эндопротезирование
- б) однополюсное эндопротезирование
- в) остеотомия типа Мак-Маррея

106. У больной 14 лет двусторонний первичный коксартроз, синдром "связанных ног". Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

- а) резекция головок обеих тазобедренных суставов
- б) подвартельные остеотомии типа Мак-Маррея
- в) эндопротезирование суставов
- г) артродез суставов
- д) аддуктотомия по Фоссу

072. Какая из перечисленных операций наиболее рациональна при врожденной варусной деформации шейки бедренной кости?

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

74. 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

75. 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

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

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

105. У больного 15 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 Къяри
- в) Подвертельная двойная вальгазирующе-медиализирующая остеотомия бедренной кости типа Шанца-Илизарова
- г) подвертельная остеотомия по Мак-Маррею

115. Больной ребенок 14 лет страдает ревматоидным артритом, особенно выражены боли, контрактура и деформация правого коленного сустава. Выражены признаки выпота в сустав. Наступать на правую ногу из-за ее неопороспособности и болей невозможно. Какие методы местного лечения наиболее целесообразны?

- а) пункция сустава с введением гормонов
- б) артродез
- в) синовкапсулэктомия
- г) иммобилизация гипсовой повязкой

135. При ревматизме отмечается следующий характер поражения суставов:

- а) боли локализируются в мелких суставах
- б) постоянные боли в крупных суставах

- в) боли в грудном отделе позвоночника.
 - г) боли носят "летучий характер" и локализуются преимущественно в крупных суставах
 - д) боли в крестцово-подвздошном сочленении
137. При деформирующем артрозе страдают чаще:
- а) мелкие суставы верхних конечностей
 - б) мелкие суставы нижних конечностей
 - в) крупные суставы верхних конечностей
 - г) крупные суставы нижних конечностей
138. Наименее характерным при деформирующем артрозе являются:
- а) рентгенологические изменения
 - б) повышение СОЭ
 - в) боль при движении
 - г) контрактуры
 - д) хруст в суставах при движении
140. Гнойный артрит начинается и протекает:
- а) хронически
 - б) остро
 - в) с ремиссиями
 - г) подостро с субфебрильной температурой

Вопросы для самопроверки

1. Систематизация имплантационных систем тазобедренного сустава.
2. Систематизация имплантационных систем коленного сустава.
3. Показания к эндопротезированию тазобедренного сустава
4. Показания к эндопротезированию коленного сустава
5. Противопоказания к эндопротезированию крупных суставов
6. Алгоритм предоперационного проектирования имплантации тазобедренного сустава.
7. Алгоритм предоперационного проектирования имплантации тазобедренного сустава
8. Методика бесцементной имплантации тазобедренного сустава.
9. Методика цементной имплантации тазобедренного сустава
10. Систематизация костных цементов, правила работы с костным цементом.
11. Профилактика тромбоэмболии при операциях эндопротезирования.
12. Реабилитация больных после эндопротезирования тазобедренного и коленного сустава.
13. Метод двойного санационного эндопротезирования при гнойных осложнениях.
14. Ревизионное эндопротезирование, технология, технические особенности, показания.

Ситуационные задачи

1. При поступлении пациент 47 лет жалуется на сильные боли в обоих тазобедренных суставах, ограничение движений, хромоту, укорочение правой нижней конечности. При осмотре выявлено, что правый тазобедренный сустав фиксирован в положении приведения 60° , сгибания 150° , движения качательные. При проверке движений в левом тазобедренном суставе выявлено неполное разгибание (160°) и фиксированная наружная ротация (15°). Предположительный диагноз и Ваша тактика?

2. У больного через 1, 5 месяца после операции эндопротезирования тазобедренного сустава открылся свищ в области послеоперационного рубца с гнойно-серозным отделяемым. Ваша тактика?

3. Через 7 лет после эндопротезирования тазобедренного сустава больной стал жаловаться на боли в области сустава, усиливающиеся при начале нагрузки, рентгенологически просветления в зонах 1, 2, 3 по Чанли. Предположительный диагноз и Ваша тактика?

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

Кафедра травматологии и ортопедии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор

по образовательной деятельности

и молодежной политике

Бородулина Т.В.



