

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 6

«17» 06 2025г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«20» 06 2025г.
№ 341

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**"Избранные вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим
от различных видов травм"**

**по основной специальности: травматология и ортопедия
по смежным специальностям: хирургия,
анестезиология-реаниматология**

Трудоемкость: 36 часов

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2025

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации "Избранные вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим от различных видов травм" обсуждена и одобрена на заседании кафедры травматологии и ортопедии, лечебной физкультуры и спортивной медицины факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой *Голубев Г.Ш.*

Программа рекомендована к утверждению рецензентами: (необходимо указать двух рецензентов:

1. Сикилинда В.Д., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ
2. Глухов А.В. , кандидат медицинских наук, заведующий травматолого-ортопедическим отделением Ростовской областной клинической больницы, главный травматолог-ортопед Ростовской области

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации "Избранные вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим от различных видов травм" (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры травматологии и ортопедии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Голубев Г.Ш.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Голубев Георгий Шотаевич.	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой травматологии и ортопедии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФПК и ППС	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Кролевец Игорь Владимирович.	д.м.н., доцент	Доцент кафедры травматологии и ортопедии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФПК и ППС	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3.	Ащев Александр Викторович	к.м.н., ассистент	ассистент кафедры травматологии и ортопедии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФПК и ППС	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия;

ПЗ - практические занятия;

СР - самостоятельная работа;

ДОТ - дистанционные образовательные технологии;

ЭО - электронное обучение;

ПА - промежуточная аттестация;

ИА - итоговая аттестация;

УП - учебный план;

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач – травматолог-ортопед» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 12 ноября 2018 г. N 698н. Регистрационный номер 1225.
- Профессиональный стандарт «Врач – хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26 ноября 2018 г. N 743н в редакции, введенной в действие с 2 февраля 2019 года приказом Минтруда России от 26 декабря 2018ггода 849 н). Регистрационный номер 1224.
- Профессиональный стандарт «Врач – анестезиолог-реаниматолог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 27 августа 2018 г. N 554н. Регистрационный номер 1200
- ФГОС ВО по специальности «травматология и ортопедия» утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.01.2001 N 1109 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.66 «Травматология и ортопедия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.10.2014 N 34507)
- ФГОС ВО по специальности «хирургия» утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 N 1110
- ФГОС ВО по специальности «анестезиология и реаниматология» утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 02.02.2022 №95 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.02 «Анестезиология-реаниматология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)"
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – травматология и ортопедия

Смежные специальности – хирургия, анестезиология-реаниматология

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся практических навыков и приобретение новых профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «травматология и ортопедия», "хирургия", "анестезиология- реаниматология" в части, касающейся оказания помощи пострадавшим от различных видов травм. Акцент - на травмах, получаемых при военных конфликтах. Обновление теоретических и практических знаний в области сортировки при массовом поступлении и оказании медицинской помощи пострадавшим от различных видах травм, использовании современных схем оценки состояния травмированных пациентов, подходов и особенностей диагностики и оказания помощи при современной минно-взрывной травме, синдроме длительного раздавливания.

Вид профессиональной деятельности: врачебная практика в области травматологии и ортопедии, врачебная практика в области хирургии, врачебная практика в области анестезиологии-реаниматологии.

Уровень квалификации: 8

Связь Программы с профессиональным стандартом представлена в Таблице 1.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт «Врач – травматолог-ортопед» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 12 ноября 2018 г. N 698н. Регистрационный номер 1225.		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
Оказание специализированной медицинской помощи пациентам при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы, установления диагноза
	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контроль его эффективности и безопасности
	A/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Оказание специализированной медицинской помощи пациентам при травмах, заболеваниях и (или) состояниях костно-мышечной системы в стационарных условиях	B/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления травм, заболеваний и (или) состояний костно-мышечной системы, установления диагноза
	B/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контроль его эф-

		фективности и безопасности
	В/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

Профессиональный стандарт «Врач – хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26 ноября 2018 г. N 743н в редакции, введенной в действие с 2 февраля 2019 года приказом Минтруда России от 26 декабря 2018ггода 849 н). Регистрационный номер 1224		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю «хирургия»	А/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	А/02.8	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности
	А/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов

Профессиональный стандарт «Врач – анестезиолог-реаниматолог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 27 августа 2018 г. N 554н. Регистрационный номер 1200		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
Оказание скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации	А/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации
Оказание специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара	В/01.8	Проведение обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска, установление диагноза органной недостаточности
	В/02.8	Назначение анестезиологического пособия пациенту, контроль его эффективности и безопасности; искусственное замещение, поддержание и восстановление временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях,

		угрожающих жизни пациента
	В/03.8	Профилактика развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

	Описание компетенции	Код ТФ проф-стандарта
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение травм и ортопедических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития. Проведение обследования пациентов в целях выявления травм, установления диагнозов	А/01.8, А/02.8, А/03.8, А/07.8
	должен знать правила проведения обследования и установления показаний к основным методам хирургического лечения повреждений в условиях поликлиники и дневного стационара.	А/02.8
	должен уметь: выполнять экстренные амбулаторные оперативные вмешательства при повреждениях в рамках основной специальности.	А/07.8
	должен владеть: технологиями комплексной реабилитации пациентов в условиях поликлиники и дневного стационара.	
ПК-2	готовность к осуществлению комплекса мероприятий по экстренной диагностике и проведению противошоковых мероприятий у больных с различными видами в условиях поликлиники стационара.	В/01.8
	должен знать правила проведения обследования и установления показаний к основным методам лечения травм в условиях поликлиники и стационара.	В/02.8
	должен уметь: выполнять экстренные оперативные вмешательства у больных, обратившихся в поликлинику и стационар в рамках основной специальности.	В/02.8 В/03.8
	должен владеть: технологиями комплексной диагностики и лечения политравм и опасных для жизни состояний	В/07.8

1.5 Форма обучения

График обучения Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная	6	6	1 неделя, 6 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
"Избранные вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим от различных видов травм"

в объеме 36 часов

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Совершенствуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	16	17
	Специальные дисциплины													
1	Избранные вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим от различных видов травм	34	18		10	8		16	12	4			ПК-1 ПК-2	ТК
	Всего часов	34	18		10	8		16	12	4				
	(специальные дисциплины)													
	Итоговая аттестация	2												экзамен
	Всего часов по программе	36	18		10	8		16	12	4				2

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 1 недели, шесть дней в неделю по 6 академических часов в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1

Рабочая программа учебного модуля

«Избранные вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим от различных видов травм»

Код	Наименования тем, подтем, элементов, подэлементов
1.1	Механизмы/Причины боевой травмы: патофизиология и принципы лечения. - комбинированная травма;
1.1.1	- высокоэнергетические пулевые и шрапнельные ранения
1.1.2	- минно-взрывные ранения
1.2	Общие реакции организма при травме.
1.2.1	Травматический шок.
1.2.2	Первичная помощь раненым: на месте и в пункте оказания медицинской помощи.
1. 3	Травмы при раздавливании и синдром
1.3.1	Диагностика и формы СДР
1.3.2	СДР - критерии контроля состояния, первая врачебная и специализированная помощь
1.4	Комбинированное огнестрельное и химическое поражение (диагностика и особенность оказания специализированной помощи).
1.5	Основные принципы диагностики и оказания специализированной помощи при тяжёлой огнестрельной и механической травме..
1.6	Шкалы оценки тяжести травм и состояния раненых. Принципы damage control. Сортировка пострадавших при массовом поступлении.
1.7	Огнестрельные ранения бедра и голени. Переломы таза.

