

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 24.08.2023 10:44:56
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

Приложение к РПД

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

Кафедра травматологии и ортопедии



Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.В.ДВ.01.02 Хирургия заболеваний и повреждений кисти

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.66 Травматология и ортопедия*

Квалификация: *Врач – травматолог-ортопед*

г. Екатеринбург
2023

Фонд оценочных средств по дисциплине «Хирургия заболеваний и повреждений кисти» составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО 31.08.66 Травматология и ортопедия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Минобрнауки России от 26 августа 2014 г. N 1109, и с учетом требований профессионального стандарта «Врач - травматолог-ортопед», утвержденного приказом Минтруда России 12 ноября 2018 г. N 698н.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	должность	уч. степень	уч. звание
1	Волокитина Е.А.	Зав. кафедрой	Доктор медицинских наук	Доцент
2	Антониади Ю. В.	Доцент	Доктор медицинских наук	-
3.	Помогаева Е.В.	Ассистент	-	-

Фонд оценочных средств по дисциплине «Хирургия заболеваний и повреждений кисти» одобрен представителями профессионального и академического сообщества.

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 по дисциплине «Хирургия заболеваний и повреждений кисти» обсужден и одобрен:

- на заседании кафедры травматологии и ортопедии (протокол № 4 от 30.04.2023 г.)
- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол №5 от 10.05.2023 г.)

1. Кодификатор

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

Дидактическая единица (ДЕ)		Индикаторы достижения			УК, ПК (ФГОС)	Трудовые функции (ПС)
		Знания	Умения	Навыки		
ДЕ-1	История развития хирургии кисти в России и зарубежом. Повреждения сухожилий пальцев кисти Классификация, клиника, диагностика, лечение. Дефекты покровных тканей. Клиника, диагностика лечение. Кожная пластика.	современные классификации, клинические проявления и принципы лечения заболеваний и повреждений мягких тканей (мышц, сухожилий, фасций, кровеносных сосудов, нервов); патологические состояния, симптомы, синдромы травм и заболеваний опорно-двигательной системы, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	оценить тяжесть состояния пострадавшего с травмой опорно-двигательного аппарата; назначить необходимые дополнительные методы обследования при травмах	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу методами ранней диагностики заболеваний ПК-1; умением провести профилактический медицинский травматологический осмотр антропометрическим обследованием при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы (роста, длины конечности, окружности сегмента, объема движения в суставах); осмотром и обследованием поврежденного сустава	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,	A/01.8 A/02.8 B/01.8 B/02.8
ДЕ-2	Повреждения периферических нервов предплечья и кисти.	современные классификации, клинические проявления и принципы	оценить тяжесть состояния пострадавшего с травмой	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9	A/01.8 A/02.8 B/01.

	Классификация , клиника, диагностика, лечение.	лечения заболеваний и повреждений мягких тканей (мышц, сухожилий, фасций, кровеносных сосудов, нервов); патологические состояния, симптомы, синдромы травм и заболеваний опорно-двигательной системы, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	опорно-двигательного аппарата; назначить необходимые дополнительные методы обследования при травмах, основы реабилитации больных с заболеваниями и повреждениям и кисти	хирургическо й обработкой ран мягких тканей; хирургическо й обработки ран с повреждением кровеносных сосудов, периферическ их нервов, сухожилий, костей; хирургическо й наложением различных видов асептических и фиксирующи х повязок; остановкой кровотечения (наложение давящей повязки, жгута, кровоостанавливающего зажима, лигирование кровеносного сосуда), сшиванием сухожилий пальцев кистей и стоп, предплечья, двух- и трехглавой мышц плеча		8 В/02.8
ДЕ-3	Повреждения кистевого сустава. Классификация , клиника, диагностика лечение переломов и связочного аппарата. Переломы	современные классификации, клинические проявления и принципы лечения заболеваний и повреждений мягких тканей (мышц, сухожилий,	анализировать результаты осмотра; написать обоснованное заключение; оценить тяжесть состояния пострадавшего с травмой	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу; хирургическо й обработкой ран мягких тканей; хирургическо й обработки	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	А/01.8 А/02.8 В/01.8 В/02.8