«20» мая 2022 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Хирургия кисти

Специальность: 3.1.8 Травматология и ортопедия

**Екатеринбург
2022 г**

Фонд оценочных средств по дисциплине «Хирургия кисти» разработан сотрудниками кафедры травматологии и ортопедии д.м.н., зав. кафедрой Волокитиной Е.А., д.м.н., доцентом Антониади Ю.В. и составлен в соответствии с ФГОС ВО по направлению 31.06.01 – Клиническая медицина, утвержденным приказом Минобрнауки России № 1200 от 03.09.2014 г. (в ред. Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.04.2015 № 464);

Фонд оценочных средств разработан:

№	ФИО	должность	уч.звание	уч. степень
1	Волокитина Елена Александровна	Заведующий кафедрой	Доцент	д.м.н.
2	Антониади Юрий Валерьевич	Доцент кафедры	-	д.м.н.

Рецензенты:

- Лукин Станислав Юрьевич, к.м.н, главный внештатный травматолог – ортопед г. Екатеринбурга, главный врач МАУ №36 «Травматологическая».

- Сергеев Константин Сергеевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии с курсом детской травматологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен методической комиссией специальностей аспирантуры 02 февраля 2022 года (протокол № 3).

Тестовые задания для аспирантов по дисциплине «Хирургия кисти»

Вариант 1.

1. Основные виды захватов кисти:

- а) лучевой
- б) щипковый
- в) кистевой
- г) плоскостной
- д) межпальцевой

2. Клиника свежего повреждения локтевого нерва на уровне нижней трети предплечья:

- а) нарушение отведения V пальца
- б) анестезия IV и V пальцев
- в) “Когтистая лапа”
- г) атрофия I межпальцевого промежутка
- д) нарушение разведения пальцев.

3. Тактика при свежем повреждении обоих сухожилий сгибателей во II зоне:

- а) зашить рану, ранняя тендопластика сухожилий
- б) чрезкостный шов сухожилий
- в) первичный шов глубокого сгибателя и удаление поверхностного сгибателя
- г) одномоментное восстановление всех сухожилий
- д) погружной шов сухожилий с фиксацией поверхностного сгибателя

4. При многокомпонентных повреждениях кисти производят:

- а) остеосинтез костей
- б) аллопластику сухожилий
- в) шов нервов, сухожилий
- г) кожная пластика
- д) редрессацию сустава

5. В лечении контрактуры Дюпюитрена II степени в качестве самостоятельных способов используются:

- а) пластика сухожилий сгибателей
- б) транспозиция разгибателей
- в) субтотальная резекция ладонного апоневроза
- г) апоневротомия

д) одномоментное разгибание суставов с последующей гипсовой иммобилизацией.

6. Клиника застарелого повреждения срединного нерва:

- а) нарушение разгибания I пальца кисти
- б) нарушение противопоставления I пальца кисти
- в) Нарушение иннервации по тыльной стороне I, II, III пальцев кисти
- г) симптом «руки акушера»
- д) гиперкератоз кожи

7. При лечении застарелых повреждений сухожилий сгибателей применяют: а) первичный шов сухожилий:

- б) тендопластику
 - в) транспозицию сухожилий
 - г) тенодез
 - д) удлинение сухожилий Z-образной пластикой
8. Из перечисленных видов обезболивания при операциях на кисти и пальцах нерационально использовать:
- а) местную анестезию
 - б) проводниковую анестезию
 - в) новокаиновую блокаду плечевого сплетения
 - г) внутрикостную новокаиновую блокаду со жгутом
 - д) футлярную блокаду на уровне предплечья
9. Из предложенных методов оперативного и консервативного лечения многооскольчатых переломов плюсневых костей не следует использовать:
- а) создание костного синостоза с соседними неповрежденными плюсневыми костями
 - б) скелетное вытяжение
 - в) остеосинтез спицами
 - г) внеочаговый остеосинтез аппаратом
 - д) остеосинтез стержнем
10. Из перечисленных видов швов сухожилий сгибателей пальцев кисти в области сухожильных влагалищ используются все перечисленные, кроме:
- а) по Кюнео
 - б) по Розову
 - в) по Долецкому – Пугачеву
 - г) по Усольцевой
 - д) по Беннелю
11. К симптомам повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца относятся:
- а) отсутствие пассивного сгибания дистальной фаланги
 - б) когтеобразная деформация пальца
 - в) S-образная деформация пальца
 - г) отсутствие активного сгибания дистальной фаланги
 - д) резкая боль
12. Для повреждения лучевого нерва на уровне нижней трети предплечья характерно:
- а) нарушение отведения I пальца
 - б) анестезия тыльной стороны I, II, III пальцев кисти
 - в) нарушение сжатия кисти в кулак
 - г) атрофия межкостных и червеобразных мышц
 - д) анестезия мизинца и области гипотенара
13. При подкожном разрыве сухожилий разгибателей в первые сутки применяют:
- а) первичный шов
 - б) фиксацию гипсовой повязкой в течение 2 недель
 - в) тенодез сухожилия разгибателя