	Протокол поэтапной внешней фиксации при лечении огнестрельных травм конечностей. Этапный протокол лечения для восстановления стопы после минно-взрывной травмы.
1.8.	Черепно-мозговая травма открытая и закрытая. Взаимодействие анестезиолога и хирурга при оказании помощи пострадавшим.
1.9	Огнестрельные ранения верхних конечностей. Принципы ампутаций и подготовки к протезированию..
1.10.	Итоговая конференция по рефератам с приглашением врачей, участвовавших в боевых действиях или оказании помощи пострадавшим на территории ЛНР и ДНР.
1.11	ОТМС при массовых травматических поражениях
1.12	Актуальные вопросы ВПХ при массовых травматических повреждениях

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. - в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объеме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством тестового контроля и решения ситуационных задач в системе АС ДПО.

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес.	Этаж, кабинет
1	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России Ростов-на Дону, пер. Нахичеванский, 29.	1 этаж, каб. 103

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Компьютеры
2.	Мультимедийный проектор
3.	Экран
4.	Акустическая система.
5.	Лазерная указка

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№№	Основная литература
1	Гиршин С.Г., Лазишвили Г.Д. Современный остеосинтез в травматологии. Монография. Т1- Ярославль. ООО ИПК «Индиго». 2016-480 с., илл.
2	Травматология: национальное руководство/под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова,- М., ГЭОТАР- Медиа, 2018- 874 с.
3	Гиршин С.Г. Клинические лекции по неотложной травматологии, М.- ГЭОТАР-Медиа, 2017.- 812 с.
4	Рюди Т., и др. АО-принципы лечения переломов. Т.1- Т.2 Перевод на русский А.А. Ситника, М.- ГЭОТАР, 2017.- 642 с.
5	Корнилов Н.В., Травматология и ортопедия (руководство), СПб, 2017.- 424 с.
6	Томас А. Скалетта, Джеффри Дж. Шайдер; Неотложная травматология, пер. с англ.- М., ООО «Медицинское информационное агентство, 2015.-744 с.

7	Анкин Л.Н. Клиническая травматология (руководство). М., 2011.- 372 с.
8	Соломин Л.Н. Основы чрескостного остеосинтеза аппаратом Г.А.Илизарова: Монография.-СПб. ООО « МОРСАР». 2015.- 544 с.
10	Голяховский В., Френкель В. Руководство по чрескостному остеосинтезу методом Илизарова. – Санкт-Петербург, 1999.- 264 с.
11	Мовшович И.А. Оперативная ортопедия. – М.: Медицина, 1993.- 508 с.
	Дополнительная литература
1.	Мюллер М., Альговер М., Шнейдер Р., Виллинегер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу. – М., 1995,- 872 с.
2	Шапошников Ю.Г. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей, т. 2- 526 с.. – М.: Медицина, 1997.

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

1	Электронная библиотека РостГМУ.	http://109.195.230.156:9080/opacg/
2	Официальный сайт Минздрава России	http://www.rosminzdrav.ru
3	Российская государственная библиотека (РГБ)	www.rsl.ru
4	Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины):	www.iramn.ru
5	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: ЭБС. – Москва: ООО ГК «ГЭОТАР».	http://www.rosmedlib.ru
6	Консультант Плюс: справочная правовая система.	http://www.consultant.ru
7	Научная электронная библиотека eLIBRARY. -	http://elibrary.ru
8	Национальная электронная библиотека. -	http://нэб.рф/ rusneb.ru
9	Российское образование. Федеральный образовательный портал.	http://www.edu.ru/index.php
10	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.	http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru
11	Medline (PubMed, USA).	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

12	Архив научных журналов / НЭИКОН.	https://archive.neicon.ru/xmlui/
13	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа ElPub НЭИКОН.	https://elpub.ru/
14	Медицинский Вестник Юга России. - URL: или с сайта РостГМУ	https://medicalherald.ru/jour

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (вопросы контроля исходного уровня знаний, вопросы для самоконтроля по каждому разделу, тестовые задания, интернет-ссылки, нормативные документы);
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры травматологии и ортопедии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФПК и ППС.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по травматологии и ортопедии, либо хирургии и анестезиологии-реанимации в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих учёную степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализу-

ющих Программу, составляет 100%.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100 %.

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Учёная степень, учёное звание	Должность	Место работы основное
1	Голубев Георгий Шотаевич	д.м.н, профессор	зав. кафедрой	РостГМУ
2	Кролевец Игорь Владимирович	д.м.н, доцент	доцент	РостГМУ
3	Ащев Александр Викторович	к.м.н	ассистент	РостГМУ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной программе повышения квалификации
врачей «Избранные вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим
от различных видов травм»
со сроком освоения 36 академических часов
по специальности «Травматология и ортопедия, хирургия, анестезиология-
реаниматология»

1	Кафедра	Травматологии и ортопедии, лечебной физкультуры и спортивной медицины
2	Факультет	ФПК и ППС
3	Адрес (база)	344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.
4	Зав. кафедрой	Голубев Г.Ш.
5	Ответственный составитель	Кролевец И.В., Ащев А.В.
6	E-mail	kivrostov@mail.ru, rwor105507@mail.ru
7	Моб. телефон	8-918-558-57-74, 8-928-168-46-72
8	Кабинет №	507
9	Учебная дисциплина	Травматология и ортопедия
10	Учебный предмет	Травматология и ортопедия
11	Учебный год составления	2022.
12	Специальность	травматология и ортопедия, хирургия, анестезиология-реаниматология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Избранные вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим от различных видов травм
15	Тема	1.1. – 2.2.6
16	Подтема	1.1.1. – 2.2.5.1
17	Количество вопросов	60
18	Тип вопроса	single
19	Источник	Тестовая контрольная программа «TestStud», составленная на кафедре травматологии и ортопедии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФГБОУ ВО РостГМУ