	трубчатых костей кисти. Классификация, клиника, диагностика лечение.	фасций, кровеносных сосудов, нервов); патологические состояния, симптомы, синдромы травм и заболеваний опорно-двигательной системы, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	опорно-двигательного аппарата; назначить необходимые дополнительные методы обследования при травмах; основы реабилитации больных с заболеваниями и повреждениям и кисти	ран с повреждением м кровеносных сосудов, периферических нервов, сухожилий, костей; лигированием кровеносного сосуда, сшиванием сухожилий пальцев кистей и стоп, предплечья, двух- и трехглавой мышц плеча Назначать реабилитационное лечение		
--	--	---	---	---	--	--

2. Аттестационные материалы

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

Критерии оценки этапа тестирования:

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

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

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

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

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

71-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

Критерии оценки этапа решения ситуационной задачи:

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

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

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

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика. Изучение каждого раздела заканчивается семинаром или тестовым контролем, подготовкой рефератов по пройденной тематике. Тестовый контроль, зачет по каждому разделу дисциплины, зачет с оценкой.

2.1. Перечень навыков:

- физикальное обследование больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение длин конечностей, величины деформаций конечностей и суставов, диагностические пункции полостей и суставов);
- интерпретация данных лабораторных методов исследования;
- интерпретация данных инструментальных и лучевых (рентген, КТ, МРТ) методов исследования;
- пункции суставов, предоперационное планирование; доступы к суставам, сухожилиям и сосудам кисти, ПХО кисти, шов сухожилий, нервов, пластика кожи, методики остеосинтеза, местная и регионарная анестезия, техника изготовления цементных спейсоров, остеосинтез переломов, остеотомии костей кисти.

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

2.2. Тестовые задания

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

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

Полная база тестовых вопросов включает в себя 400 вопросов.

Примеры тестовых заданий

ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

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) закрыть 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) тенodes 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) целости кольцевидных связок А2 и А4
- 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 сустава 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 разможен 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

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 наружу. 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 гипотенара
- 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) невосправляемость 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, голосующая повязка;
- б) тяга по оси, ротационные движения;
- в) подведение под мышку плеча, 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 металлоosteосинтезу относятся:

- а) остеосинтез стержневым аппаратом;
- б) спицевой аппарат Илизарова;
- в) интрамедуллярный остеосинтез;
- г) использование наkostной 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) внутриаrтериальное 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.

2.3. Ситуационные задачи

Во время аттестации по дисциплине ординатор решает одну ситуационную задачу, демонстрируя сформированность универсальных и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия .

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

Примеры ситуационных задач:

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

Больной страдает ревматоидным артритом, особенно выражены боли, контрактуры и деформации суставов кисти. Жалобы на невозможность функционального использования кисти. Какие методы местного лечения наиболее целесообразны?

- а) пункции суставов кисти с введением гормонов
- б) артродез суставов кисти
- в) корригирующие остеотомии
- г) эндопротезирование суставов кисти

Задание

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

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

При поступлении пациент 47 лет жалуется на сильные боли в правом лучезапястном суставе, ограничение движений, укорочение правой верхней конечности. При осмотре выявлена деформация сустава, движения качательные. В анамнезе – падение на руку около 3 недель назад, за медицинской помощью не обращался. Предположительный диагноз и Ваша тактика?

Задание

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

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

У больного через 2 недели после ЧКО перелома 5 пястной кости появилось гнойно-серозное отделяемое из спицевых каналов. Ваша тактика?

Задание

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

3. Технологии и критерии оценивания

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

3.1. Критерии оценки этапа тестирования:

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

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

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

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

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

71-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

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

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

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

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

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

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