- г) первичную тендопластику
- д) иммобилизацию гипсом в положении переразгибания в течение 1,5 месяцев

14. Для восстановления функции поврежденного сухожилия сгибателя во второй зоне необходимыми условиями являются:

- а) наличие кровоснабжения сухожилия в зоне повреждения;
- б) целостность синовиального влагалища;
- в) наличие кровоснабжения сухожилия в зоне повреждения и целостность синовиального влагалища;
- г) повреждение связок A5
- д) ничего из вышеперечисленного.

15. В сгибании межфаланговых суставов пальца участвуют следующие мышцы, за исключением:

- а) червеобразных;
- б) поверхностного сгибателя пальца;
- в) межкостных мышц;
- г) глубокого сгибателя пальца;
- д) собственной ладонной мышцы.

16. Наиболее важными для предупреждения провисания сухожилий сгибателей являются связки:

- а) A1, A2, A3, A4, A5
- б) A2, A3, A4
- в) A2 и A4
- г) A1, A3, A5
- д) A1, A5

17. Зона Три сухожилий сгибателей ограничена проксимально:

- а) дистальным краем карпальной связки;
- б) проксимальным краем карпальной связки;
- в) проксимальным краем связки A1 фиброзного влагалища
- г) проксимальным краем связки A2
- д) ничего из вышеперечисленного

18. Сухожилие поверхностного сгибателя располагается кпереди от сухожилия глубокого сгибателя примерно до уровня:

- а) проксимального межфалангового сустава
- б) до середины средней фаланги
- в) места прикрепления червеобразной мышцы
- г) места прикрепления межкостной мышцы
- д) ничего из вышеперечисленного

19. Необходимыми условиями для успеха операции тенолиза являются следующие, кроме:

- а) отсутствия контрактур суставов пальца
- б) хорошей сократимости мышц сгибателей пальцев
- в) целостности кольцевидных связок A2 и A4
- г) нормальной чувствительности кожи пальца
- д) нормального скелета пальца

20. Шов сухожилия сгибателя противопоказан при определенных условиях, кроме:

- а) повреждения обоих сосудисто-нервных пучков пальца
- б) дистального конца глубокого сгибателя длиной менее 1 см
- в) разрушения фиброзного влагалища пальца
- г) обширное загрязнение раны
- д) ничего из вышеперечисленного

21. Двухэтапная пластика сухожилия показана в определенных случаях, кроме:

- а) целости сухожильного влагалища
- б) дефекта сухожилия сгибателя на нескольких уровнях
- в) дефекте сухожилия сгибателя во второй зоне
- г) дефекте сухожилия в третьей зоне
- д) ничего из вышеперечисленного

22. Изолированное сгибание в пястно-фаланговом суставе осуществляется за счет:

- а) сухожилия глубокого сгибателя
- б) сухожилия поверхностного сгибателя
- в) межкостных и червеобразных мышц кисти
- г) мышц тенара
- д) мышц гипотенара

23. Для повреждения локтевого нерва в нижней трети предплечья характерно:

- а) нарушение приведения 5 пальца
- б) трофические нарушения
- в) сгибательная контрактура 4-5 пальцев
- г) атрофия мышц тенара
- д) дефицит сгибания пальцев

24. При застарелом повреждении сухожилия сгибателя проводят:

- а) первичный шов
- б) тендопластику
- в) артродез в функционально выгодном положении
- г) поздний вторичный шов
- д) транспозицию сухожилия поверхностного сгибателя

25. При контрактуре Дюпюитрена 3 степени больному молодого возраста выполняют:

- а) апоневротомию
- б) субтотальную резекцию ладонного апоневроза
- в) иссечение кольцевидной связки
- г) этапное выведение гипсовыми повязками, физиолечение
- д) удлинение сухожилия глубокого сгибателя