Список тестовых заданий

Номер модуля	Правильный ответ-	№ теста	Тексты вопросов и вариантов ответа
1		1	ВТОРИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ПОДРАЗУМЕВАЕТ:
			второе по счету хирургическое вмешательство
			наложение вторичных швов (раннего и позднего)
			кожную пластику с целью закрытия раны
	*		хирургическое вмешательство с целью лечения раневой инфекции
1		2	ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:
			промывание раны <u>антисептиками</u>
			наложение асептической повязки
			обкалывание раны <u>антибиотиками</u>
	*		оперативное вмешательство с иссечением нежизнеспособных тканей и рассечением раневого капала
1		3	ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ПРЕСЛЕДУЕТСЯ ЦЕЛЬ:
			остановить кровотечение
			произвести остеосинтез в случае огнестрельного перелома конечности
	*		предупредить развитие раневой инфекции
			добиться заживления раны первичным натяжением
1		4	ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ПРИМЕНЯЮТ:
			первичный шов
			свободную кожную пластику
	*		первично-отсроченный шов
			кожную пластику лоскутом на ножке
1		5	ПОД МИКРОФЛОРОЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ПОНИМАЮТ:
	*		первичное микробной загрязнение
			вторичное микробное загрязнение
			микробы, прошедшие отборочный рост в ране
			сапрофиты
1		6	НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ШВА НА ОГНЕСТРЕЛЬНУЮ РАНУ ПОКАЗАНО ПРИ:
			огнестрельном ранении бедра
	*		проникающем ранении грудной клетки
			ранении верхней конечности с повреждением сосуда
			травматической ампутации конечности
1		7	ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ НЕ ПОКА-

			ЗАНО :
			рассечение раны и иссечение зоны первичного некроза
			остановку кровотечения
			обкалывание стенок раны антибиотиками
			д) удаление инородных тел в раневом канале
1		8	ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ НЕ
			ХАРАКТЕРНО:
			жажда
			головокружение
	*		брадикардия
			д) тахикардия
1		9	9. ОКОНЧАТЕЛЬНУЮ ОСТАНОВКУ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРОИЗВОДЯТ НА:
			медицинском пункте батальона
			этапе квалифицированной хирургической помощи
	*		этапе первой врачебной помощи
			поле боя
1		10	НА ЭТАПЕ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ КРОВОТЕЧЕНИЕ ОСТАНОВЛИВАЮТ:
	*		наложением жгута (контроль), наложением зажима на сосуд в ране, тампонадой раны
			шунтированием сосуда
			пластикой сосуда
			д) перевязкой на протяжении
1		11	КРОВОЗАМЕНИТЕЛЯМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТСЯ:
			гемодез, неогемодез
	*		раствор Рингера, лактосоль
			полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль
			аминокровин
1		12	КРОВОЗАМЕНИТЕЛЯМ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТ:
	*		гемодез
			реополиглюкин
			липофундин
			физ. раствор
1		13	КРОВОЗАМЕНИТЕЛЯМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ, ОТНОСЯТСЯ:
			жировые эмульсии
			смеси аминокислот
	*		растворы Рингера, маннитол
			гемодез
1		14	ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕЛИВАНИЮ КРОВИ НА ЭТАПЕ ПЕРВОЙ
			ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ:
			острая гнойная инфекция
	*		постгеморрагический шок 3-й ст. при остановленном наружном и отсутствии внутреннего кровотечения
			травматический шок в сочетании с внутренним кровотечением

			анаэробная инфекция
1		15	ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПРАВИЛЬНОСТИ НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА ЭСМАРХА ЯВЛЯЕТСЯ:
			гиперемия дистальнее наложения жгута
			невозможность движения конечностью
			сильная боль в месте перелома
	*		исчезновение пульса на периферии конечности
			д) отсутствие сухожильных и мышечных рефлексов
1		16	16. ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФАЗА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
			повышением артериального давления
			учащением пульса
	*		всеми перечисленными симптомами
			учащением дыхания
1		17	ДЛЯ ТОРПИДНОЙ ФАЗЫ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА НЕ ХАРАКТЕРНО:
			снижение артериального давления
			учащение пульса
			учащение дыхания
	*		гиперемия кожных покровов
1		18	К КОМБИНИРОВАННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ:
			ранение одним ранящим снарядом нескольких областей тела
			ранение несколькими ранящими снарядами одной или нескольких областей
	*		одновременное повреждение несколькими поражающими факторами: ожог, механические повреждения
			повреждение нескольких органов одной полости
1		19	ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНАХ НЕОБХОДИМО ВСЕ, КРОМЕ:
			патогенных микробов
			мертвых тканей
			тканей с пониженной сопротивляемостью
	*		д) кровотечения
1		20	ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА:
			воспаления
	*		все перечисленные фазы
			регенерация
			эпителизация
1		21	СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:
			две степени поражения
			три степени поражения
			четыре степени поражения
	*		пять степеней поражения

1		22	ПРИ ОЖОГЕ 3"Б" СТЕПЕНИ ПОРАЖЕННАЯ ПОВЕРХНОСТЬ
			ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
			гиперемией
			гиперемией и отеком
			наличием пузырей на гиперемизированной поверхности
	*		покрыта мягким серовато-белесоватым струпом
1		23	ПРИ ОЖОГЕ 3"А" СТЕПЕНИ БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОБЛАСТИ ПО- РАЖЕНИЯ:
			умеренно снижена
			значительно снижена
	*		повышена
			сохранена
		24	24. ТРЕТИЙ ПЕРИОД ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ (СЕПТИКОТОКСЕМИЯ) НАЧИНА- ЕТСЯ С РАЗВИТИЯ:
			плазмпотери и гемоконцентрации
			гиповолемии
			метаболического ацидоза
	*		д) нагноения ожоговой рапы
1		25	ПЕРВИЧНЫЙ ТУАЛЕТ ОЖГОВОЙ РАНЫ ПРОВОДЯТ ПРИ
			ОКАЗАНИИ:
			первой медицинской помощи
			первой доврачебной помощи
	*		первой врачебной помощи
			квалифицированной помощи
1		26	АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ СВОДА ЧЕРЕПА
			ЯВЛЯЮТСЯ:
			кровотечение из раны
			тошнота и рвота
			крепитация костных отломков
	*		д) истечение ликвора из раны
1		27	АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
			утрата сознания в момент травмы
			психомоторное возбуждение
	*		ликворея из носа (слухового проход
			кровоизлияние вокруг орбит (симптом "очков")
1		28	К ОБЩЕМОЗГОВЫМ СИМПТОМАМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА ОТ- НОСЯТ:
			моторные нарушения в виде параличей (парезо
			зрительные нарушения вплоть до полной слепоты
			утрату слуха
			речевые расстройства
	*		разлитую головную боль, тошноту, рвоту
1		29	29. К ОЧАГОВЫМ МОЗГОВЫМ СИМПТОМАМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ
			ЧЕРЕПА ОТНОСЯТ:
			психомоторные (двигательные и психические) возбуждения или резкие

			угнетения
			тошнота и рвота
	*		двигательные нарушения в виде параличей одной или двух конечностей
			изменение частоты пульса тахикардия или брадикардия
1		30	ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ВЫРАЖЕННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НАБЛЮДАЮТСЯ:
	*		головокружение, тошнота, рвота
			параличи (парезы) конечностей
			нарушение зрения
			нарушение слуха
1		31	ПОД ПОЛИТРАВМОЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СКЕЛЕТА ПОНИМАЮТ:
			многооскольчатые переломы костей
	*		множественную и сочетанную травму
			переломы костей и вывихи суставов
			переломы костей, осложненные повреждением сосудов
1		32	ПОД МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СКЕЛЕТА ПОДРАЗУМЕВАЮТ:
			многооскольчатые переломы костей
	*		двойные (сегментарные) переломы образований опорно-двигательного аппарата на одном или разных сегментах
			переломы обеих лодыжек голени с подвывихом или вывихом стопы
1		33	ПОД СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОНИМАЮТ:
			переломы бедра и голени с одной или с двух сторон
	*		переломы костей конечностей, позвоночника или таза с одновременным повреждением внутренних органов
			переломы верхних и нижних конечностей (например, плеча и бедра, предплечья и голени и т. п.)
			повреждения полых и паренхиматозных органов при тупой травме живота
1		34	ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫСОКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
			нагноение открытых переломов с развитием остеомиелита и сепсиса
	*		травматический шок и кровопотеря
			восходящая инфекция мочевыделительной системы
			пролежни
			д) застойная пневмония
1		35	35.ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НЕ ВКЛЮЧАЕТ:
			временную остановку кровотечения
			транспортную иммобилизацию подручными средствами
			искусственное дыхание
	*		наложение трахеостомы
			д) наложение асептической повязки
1		36	ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ЭТАПЕ ВРАЧЕБНОЙ

			ПОМОЩИ НЕОБЯЗАТЕЛЬНО:
			временная остановка кровотечения
			плевральная пункция при клапанном пневмотораксе
			трансфузионная терапия при шоке
	*		заполнение первичной медицинской карты
1		37	МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ НЕ ВКЛЮЧАЮТ:
			транспортную иммобилизацию
			трансфузионную терапию
			блокаду места перелома
	*		первичную хирургическую обработку раны
1		38	НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРОИЗВОДИТСЯ:
			первичная хирургическая обработка раны
	*		окончательная остановка кровотечения
			ампутация конечности
			трахеостомия
1		39	НА ЭТАПЕ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ НЕ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ:
			первичную хирургическую обработку раны
	*		декомпрессивную трепанацию черепа
			окончательную остановку кровотечения
			операции по поводу анаэробной инфекции
1		40	. ПРЯМОЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
	*		оскольчатого перелома надколенника
			винтообразного перелома большеберцовой кости
			перелома лодыжек
			перелома шейки бедренной кости
1		41	АБСОЛЮТНО ДОСТОВЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
			острая дыхательная недостаточность
			гипотермия
			расстройства сознания
	*		появление мелкоточечной петехиальной сыпи на коже передней поверхности туловища
1		42	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
			парез кишечника
			частый жидкий стул
			притупление перкуторного звука в отлогих местах
	*		дизурические расстройства
1		43	ОТМЕТЬТЕ ЗОНЫ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ.
	*		молекулярного сотрясения;
			бактериального загрязнения;
			первичного раневого канала;

			первичного некроза.
1		44	ПРИ ПУЛЕВОМ РАНЕНИИ:
	*		диаметр входного отверстия больше диаметра выходного;
			диаметр выходного отверстия больше диаметра входного;
			диаметры входного и выходного отверстия приблизительно одинаковы.
1		45	ПРИ НАЛИЧИИ У ПОСТРАДАВШЕГО СЛЕПОЙ ОСКОЛОЧНОЙ ГЛУБОКОЙ РАНЫ С УЗКИМ ВХОДНЫМ ОТВЕРСТИЕМ ПЕРВИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С:
			зондирования для определения глубины и направления раневого канала;
			иссечения разможенных краев раны;
			удаления инородных тел;
	*		рассечения раны.
1		46	КОГДА НЕОБХОДИМО ДРЕНИРОВАТЬ РАНУ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ?
			только в случае невозможности провести полноценный гемостаз;
			только при отсутствии уверенности в полноценном иссечении нежизнеспособных тканей;
			только при отсутствии возможности проведения в дальнейшем адекватной антибиотикотерапии и динамического наблюдения;
	*		д) во всех случаях.
1		47	МОЖНО ЛИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ НАЛОЖИТЬ ПЕРВИЧНЫЕ ГЛУХИЕ ШВЫ?
	*		можно при ранении лица;
			можно при отсутствии огнестрельного перелома;
			можно на подошвенной поверхности стопы;
			наложение первичных швов при всех видах огнестрельных ран категорически запрещено.
1		48	КУДА СЛЕДУЕТ НАПРАВИТЬ ПОСТРАДАВШЕГО С ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНОЙ БЕДРА БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ОБРАТИМОЙ ФАЗЕ ШОКА ПРИ ОКАЗАНИИ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ?
			в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
			в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
	*		в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;
			в госпитальную для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.
1		49	ЕСЛИ ПРИ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ КОСТНЫЕ ОТЛОМКИ ВЫСТОЯТ В РАНУ, ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИХ НЕОБХОДИМО:
			вправить в рану и наложить защитную повязку;
	*		наложить защитную повязку, не вправляя отломки в рану.
1		50	В УСЛОВИЯХ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШЕГО С ОТКРЫТЫМ ПЕРЕЛОМом ЗАЩИТНАЯ ПОВЯЗКА, НАЛОЖЕННАЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ

			ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВПЕРВЫЕ ДОЛЖНА БЫТЬ СНЯТА ПРИ ОКАЗАНИИ:
	*		первой врачебной помощи только при продолжающемся наружном кровотечении;
			первой врачебной помощи вне зависимости от наличия кровотечения;
			квалифицированной помощи только при продолжающемся наружном кровотечении;
			квалифицированной помощи вне зависимости от наличия кровотечения.
1		52	КАКОЙ ВАРИАНТ ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ ПРИ ОТКРЫТОМ ОСКОЛЬЧАТОМ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ В КАТАСТРОФАХ?
			наружная фиксация при помощи гипсовой повязки;
			погружной остеосинтез;
	*		внеочаговый остеосинтез;
			наложение транспортных шин, укрепленных гипсом.
1		53	ПРИ ЗАВЕРШЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ, ПРОНИКАЮЩЕЙ В СУСТАВ, КАПСУЛУ СУСТАВА:
	*		всегда ушивают наглухо с установкой дренажей;
			ушивают только в случаях отсутствия внутрисуставных переломов;
			ушивают только при неогнестрельных ранах;
			никогда не ушивают.
1		54	ТРАНСПОРТНАЯ АМПУТАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ — ЭТО:
			гильотинная ампутация конечности при симптомах газовой гангрены при эвакуации пострадавшего в санитарной машине;
	*		отсечение конечности, висящей на кожном лоскуте, при неполном травматическом отрыве;
			ампутация конечности при открытом переломе с разможением мягких тканей перед эвакуацией на следующий этап.
1			ПРИ ОКАЗАНИИ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИЙ С ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГЕМАТОМОЙ НАПРАВЛЯЕТСЯ:
		55	в госпитальную для проведения дегидратирующей терапии;
			в операционную
			в противошоковую для проведения предоперационной подготовки;
	*		д) в эвакуационное отделение: эвакуация в первую очередь для оказания специализированной хирургической помощи.
1		56	ДЛЯ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:
			девиация языка
	*		амнезия;
			анизокория;
			рвота.
1		57	ДЛЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГЕМАТОМЫ ХАРАКТЕРНО:
			утрата сознания;
			тахикардия;
	*		анизорефлексия;
			резкое падение артериального давления.

1		58	ЛЕВОСТОРОННЕЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГЕМАТОМЕ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ:
			расширение зрачка справа;
	*		расширение зрачка слева;
			гемипарез справа;
			гемипарез слева.
1		59	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА?
			анизокория;
			симптом «очков» ;
			тошнота и рвота;
	*		назальная или ушная ликворея;
1		60	ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У ПОСТРАДАВШЕГО С ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ:
			продолжающееся кровотечение;
			отек головного мозга;
	*		прогрессирующее сдавление головного мозга;
			клиническая картина ушиба головного мозга

2. Оформление фонда ситуационных задач (для проведения экзамена в АС ДПО).

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Задача 1.

Боец 40 лет обезвреживал взрывпакет, произошёл взрыв. Доставлен в операционную противошокового отделения. Правая верхняя конечность фиксирована шиной Крамера, повязка обильно пропитана кровью. Предплечье и кисть синюшные, холодные на ощупь. Пульс на лучевой артерии не определяется. Чувствительность кожи кисти резко снижена. Общее состояние пострадавшего тяжёлое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Больной заторможен, с вялой реакцией на окружающее. Артериальное давление 90/40 мм рт. ст., пульс 120 уд. в мин. После интенсивных противошоковых мероприятий приступили к первичной хирургической обработке раны верхней конечности. После введения в наркоз и снятия повязки на правой руке обнаружена огромная рваная рана 25 x 12 см, начинающаяся от верхней трети предплечья и захватывающая всю переднюю поверхность плеча. Дном раны являются размозжённые, загрязнённые обрывки мышц и торчащие костные отломки плечевой кости. В глубине раны обнаружены тромбированные концы размозжённой плечевой артерии. Пострадавший потерял около 600 мл крови.

ВОПРОСЫ:

1 Предварительный диагноз?

- а. Открытый перелом правого плеча 1У по Каплану-Марковой.
- б. Открытый перелом правого плеча. Острая кровопотеря, обратимый декомпенсированный шок. *
- в. 12-С2 \ - IO5- MT4 NV1-52 (по Мюллеру).

2. Какие ещё дополнительные методы исследования больного необходимо осуществить на данном этапе лечения ?

- а. Мониторинг артериального давления и пульса в динамике. ЭКГ.

б. Мониторинг артериального давления и пульса в динамике. ЭКГ, анализ мочи в динамике.

в. Мониторинг артериального давления и пульса в динамике. ЭКГ и анализ мочи в динамике. Исследование гематокрита. Рентгенография плеча с захватом проксимального и дистального суставов. Консультация сосудистого хирурга. *

3. С чего начинать противошоковое лечение у данного больного ?

а. Кровезаменители струйно. Гидрокортизон внутривенно. Временная остановка кровотечения. *

б. Анестезия по Куленкампу, наркотики.

в. Переливание эритроцитарной массы.

Задача 2

Со слов больного, отброшен взрывной волной при взрыве снаряда 1 час назад. При осмотре отмечается вальгусная деформация и наружная ротация периферического отдела голени, умеренный отёк. Под кожей выступает конец проксимального фрагмента большеберцовой кости. Пальпация этой зоны резко болезненна. На рентгенограммах левой голени определяется спирально-оскольчатый перелом большеберцовой кости в средней трети со смещением и косой перелом малоберцовой кости на этом же уровне со смещением. Больному проведена новокаиновая блокада места перелома, наложено скелетное вытяжение за пяточную кость. Учитывая удовлетворительное состояние больного и отсутствие отягчающих факторов, решено прооперировать по экстренным показаниям.

ВОПРОСЫ:

1. Что надо учесть при принятии такого решения

а. Состояние кожных покровов.

б. Состояние кожных покровов. Наличие имплантатов необходимых типоразмеров.

в. Состояние кожных покровов. Наличие имплантатов необходимых типоразмеров. Наличие квалифицированной операционной бригады. *

2. Какие виды остеосинтеза нецелесообразно использовать у данного больного ?

а. ЧКДО.

б. Накостный.

в. Кортикальный. *

3. Потребуется ли после операции внешняя иммобилизация ?

а. До заживления операционной раны.

б. На весь срок консолидации перелома.

в. Не потребуется. *

4. Какова вероятность несращения описанного перелома ?

а. Высокая.

б. Невысокая.

в. Непрогнозируемая в принципе.

Задача 3

Мужчина находился в помещении во время взрыва на 2 этаже. Травму получил обрушившимся фрагментом перекрытия, который ударил его по тыльной поверхности правой кисти. Пациент обратился за медицинской помощью в госпиталь для квалифицированной помощи. Объективно: тыльная поверхность правой кисти припухшая, болезненная при пальпации. В области III пястной кости подкожная гематома, ушибленные ссадины. При нагрузке по оси III пальца боль отдает в область травмы. Движения пальцев болезненны и умеренно ограничены. На рентгенограмме – перелом в области шейки III пястной кости с поперечным и угловым смещением

ВОПРОСЫ

1. Ваш диагноз?

а. Открытый перелом шейки III пястной кости.

- б. Закрытый перелом шейки III пястной кости.
- в. Открытый перелом шейки III пястной кости со смещением. *
- 2. Какие дополнительные мероприятия необходимо выполнить?
- а. Обработка антисептиком.
- б. Обработка антисептиком. Асептическая повязка.
- в. Обработка антисептиком. Асептическая повязка. Временная иммобилизация.
- г. Обработка антисептиком. Асептическая повязка. Временная иммобилизация.