26. Костная аутопластика на кисти проводится при:

- а) многооскольчатом переломе
- б) дефекте кости
- в) замедленном сращении
- г) ложном суставе
- д) внутрисуставном переломе

27. Какие виды кожной пластики применяются для замещения свежих травматических дефектов кожного покрова кисти и пальцев:

- а) несвободными эпидермальными лоскутами
- б) свободными эпидермальными лоскутами
- в) расщепленными лоскутами на сосудистой ножке
- г) полнослойными лоскутами на сосудистой ножке
- д) свободными кожно-подкожными лоскутами

28. Какие виды кожной пластики применяются для замещения рубцовых деформаций кожного покрова кисти и пальцев применяются:

- а) свободная пересадка полнослойным лоскутом
- б) свободная пересадка расщепленным лоскутом
- в) несвободная пересадка эпидермального лоскута
- г) несвободная пересадка кожно-подкожного лоскута
- д) свободная пересадка кожно-подкожного лоскута на сосудистой ножке

29. Свободная кожная пластика предполагает:

- а) пересадку свободных кожных лоскутов из близлежащих донорских участков
- б) пересадку перемещенным лоскутом
- в) пересадку из отдаленных донорских участков тела
- г) пересадку расщепленным лоскутом
- д) пересадку «утильных» лоскутов по Красовитову

30. К недостаткам эпидермальных лоскутов относятся:

- а) замедление грануляции ран
- б) длительное приживание лоскутов
- в) плотное срастание с подлежащими тканями
- г) неподвижность лоскутов
- д) подверженность келоидному перерождению

31. К недостаткам лоскутов на сосудистой ножке относятся:

- а) плотное срастание с подлежащими тканями
- б) длительное приживание лоскутов
- в) невозможность пересадки на опорные и подвижные поверхности суставов
- г) низкая жизнеспособность лоскутов
- д) низкий косметический эффект

32. Нормальная ось верхней конечности проходит через:

- а) хирургическую шейку плечевой кости, первый палец
- б) центр головки плечевой кости, головку лучевой, головку локтевой
- в) большой бугор плечевой кости, локтевую ямку, второй палец
- г) внутренний край плечевой кости, локтевой отросток, пятый палец
- д) малый бугор плечевой кости, дно кубитальной ямки, четвертый палец

33. Для костного анкилоза межфалангового сустава характерно:

- а) боль при движении в суставе
- б) наличие качательных движений с амплитудой 5-7°
- в) избыточная подвижность в суставе
- г) полная неподвижность в суставе
- д) ограничение движений в суставе

34. Для ригидного пястнофалангового сустава характерно:

- а). боль при движении в суставе
 - б) наличие качательных движений с амплитудой 5-7°
 - в) избыточная подвижность в суставе
 - г) полная неподвижность в суставе
 - д) контрактура в суставе
35. Достоверными симптомами вывиха пальца являются:
- а) абсолютное укорочение сегмента
 - б) пружинистая фиксация
 - в) боль, отёк, кровоизлияние
 - г) патологическая подвижность
 - д) ограничение ротации конечности
36. Консервативное лечение вывихов пальцев кисти показано при:
- а) застарелых вывихах костей
 - б) при ущемлении в суставах костных и мягкотканых образований
 - в) сдавлении сосудисто-нервного пучка
 - г) при свежих вывихах
 - д) при открытом вывихе с переломом
37. Для клиники разрыва внутренней коллатеральной связки пястнофалангового сустава 1 пальца характерно:
- а) симптом блокады сустава
 - б) симптом «выдвижного ящика»
 - в) неопорность пальца
 - г) положительный симптом Байкова
 - д) наличие боковых патологических смещений
38. Для деформирующего артроза лучеладьевидного сустава 2 ст. характерно:
- а) боль в покое
 - б) «стартовая» боль
 - в) повышение температуры
 - г) обездвиженность сустава
 - д) отек области сустава
39. Достоверным симптомом диафизарного перелома трубчатой кости кисти является:
- а) относительное укорочение конечности
 - б) крепитация костных отломков
 - в) боль, отёк, гематома
 - г) нарушение функции конечности
 - д) болезненность осевой нагрузки
40. Рентгенологическими признаками ложного сустава ладьевидной кости являются:
- а) наличие зоны склероза на концах отломков
 - б) остеопороз кости
 - в) рассасывание костных балок на концах кости
 - г) расширение линии перелома
 - д) выраженная эндостальная мозоль
41. Ногтевой комплекс пальца кисти:

- а) Увеличивает площадь опоры мякоти дистальной фаланги
 - б) Обеспечивает стабильность кончика пальца
 - в) Состоит из матрикса и ногтевой пластинки
 - г) Все вышеперечисленное
42. Доминирующими являются следующие пальцевые артерии:
- а) Внутренние собственные артерии I-II пальцев
 - б) Наружные собственные артерии I-II пальцев
 - в) Внутренние артерии IV-V пальцев
 - г) Ничего из вышеперечисленного
43. Наиболее важна чувствительность мякоти дистальных фаланг следующих поверхностей пальцев кисти, за исключением:
- а) Лучевые (наружные) II и III пальцев
 - б) Ладонные I пальца
 - в) Локтевая IV пальца
 - г) Локтевая поверхность V пальца
44. Согласно АО/ASIF классификации повреждения мягких тканей конечностей, балльная оценка распределяется следующим образом:
- а) 1-нормальная
 - б) 2-4 – возрастающая серьезность повреждения
 - в) чрезвычайная ситуация
 - г) 1-ненормальная
45. Какие поверхности пальцев кисти отличаются наименьшей тактильной чувствительностью и наибольшим расстоянием при дискриминации двух точек:
- а) Ладонные поверхности основных фаланг пальцев
 - б) Ладонная поверхность дистальной фаланги I пальца
 - в) Тыльная поверхность пальцев
 - г) Локтевая поверхность подушечки IV пальца
46. Какова должна быть минимальная длина локтевого ложа, необходимая для сохранения фиксации и функциональной стабильности ногтя:
- а) 1 мм
 - б) 3 мм
 - в) 5 мм
 - г) 10 мм
47. У 38-летней домохозяйки отсечена мякоть дистальной фаланги II пальца на глубину дермы по лучевой поверхности недоминирующей правой кисти без повреждения ногтя 1 x 0.7 см. Какой способ пластики предпочтителен:
- а) Полнослойный кожный трансплантат
 - б) Расщепленный кожный трансплантат
 - в) Лоскут Kutler
 - г) V-Y-пластика
48. По сравнению с полнослойными трансплантатами расщепленные трансплантаты кожи, как правило не рекомендуются для пересадки на ладонную поверхность пальцев кисти, поскольку:
- а) В большей мере контрагируют
 - б) часто изъязвляются

- в) Вызывают большее рубцевание и дают худшие косметические результаты
- г) В них хуже восстанавливается чувствительность
- д) Все вышеперечисленное

49. У 23-летнего мужчины 4 месяца назад размозжен кончик указательного пальца правой доминирующей кисти по лучевому краю. При поступлении рана была закрыта расщепленным кожным трансплантатом. Рана зажила, но затем кость обнажилась и кончик стал болезненным. Какой способ пластики стоит предпочесть:

- а) Пересадка полнослойного трансплантата кожи
- б) Замещение дефекта нейроваскулярным осевым лоскутом
- в) «итальянским» лоскутом
- г) Филатовским стеблем
- д) расщепленным кожным лоскутом

50. Когтеобразная деформация ногтя чаще характерна для кончика пальца при закрытии дефекта:

- а) Полнослойным кожным трансплантатом
- б) Перекрестным лоскутом соседнего пальца
- в) Ладонно-выдвижным V-Y-лоскутом
- г) Итальянской пластикой
- д) расщепленным лоскутом

Вариант 2.

51. Реиннервация какого лоскута с хаотичным кровотоком будет возможна за счет шва входящего в его состав чувствительного нерва:

- а) Адипофасциального
- б) Перекрестного
- в) тенарного
- г) «итальянского»
- д) филатовского

52. К свободным лоскутам, применяемым для закрытия дефектов пальцев относят:

- а) Венозные лоскуты
- б) Лоскут височной фасции
- в) Перфорантные лоскуты предплечья
- г) Все вышеперечисленное

53. Восстановление чувствительности «рабочей» поверхности I пальца, реконструированного паховым лоскутом, возможно перемещением нейроваскулярным лоскутом Litter с IV пальца:

- а) Да
- б) Нет

54. Поперечный дефект кончика пальца может быть устранен:

- а) Ладонной V-Y-пластикой
- б) Выдвижным лоскутом Moberg
- в) Перемещенным лоскутом
- г) Всем вышеперечисленным

55. Большой по площади и глубине дефект тыла проксимальной фаланги I пальца может быть ликвидирован:

- а) I метакарпальным лоскутом
- б) Тыльным островковым лоскутом
- в) Тыльным межкостным лоскутом
- г) Всем вышеперечисленным

56. При выборе лоскута для закрытия дефектов ладонной поверхности дистальных фаланг II-III пальцев приоритетом является надежность и простота выполнения операции:

- а) Да
- б) Нет

57. Для устранения тыльных дефектов средней фаланги «длинных» пальцев следует использовать:

- а) Венозные лоскуты
- б) Перфорантные свободные лоскуты
- в) Свободные фасциальные лоскуты
- г) ничего из вышеперечисленного

58. Ладонная V-Y-пластика впервые описана:

- а) Tranquilli в 1935 году
- б) Kutler в 1944 году
- в) Moberg в 1964 году
- г) Atasoy в 1970 году

59. Нейтральным венозный лоскут назван поскольку он:

- а) Подходит для замещения дефектов пальцев любой локализации
- б) Относится к осевым лоскутам, но требует наложения микрососудистых

анастомозов

- в) После включения кровотока остается бледным несколько часов
- г) Все вышеперечисленное

60. Причиной нарушения притока крови в несвободных осевых лоскутах может являться:

- а) Перекрут артерии
- б) Слишком большое натяжение кожи
- в) Тромбоз сосудов конечности
- г) Все вышеперечисленное

61. Достоверным симптомом вывиха акромиального конца ключицы являются:

- а) симптом «клавиши»
- б) абсолютное укорочение плеча
- в) нарушение функции конечности
- г) симптом пружинистой фиксации
- д) относительное укорочение конечности

62. Больной поступил в клинику с жалобами на резкие боли в плечевом суставе. Рука отведена, согнута в локтевом суставе и ротирована кнаружи. Движения отсутствуют.

Ваш диагноз:

- а) перелом акромиального отростка ключицы

- б) перелом шейки плечевой кости
 - в) передний вывих плечевой кости
 - г) перелом плечевой кости в средней трети
 - д) задний вывих плечевой кости
63. Укажите места наиболее опасные для травматизации нервных стволов при переломах:
- а) перелом лучевой кости в типичном месте
 - б) перелом головчатой кости
 - в) перелом гороховидной кости
 - г) перелом плечевой кости в средней трети
 - д) перелом первой пястной кости
64. Источниками кровоснабжения ладьевидной кости кисти являются:
- а) сосуды надкостницы
 - б) сосуды костного мозга
 - в) синовиальная жидкость
 - г) артерия лучеладьевидной связки
 - д) коммуникантные вены
65. Показаниями для применения фиксационного способа лечения являются:
- а) переломы без смещения
 - б) переломы с интерпозицией мягкими тканями
 - в) отрывные переломы с диастазом
 - г) переломы основания 1 пястной кости
 - д) многооскольчатый перелом основания средней фаланги
66. Способ фиксации переломов диафиза пястной кости:
- а) гипсовая перчатка
 - б) ладонная гипсовая лонгета
 - в) тыльная гипсовая лонгета
 - г) окончатая гипсовая повязка
 - д) циркулярная гипсовая повязка до верхней трети предплечья
67. При переломе Коллеса лучевой кости в типичном месте необходимо:
- а) дать тракцию по длине, ладонное сгибание и локтевое приведение
 - б) дать тракцию, тыльную флексию и супинацию
 - в) придать кисти положение супинации и лучевого отведения
 - г) дать тракцию и лучевое отведение кисти
 - д) дать кисти положение среднее физиологическое
68. Симптомы повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца:
- а) отсутствие сгибания пальца в средней и концевой фалангах
 - б) резкая боль
 - в) отсутствие чувствительности на концевой фаланге
 - г) отсутствие движения в концевой фаланге
69. Абсолютным показанием к оперативному лечению переломов костей конечностей являются:
- а) закрытые переломы
 - б) многооскольчатые переломы костей кисти
 - в) переломы лодыжек

г) интерпозиция тканей между отломками

д) множественные переломы фаланг кисти

70. Достоверным симптомом при переломах длинных трубчатых костей относятся:

а) отек и кровоизлияние в ткани

б) патологическая подвижность

в) болезненность при осевой нагрузке

г) деформация конечности

д) нарушение функции конечности

71. При сгибательном переломе Смита лучевой кости в типичном месте необходимо:

а) придать кисти положение тыльной флексии и ульнарного приведения

б) дать тракцию по длине, ладонное сгибание и локтевое приведение

в) придать кисти положение ладонного сгибания, лучевого отведения

г) тракция по длине, дать лучевое отведение кисти и тыльное сгибание

д) дать ульнарное отведение

72. Рентгенологическими симптомами сгибательного осложненного перелома позвоночника являются:

а) усиление поясничного лордоза

б) клин Урбана

в) спондилолистез

г) сужение межостистых промежутков

д) склероз замыкательных пластинок

73. Для переломов локтевого отростка с расхождением отломков характерно:

а) отек сустава

б) возможность поднятия выпрямленной руки

в) диастаз между отломками

г) возможность активных движений

д) положительный симптом Чаклина

74. Рентгенологическими признаками несросшегося перелома является:

а) нечеткость щели между отломками

б) отсутствие костной мозоли на рентгенограммах

в) наличие остеофитов

г) выраженная эндостальная костная мозоль

д) закрытие костно-мозгового канала

75. Симптомы угрозы сдавления циркулярной гипсовой повязкой:

а) гиперемия

б) пульсирующая боль в месте перелома

в) умеренная боль

г) отечность пальцев

д) нарушение чувствительности

76. Компрессионно-дистракционный остеосинтез не применяют при:

а) открытых переломах

б) инфицированных переломах

в) ложных суставах

- г) неполных переломах
- д) многооскольчатых переломах

77. Для репозиции перелома обеих костей предплечья в средней трети следует:

- а) придать предплечью положение супинации
- б) положение пронации
- в) среднее физиологическое положение
- г) положение рекурвации отломков
- д) вывести кисть в положение ладонной флексии

78. Устойчивость интрамедуллярного остеосинтеза зависит от:

- а) способа введения фиксатора
- б) соответствия диаметра стержня и диаметра костно-мозгового канала
- в) материала из которого выполнен стержень
- г) от степени смещения отломков
- д) степени повреждения окружающих тканей

79. К способам лечения переломов с замедленной регенерацией относится:

- а) экстрамедуллярный остеосинтез
- б) фиксация гипсовой повязкой
- в) компрессионно-дистракционный остеосинтез
- г) интрамедуллярный остеосинтез
- д) ранняя восстановительная терапия

80. Для повреждения лучевого нерва характерно:

- а) анестезия мизинца и области гипотенар
- б) нарушение отведения большого пальца
- в) атрофия глубоких межкостных мышц кисти
- г) нарушение тыльной флексии кисти
- д) нарушение сжатия кисти в кулак

81. Больной упал на выпрямленную руку. Жалуется на боль в нижней трети предплечья. Отек кисти, штыкообразная деформация предплечья и болезненность в нижней трети лучевой кости.

Ваш диагноз:

- а) перелом ладьевидной кости
- б) перелом Колеса
- в) перелом локтевой кости в нижней трети
- г) вывих костей запястья
- д) повреждение Монтеджа

82. К методам лечения вялых параличей на верхней конечности относятся:

- а) удлинение ахиллова сухожилия
- б) артродез для стабилизации суставов
- в) расслабление мышц
- г) фиксация конечности с помощью аппарата внешней фиксации
- д) резекция запирающего нерва

83. Основным показанием к оперативному методу лечения перелома Беннета является:

- а) значительная степень смещения отломков
- б) наличие выраженного отека

в) неспособность отломков после 2-3-кратного вправления

г) подвывих кости

д) невозможность удержать отломки после вправления

84. Репозиция абдукционного (отводящего) перелома шейки плеча:

а) тяга по оси, отведение плеча, голосящая повязка;

б) тяга по оси, ротационные движения;

в) подведение под мышку плота, тяга по оси, приведение плеча и фиксация;

г) тяга по оси, фиксация в среднефизиологическом положении;

д) давят на центральный отломок в направлении дистального, фиксация гипсом.

85. Средние сроки сращения пястных костей:

а) 1 месяц

б) 3 недели

в) 4 месяца

г) 7,5 месяцев

д) 10 месяцев

86. К погружному металлоостеосинтезу относятся:

а) остеосинтез стержневым аппаратом;

б) спицевой аппарат Илизарова;

в) интрамедуллярный остеосинтез;

г) использование наконечной системы АО;

д) скелетное вытяжение.

87. Абсолютным показанием к остеосинтезу является:

а) открытые переломы I А;

б) перелом луча в типичном месте;

в) перелом ладьевидной кости;

г) перелом основания средней фаланги со смещением;

д) многооскольчатый перелом пястной кости без смещения

88. Открытые переломы оперируют при:

а) диастаз отломков более 3 мм;

б) отрывной перелом основания средней фаланги;

в) открытый перелом без смещения отломков;

г) диастаз 1 см при переломе локтевого отростка;

д) перелом большого бугорка плеча без смещения.

89. При переломах, осложненных остеомиелитом, применяют операции:

а) некрэктомия с фиксацией гипсом;

б) интрамедуллярный остеосинтез;

в) некрэктомия с костной пластикой дефекта;

г) некрэктомия с фиксацией аппаратом Илизарова;

д) внутриартериальное и внутрикостное введение антибактериальных препаратов.

90. Критериями полезности аппаратов внешней фиксации являются:

а) возможность постепенной точной репозиции;

б) сокращает сроки сращения в 2-3 раза;

в) возможность ранних движений в суставах;

- г) легкость и простота наложения любым врачом;
 - д) стабильность фиксации.
91. Способы обезболивания для вправления вывиха пальца:
- а) введение внутрь сустава новокаина 1-2% - 20,0;
 - б) инфильтрация мягких тканей вокруг сустава новокаином 0,25% - 50,0;
 - в) внутрикостная анестезия в головку;
 - г) кратковременный наркоз;
 - д) эндотрахеальный наркоз.
92. Правила лечения сухожилий сгибателей во второй зоне пальцев:
- а) операцию можно проводить накладывают разгибательную гипсовую шину;
 - б) накладывают съемный шов Беннеля
 - в) производят внутрисуставный сухожильный шов;
 - г) сухожилия можно сшить только в свежей ране;
 - д) в последующем длительная иммобилизация пальца для профилактики рубцов.
93. При закрытом переломе фаланг пальцев применяют:
- а) закрытую репозицию, гипсовую повязку;
 - б) скелетное вытяжение за пястные кости;
 - в) остеосинтез спицей;
 - г) остеосинтез стержневым аппаратом;
 - д) костная пластика.
94. Правило рентгенографии при диагностике переломов:
- а) производится в трех проекциях;
 - б) обязательно нужна сравнительная рентгенография другой конечности;
 - в) захват ближайшего смежного сустава;
 - г) снимок делают вдоль линии перелома;
 - д) используют рентгеноконтраст.
95. Симптомом III стадии остеоартроза пястнофалангового сустава является:
- а) периодический болевой синдром в суставе;
 - б) фиброзное сращение суставных поверхностей, остеофиты;
 - в) асептический некроз кости суставов;
 - г) синовит в суставе;
 - д) объем движений не ограничен.
96. Дифференциальный диагноз ПТ нестабильности следует проводить со следующей патологией, кроме:
- а) вывиха сухожилия локтевого разгибателя кисти;
 - б) болезни Де-Кервена;
 - в) локтезапястного столкновения(импиджмента);
 - г) повреждения диска треугольного комплекса.
97. В состав кистевого сустава входят следующие суставы, кроме:
- а) среднезапястного;
 - б) гороховидно-треугольного;
 - в) проксимального лучелоктевого;
 - г) общего запястно-пястного.
98. При отведении в кистевом суставе проксимальный ряд костей запястья:
- а) разгибается;

- б) пронируется;
- в) сгибается;
- г) супинируется.

99. Статическая ЛП нестабильность рентгенологически характеризуется:

- а) увеличением ЛП угла;
- б) разгибательным положением полулунной кости;
- в) несовпадением осей лучевой и III пястной костей.
- г) всем вышеперечисленным.

100. Карпальная нестабильность развивается после неправильной консолидации переломов типа Colles, т.к.:

- а) измененное положение дистального эпиметафиза лучевой кости нарушает баланс взаимоотношений костей запястья;
- б) тыльные лучезапястные связки не выдерживают увеличившихся нагрузок из-за изменения угла наклона суставной поверхности;
- в) все вышеперечисленное;
- г) ничего из вышеперечисленного.