Противостолбнячная иммунизация по показаниям. *

- 3. Какова тактика лечения?
- а. Гипсовая лонгета.
- б. Закрытая репозиция. Гипсовая повязка. Антибиотики.
- в. ПХО раны. Открытая репозиция. Остеосинтез. Гипсовая лонгета.*

Задача 4.

Мужчину 78 лет толкнули при эвакуации. Он упал на левый бок. Ударился областью большого вертела. Появились сильные боли в паховой области. Пострадавший доставлен в госпиталь для квалифицированного лечения. больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нога повернута кнаружи. Самостоятельно поставить стопу вертикально не может. Попытка сделать это с посторонней помощью приводит к появлению сильной боли в тазобедренном суставе. Больной не может поднять выпрямленную в коленном суставе ногу. Вместо этого он сгибает её, и нога скользит пяткой по постели. Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненно.

ВОПРОСЫ

- 1. Ваш предварительный диагноз
- а. Перелом шейки левого бедра. *
- б. Ушиб тазобедренного сустава.
- в. Вывих бедра.
- г. Чрезвертельный перелом бедра.
- 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить ?
- а. Рентгенограмму тазобедренного сустава в прямой проекции.
- б. Рентгенограмму тазобедренного сустава в прямой и аксиальной проекции.*
- в. Компьютерную томограмму.
- 3. Какова тактика современного лечения?
- а. Деротационный сапожок постельный режим.
- б. Однополюсное эндопротезирование. *
- в. Остеосинтез 3-мя параллельными канюлированными спонгиозными винтами.
- г. Кокситная гипсовая повязка.

Задача 5

Десантник 24 лет, форсируя препятствие упал и ударился наружной поверхностью правого плечевого сустава о землю. Появились сильные боли в области ключицы. Обратился через 2 часа. При внешнем осмотре отмечается деформация правой ключицы. Правое надплечье укорочено и опущено ниже левого. Здоровой рукой пациент придерживает согнутую в локтевом суставе повреждённую руку за предплечье и прижимает её к туловищу. Область правой ключицы отёчна. При пальпации определяется резкая болезненность. Удаётся определить конец проксимального отломка.

Движения в правом плечевом суставе болезненны, особенно при попытке поднять и отвести руку.

ВОПРОСЫ

1. Каков предварительный диагноз?
 - а. Вывих акромиального конца ключицы.
 - б. Вывих грудинного конца ключицы.
 - в. Перелом ключицы в средней трети со смещением*
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить
 - а. Снимок стоя с вертикальной нагрузкой по оси плеча.
 - б. Рентгенографию ключицы в прямой проекции стоя. *
 - в. Рентгенографию ключицы в передней прямой проекции лёжа.
3. Какова тактика лечения ?
 - а. Гипсовая повязка Дезо.
 - б. Ортез в виде 9-образной повязки.
 - в. Оперативное лечение. *
4. Какой имплантат является оптимальным для остеосинтеза.
 - а. Спица.
 - б. Интрамедуллярный стержень Богданова.
 - в. Реконструктивная пластина по верхней поверхности ключицы.
 - г. Малая прямая пластина с угловой стабильностью по передней поверхности ключицы. *
 - д. Предварительно моделированная пластина.

Задача 6

Прапорщик-артиллерист 35 лет, поднимавший сошник пушки при её разворачивании на позиции, почувствовал резкую боли в коленных суставах, сопровождавшуюся неясными звуками. Отметил быстро развивающийся отёк и невозможность самостоятельно передвигаться. В приёмное отделение военно-полевого травматологического госпиталя доставлен попутным транспортом.

При осмотре не может поднять ни левую, ни правую прямую ногу. Не может выполнить тест fabere. Активные движения в голеностопных суставах в полном объёме. При пальпации ощущается отёчность и неясное баллотирование в проекции верхних заворотов. Сосудистых нарушений и неврологических расстройств не выявлено.

ВОПРОСЫ.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
 - а. Двусторонний авульсионный перелом надколенников.
 - б. Двусторонний отрыв собственных связок надколенников.
 - с. Двусторонний импрессионный перелом плато большеберцовых костей
 - д. Двусторонний разрыв сухожильных растяжений квадрицепсов
 - е. Двустороннее ущемление тел Гоффа
2. Предложите и обоснуйте целесообразность выполнения визуальных и иных диагностических методов обследования пациента
 - а. Рентгенография коленных суставов
 - б. Компьютерная томография коленных суставов
 - с. МРТ коленных суставов
 - д. УЗИ коленных суставов
 - е. Пункция коленных суставов
 - ф. Общеклинический лабораторный скрининг
 - г. ЭКГ
 - х. Холтеровский мониторинг

3. Оцените результаты рентгенографии и УЗИ-исследований
 - а. Вверху – УЗИ картина справа, внизу - слева
4. Предложите объём помощи пострадавшему:
 - а. Оперативное вмешательство и лечение до возвращения в строй в условиях ВПТрГ
 - б. Обезболивание, иммобилизация, эвакуация на следующий этап оказания помощи
 - с. Обезболивание, иммобилизация, обеспечение средствами опоры, возвращение в часть
 - д. Оперативное вмешательство, эвакуация на следующий этап оказания помощи.

Задача 7.

Рядовой А. доставлен через 1,5 часа после взрыва кассетного боеприпаса и получения ранения левого плеча и левой половины грудной клетки. Состояние тяжелое. Слабость. Пульс - 110 в минуту. АД - 80/40 мм рт. ст. Кашель с кровавистой мокротой. Перкуторно слева притупление до 4-го ребра. Дыхание не проводится. Нарастающая подкожная эмфизема левой половины грудной клетки.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
 - а. Проникающее слепое ранение шариковыми элементами левой половины грудной клетки, гемоторакс, клапанный пневмоторакс, слепое ранение мягких тканей левого плеча. Шок 1-й степени;
 - б. Проникающее слепое ранение шариковыми элементами левой половины грудной клетки, гемоторакс, клапанный пневмоторакс, слепое ранение мягких тканей левого плеча. Шок 2-й степени;
 - в. Проникающее слепое ранение шариковыми элементами левой половины грудной клетки, гемоторакс, слепое ранение мягких тканей левого плеча. Шок 2-й степени;
2. Ваша тактика?
 - а. В перевязочной в 1 очередь: комплексная противошоковая терапия, дренирование плевральной полости, вагосимпатическая блокада
 - б. в. перевязочной в 1 очередь: комплексная противошоковая терапия, перевод клапанного пневмоторакса в открытый
 - в. В перевязочной в 1 очередь: комплексная противошоковая терапия, перевод, вагосимпатическая блокада;

3. Перечень основных лечебных мероприятий .

а.. в операционной под прикрытием комплексной противошоковой терапии торакотомия, ревизия, гемостаз, обработка и ушивание раны лёгкого, ПХО и ушивание грудной клетки. Дренирование плевральной полости для активной аспирации полиэтиленовой грушей-гармошкой. После стойкого выведения из шока эвакуация во 2-3 очередь в передовую ГБ

б. в операционной под прикрытием комплексной противошоковой терапии торакотомия, ревизия, гемостаз, обработка и ушивание раны лёгкого, ПХО и ушивание грудной клетки. Продолжение комплексной терапии в шоковой палатке, профилактика раневой инфекции. После стойкого выведения из шока эвакуация во 2-3 очередь в передовую ГБ

в.. в операционной под прикрытием комплексной противошоковой терапии торакотомия, ревизия, гемостаз, обработка и ушивание раны лёгкого, ПХО и ушивание грудной клетки. Дренирование плевральной полости для активной аспирации полиэтиленовой грушей-гармошкой. Продолжение комплексной терапии в шоковой палатке, профилактика раневой инфекции. После стойкого выведения из шока эвакуация во 2-3 очередь в передовую ГБ.

Задача 8

За 8 часов до поступления ногу рядового прижало к стене бампером грузового автомобиля. При поступлении: состояние по схеме И.С. Колесникова стресс-компенсированное; пульс 88 уд. в 1 мин., удовлетворительного наполнения; АД 110/70 мм рт. ст. Правый коленный сустав увеличен в объеме, завороты выбухают. Прилежающий отдел голени также увеличен в объеме, резко болезненный как при встречной нагрузке на мышелки больше берцовой кости, так и при попытке смещения в переднезаднем направлении, выраженная крепитация костных отломков. Кожные покровы дистального отдела конечности бледные холодные на ощупь. По задней поверхности голени синюшно-багровые пятна. Кожная чувствительность отсутствует, глубокая (суставно-мышечная) сохранена. Пульсация на артериях стоп не определяется, активные и пассивные движения в правом голеностопном суставе и суставах стопы отсутствуют.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
 - а. многооскольчатый перелом проксимального отдела правой большеберцовой кости, повреждение подколенной артерии
 - б. многооскольчатый перелом проксимального отдела правой большеберцовой кости, повреждение подколенной артерии, необратимая ишемия конечности;
 - в. многооскольчатый перелом проксимального отдела правой большеберцовой кости
2. Какие дополнительные исследования показаны?
 - а. рентгенография голени и коленного сустава в 2 проекциях; ангиография;
 - б. рентгенография голени и коленного сустава в 2 проекциях; ангиография;
 - в. рентгенография голени и коленного сустава в 2 проекциях; ангиография Ангиография, МРТ
3. Ваши последующие действия?
 - а. перевязочной в 1 очередь, под прикрытием комплексной детоксикационной терапии под наркозом произвести ампутацию на границе средней и нижней 1/3 правого бедра;
 - б. проводить симптоматическую терапию: перелить в/в Sol. Haemodesi – 200, 0Sol. Рингера 500,0 , Sol. Glucosae 5%-500,0
 - в. перелить до 500 мл одногруппной резус совместимой крови. наложить заднюю гипсовую шину

Задача 9

Рядовой В. получил слепое осколочное ранение правой голени. Санинструктор на поле боя наложил на рану повязку, ввёл промедол и обеспечил иммобилизацию способом «нога на ногу». Доставлен через 2,5 часа после ранения.

При осмотре на сортировочной площадке состояние раненого компенсированное. Жалуется на боли в правой голени, усиливающиеся при попытках движений. Повязка, умеренно промокшая кровью, подсохла. Определяется патологическая подвижность средней трети правой голени. Пульс - 82 в минуту. ЧД - 20 в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз.
 - а. слепое осколочное ранение средней трети правой голени, многооскольчатый перелом костей правой голени, острая кровопотеря
 - б. слепое осколочное ранение средней трети правой голени, многооскольчатый перелом костей правой голени, декомпенсированный шок
 - в. слепое осколочное ранение средней трети правой голени, многооскольчатый перелом костей правой голени

2 Какой объем помощи должен быть оказан раненому ?

а. в перевязочной : футлярная новокаиновая блокада, иммобилизация тремя шинами Крамера, введение наркотических анальгетиков, антибиотиков, ПСС и АС.

б. выполнить первичную хирургическую обработку раны. Удалить костные осколки и опилить расщепленные концы отломков. Произвести репозицию отломков и диафиксацию спицами, тампонаду по Микуличу с некролитической мазью. Наложить окончательную гипсовую повязку до верхней 1/3 бедра

в. эвакуировать санитарным транспортом, лёжа, во 2-3 очередь

Задача 10

Лейтенант И. был придавлен стенкой обвалившегося блиндажа , доставлен через 6 часов после травмы.

При осмотре состояние тяжелое, бледен, отмечается цианоз лица и слизистых. Раненый в сознании, жалуется на затрудненное дыхание и резкие боли в правой половине грудной клетки, кровохаркание. Пульс - 108 в минуту. АД - 110/60 мм рт. ст. ЧД - 36 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. При пальпации определяется резкая болезненность с III до IX ребра по средне подмышечной линии, там же имеет место крепитация подкожная и костных отломков. Перкуторно: справа коробочный звук, дыхание не прослушивается.

ВОПРОСЫ:

1 Ваш предварительный диагноз?

- а. множественный перелом ребер справа, внутренний клапанный пневмоторакс;
- б. ушиб грудной клетки ребер справа, внутренний клапанный пневмоторакс;
- в. множественный перелом ребер справа

2 Ваша тактика

а. перевести клапанный пневмоторакс в открытый, путём введения иглы с большим просветом в плевральную полость через 7-8 межреберье. Сделать правостороннюю вагосимпатическую блокаду;

б. перевести клапанный пневмоторакс в открытый, путём введения иглы с большим просветом в плевральную полость через 7-8 межреберье.

в. перевести клапанный пневмоторакс в открытый, путём введения иглы с большим просветом в плевральную полость через 4-5 межреберье. Сделать правостороннюю вагосимпатическую блокаду;

3 В каком положении и в какую очередь следует эвакуировать раненого?

- а. эвакуировать в полусидячем положении в I очередь
- б. эвакуация во 2 очередь в торакальный госпиталь
- в. больной нетранспортабелен

Задача 11

Рядовой Л. доставлен в в бессознательном состоянии с касательным ранением левой теменно-височной области. Состояние компенсированное. Левый зрачок значительно шире правого, реакции на свет нет. Отмечается ригидность затылочных мышц. Правосторонний гемипарез. Тонус мышц справа повышен, рефлексы оживлены. Пульс напряжен, 64 удара в 1мин. Дыхание учащено - 28 в 1 минуту. Рана умеренно кровоточит, видна неповреждённая теменная кость.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?

а касательное непроникающее ранение левой теменно-височной области, внутричерепная гематома, контузия головного мозга, правосторонний гемипарез.

б. непроникающее ранение левой теменно-височной области, контузия головного мозга, правосторонний гемипарез.

в. касательное непроникающее ранение левой теменно-височной области, двухсторонняя субдуральная гематома

2. Ваша тактика?

а. эвакуировать в положении лёжа в I очередь.

б. трепанация черепа, гемостаз, ПХО раны. Противоболевая, антибактериальная терапия. Терапия черепно-мозговой травмы. Через 3-7 дней эвакуировать в нейрохирургический ВПХГ передовой ГБ.

в. долечивание в ТГМЗ.

Задача 12

При обстреле майор 40 лет отброшен взрывной волной и ударился о бетонное заграждение. Через 45 минут доставлен в госпиталь попутным транспортом с временной иммобилизацией подручными средствами: травмированная нога привязана к доске от уровня голеностопного сустава до гребня подвздошной кости.

При осмотре: АД 90/60 мм рт ст, кожные покровы влажные, бледные, пульс 100 в минуту. Лежит на спине, жалуется на сильную боль в правом бедре, неспособность встать и опереться на ногу. Правая нога укорочена на 6 см, имеется угловая деформация на уровне проксимальной трети бедра, угол открыт кнутри. Любая попытка движений сопровождается выраженной болевой реакцией. Пульс на а. dorsalis pedis, а. tibialis posterior хорошо определяется, неврологического дефицита в дистальных отделах голени и на стопе нет.

ВОПРОСЫ.

1. Предложите последовательность действий.

а. Рентгенография черепа;

б. эвакуация в травматологический госпиталь;

в. Рентгенография шейного отдела позвоночника;

г. Рентгенография левого плеча;

ж. УЗИ черепа с определением характеристик М-эха;

е. обеспечить венозный доступ и начать восполнение ОЦК;

ё. УЗИ по протоколу FAST;

ж. обезболивание;

з. ЭКГ;

и. Холтеровский мониторинг;

к. скрининг показателей крови.

2. Оцените данные рентгенографического обследования, приведённые ниже (см. Рисунок 1, Рисунок 2) и предложите метод и место лечения пострадавшего



Рисунок 1 Рентгенограмма, боковая проекция

Рисунок 2 Рентгенограмма, прямая проекция

Задача 13

А приёмное отделение травматологического госпиталя доставлен военнотружущий 21 года, жалующийся на боль в левом плече, возникшую после поражения ударной волной с кратковременной потерей сознания и падением с высоты 1,5-2 м. В каком положении находилась рука во время падения не помнит.

Жалуется на боли в шее, головную боль. Рука на косыночной повязке. Боль, объём движений в левом плече резко ограничен. При физикальном осмотре была обнаружена область экхимоза и припухлости по передней поверхности левого плеча. Болезненность также локализуется в переднем отделе левого плеча. Активное отведение до 70°, вращение наружу было нормальным, в то время как активное вращение внутрь было уменьшено до 20%. Резкая боль возникает при попытке активного отведения, начиная с 15°. Пассивный диапазон движения левого плеча составлял 130° при сгибании вперёд и 130° при отведении, в то время как пассивное разгибание и приведение составляли 20° и 40° соответственно.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?
 - а. сочетанная травма: сотрясение головного мозга, перелом левой ключицы;
 - б. комбинированная травма: сотрясение или ушиб головного мозга, повреждение ротаторов левого плеча;
 - в. сочетанная черепно-мозговая травма, перелом проксимального отдела плеча.
 2. Предложите и обоснуйте объём обследования пострадавшего, комбинируя нижеприведённые варианты или добавьте свои.
 - а. Рентгенография черепа;
 - б. Рентгенография шейного отдела позвоночника;
 - в. Рентгенография левого плеча;
 - г. УЗИ черепа с определением характеристик М-эха;
 - ж. УЗИ по протоколу FAST;
 - е. ЭКГ;
 - ё. Холтеровский мониторинг;
 - ж. скрининг показателей крови.
 3. Какие действия и в какой последовательности нужно провести при оказании специализированной помощи пострадавшему;
 - а. Эвакуация на следующий этап;
 - б. Открытая репозиция, остеосинтез;
 - в. Обезболивание места перелома;
 - г. Открытая репозиция, остеосинтез в условиях травматологического госпиталя.
- Результаты рентгенографии и компьютерной томографии левого плечевого сустава приведены ниже



Сформулируйте клинический диагноз. Присвойте травме классификационный код по АО/ОТА/

Задача 14

Рядовой был сброшен с брони БМД в результате наезда машины на неподвижное препятствие на скорости около 50 км в час. В приёмное хирургического госпиталя доставлен из медицинской роты бригады, где был эндотрахеально интубирован по поводу гипоксемического респираторного дистресса.

При осмотре отмечена выраженная подкожная крепитация («симптом снежного хруста») резкое ослабление дыхательных шумов при аускультации. Правый зрачок расширен, реакция на свет слабая. Клинически определяются перелом грудины и перелом нескольких рёбер справа и слева. Обнаружен переломо-вывих правого локтевого сустава.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?
 - а. сочетанная травма: сотрясение головного мозга, закрытая травма грудной клетки, переломо-вывих правого локтевого сустава;
 - б. комбинированная травма: ушиб головного мозга, закрытая травма грудной клетки, переломо-вывих правого локтевого сустава
 - в. сочетанная черепно-мозговая травма: ушиб головного мозга, закрытая травма грудной клетки, пневмоторакс, переломо-вывих правого локтевого сустава.
2. Предложите и обоснуйте объём обследования пострадавшего, комбинируя нижеприведённые варианты или добавьте свои.
 - а. Рентгенография черепа;
 - б. Рентгенография шейного отдела позвоночника;
 - в. Рентгенография левого плеча;
 - г. УЗИ черепа с определением характеристик М-эха;
 - ж. УЗИ по протоколу FAST;
 - е. ЭКГ;
 - ё. Холтеровский мониторинг;
 - ж. скрининг показателей крови.
3. Какие действия и в какой последовательности нужно провести при оказании специализированной помощи пострадавшему с учётом приведённых ниже некоторых результатов обследования.



- а. Эвакуация в МОСН
 - б. продолжение реанимационных мероприятий в хирургическом госпитале;
 - в. Декомпрессионная трепанация черепа;
 - г. Открытая репозиция, остеосинтез перелома.
- продолжение противошоковых мероприятий, дренирование плевральной полости, антисептическая обработка открытого переломо-вывиха, эвакуация в базовый госпиталь.