

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ  
И.о. проректора по  
научной работе,  
д.м.н., профессор Башкина О.А.

«29» мая 20 19 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)  
«Травматология и ортопедия»**

**Направление подготовки:** 31.06.01 – Клиническая медицина

**Направленность (профиль):** Травматология и ортопедия

**Уровень высшего образования:** подготовка кадров высшей квалификации

**Квалификация:** Исследователь. Преподаватель-исследователь

**Форма обучения:** очная, заочная

**Срок освоения ОПОП:** 3 года очная форма обучения, 4 года заочная форма

**Кафедра:** травматологии и ортопедии

Всего ЗЕТ – 6, всего часов – 216

из них: аудиторных занятий - 108 часов

в том числе: лекций - 18 часов

практических занятий - 72 часа

научно-практических занятий – 16 часов

консультаций – 2 часа

самостоятельная работа - 108 часов

**Формы контроля:**

Кандидатский экзамен 5 семестр - очная форма, 6 семестр – заочная форма

Астрахань – 20 19

## **1. Цель и задачи дисциплины:**

**Цель:** подготовка высококвалифицированного научного работника и врача-травматолога-ортопеда, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности преимущественно в условиях специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; научной и педагогической деятельности, а также формирование готовности и способности к профессиональному, личностному и культурному самосовершенствованию, стремлению к постоянному повышению своей квалификации, инноваторству, развитию качеств интеллигента и гуманистических основ личности, позволяющих осуществлять социальное служение людям.

### **Задачи освоения дисциплины:**

- Обеспечить общепрофессиональную подготовку врача- травматолога-ортопеда, педагогического и научного работника, включая основы фундаментальных дисциплин, вопросы этиологии, патогенеза, клинических проявлений заболеваний, лабораторных и функциональных исследований, постановки диагноза, определения видов и этапов лечения с учетом современных достижений медицины и профилактики заболеваний.

- Сформировать профессиональные знания, умения, навыки, владения врача травматолога-ортопеда с целью самостоятельного ведения пациентов преимущественно в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

- Совершенствовать знания, умения, навыки по клинической лабораторной и функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умения оценки результатов исследований в диагностике, дифференциальной диагностике, прогнозе заболеваний, выборе адекватного лечения.

- Совершенствовать знания по клинической фармакологии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов в травматологии и ортопедии.

- Совершенствовать знания и навыки по вопросам профилактики ортопедических заболеваний у детей и взрослых, диспансеризации и принципам реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательной системы.

- Совершенствовать знания, умения, навыки по основам организации и оказания неотложной помощи при urgentных состояниях в травматологии и ортопедии.

- Совершенствовать знания основ социальной гигиены и здоровья населения страны, задач здравоохранения страны в области охраны здоровья населения и перспектив развития здравоохранения.

- Сформировать умение оценки основных показателей состояния здоровья населения страны, региона.

- Совершенствовать знания основ медицинского страхования.

- Совершенствовать знания основ клинического этикета и юриспруденции врача, основам клинической психологии.

- Формировать навыки литературного анализа по достижениям современной науки и смежных дисциплин, умения выделять актуальные проблемы травматологии и ортопедии, цели и конкретизировать задачи исследования.

- Проводить самостоятельно необходимые эпидемиологические, клинические, лабораторные, инструментальные, и иные исследования для выполнения поставленной цели и задач научных исследований, разрабатывать на основании них новые подходы к диагностике, дифференциальной диагностике, лечению, реабилитации, прогнозированию дальнейшего течения заболеваний опорно-двигательной системы.

- Владеть основами статистического анализа

- Способствовать внедрению современных достижений науки в практику травматолога-ортопеда.

- Научиться современным методам преподавания дисциплины и контролю за качеством осуществляемого преподавания;

- Научиться практике чтения лекции, проведения семинарских и практических занятий, навыкам планирования и оценки преподавательской деятельности;
- Научиться навыкам составления рабочих программ, планов тематического усовершенствования и т.д.

#### **Место дисциплины в структуре ОПОП:**

В соответствии с ФГОС по направлению подготовки 31.06.01 – Клиническая медицина и профилю подготовки (направленности) – «Травматология и ортопедия» дисциплина (модуль) «Травматология и ортопедия» (Б1.В.01) относится к Вариативной части обязательных дисциплин подготовки научно-педагогических кадров высшей квалификации в аспирантуре.

#### **Требования к результатам освоения дисциплины**

Перечень знаний, умений и навыков при формировании компетенций в соответствии с ФГОС ВО:

Показатели освоения компетенции	Код
<b>УК-1Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях</b>	
<b>ЗНАТЬ:</b> -методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях.	<b>Код 31 (УК-1)</b>
<b>УМЕТЬ:</b> -анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные риски реализации этих вариантов; -при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений.	<b>Код У1 (УК-1)</b> <b>Код У2 (УК-1)</b>
<b>ВЛАДЕТЬ:</b> -навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях; -навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях.	<b>Код В1 (УК-1)</b> <b>Код В2 (УК-1)</b>
<b>УК-5 способность следовать этическим нормам в профессиональной деятельности</b>	
<b>ЗНАТЬ:</b> -сущность, структуру и принципы этических основ профессиональной деятельности; -нормативно-правовые документы, регламентирующие морально-этические нормы в профессиональной деятельности.	<b>Код 31(УК-5)</b> <b>Код 32(УК-5)</b>
<b>УМЕТЬ:</b> -принимать решения и выстраивать линию профессионального поведения с учетом этических норм, принятых в соответствующей области профессиональной деятельности; -применять методы, приемы и средства предотвращения и разрешения конфликтных ситуаций с учетом нравственно-этических норм; -осуществлять личностный выбор в различных профессиональных и морально-ценностных ситуациях, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность.	<b>Код У1 (УК-5)</b> <b>Код У2 (УК-5)</b> <b>Код У3 (УК-5)</b>
<b>ВЛАДЕТЬ:</b> -навыками профессионального сопровождения студентов в образовательной деятельности и профессионально-личностном развитии с учетом	<b>Код В1(УК-5)</b>

<p>профессиональной этики;  -навыками организации работы исследовательского коллектива на основе соблюдения принципов профессиональной этики.</p>	<p><b>Код В2 (УК-5)</b></p>
<p><b>УК-6 способность планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития</b></p>	
<p><b>ЗНАТЬ:</b>  -сущность, структуру и принципы процесса профессионально-творческого саморазвития;  -методы профессионального и личностного самообразования, проектирования дальнейшего образовательного маршрута и профессиональной карьеры.</p>	<p><b>Код 31(УК-6)</b>  <b>Код 32(УК-6)</b></p>
<p><b>УМЕТЬ</b>  -выстраивать индивидуальные траектории профессионально-творческого саморазвития;  -организовывать собственную профессиональную деятельность, стимулирующую профессионально-личностное развитие.</p>	<p><b>Код У1(УК-6)</b>  <b>Код У2(УК-6)</b></p>
<p><b>ВЛАДЕТЬ:</b>  -способами оценки сформированности профессионально-значимых качеств, необходимых для эффективного решения профессиональных задач;  -умениями и навыками профессионально-творческого саморазвития на основе компетентностного подхода.</p>	<p><b>Код В1(УК-6)</b>  <b>Код В2(УК-6)</b></p>
<p><b>ОПК-1 способность и готовность к организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины</b></p>	
<p><b>ЗНАТЬ:</b>  -знать основные источники и методы поиска научной информации;  -принципы доказательной медицины, теоретические основы информационных компьютерных систем в медицине и здравоохранении.</p>	<p><b>Код 31(ОПК-1)</b>  <b>Код 32(ОПК-1)</b></p>
<p><b>УМЕТЬ:</b>  -использовать наиболее эффективные способы организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины;  -определить перспективные направления научных междисциплинарных исследований;  -формировать контент прикладного научного исследования;  -выделять и обосновывать авторский вклад в проводимое прикладное научное исследование, оценивать его научную новизну и практическую значимость.</p>	<p><b>Код У1 (ОПК-1)</b>  <b>Код У2 (ОПК-1)</b>  <b>Код У3(ОПК-1)</b>  <b>Код У4 (ОПК-1)</b></p>
<p><b>ВЛАДЕТЬ:</b>  -навыками организации и проведения прикладных научных исследований;  -навыками совершенствования и развития своего научно-творческого потенциала;  -навыками разработки и реализации моделей и научных проектов в области биологии и медицины.</p>	<p><b>Код В1(ОПК-1)</b>  <b>Код В2 (ОПК-1)</b>  <b>Код В3 (ОПК-1)</b></p>
<p><b>ОПК-2 способность и готовность к проведению прикладных научных исследований в области биологии и медицины</b></p>	
<p><b>ЗНАТЬ:</b>  -основной круг проблем, встречающихся в научной деятельности, и основные способы (методы, алгоритмы) их решения;  -пути осуществления комплексных исследований в области биологии и медицины;  -современные методы научного исследования;  -принципы и методы ретроспективного и проспективного анализа в научных исследованиях в области медицины.</p>	<p><b>Код 31(ОПК-2)</b>  <b>Код 32(ОПК-2)</b>  <b>Код 33 (ОПК-2)</b>  <b>Код 34(ОПК-2)</b></p>

<p><b>УМЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-определять перспективные направления научных междисциплинарных исследований, используя зарубежные источники;</li> <li>-анализировать, обобщать и систематизировать передовые достижения научной мысли в области медицины;</li> <li>-правильно, с научных позиций анализировать получаемую через средства научной коммуникации информацию и применять ее в научных исследованиях;</li> <li>-выделять и обосновывать авторский вклад в проводимые исследования, оценивать его научную новизну и практическую значимость.</li> </ul>	<p><b>Код У1 (ОПК-2)</b></p> <p><b>Код У2 (ОПК-2)</b></p> <p><b>Код У3(ОПК-2)</b></p> <p><b>Код У4 (ОПК-2)</b></p>
<p><b>ВЛАДЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-современными методами, инструментами и технологией научно-исследовательской и проектной деятельности в области биологии и медицины;</li> <li>-навыками публикации результатов научных исследований, в том числе, в отечественных и зарубежных рецензируемых научных изданиях;</li> <li>-навыками отбора и анализа научной литературы на иностранном языке.</li> </ul>	<p><b>Код В1(ОПК-2)</b></p> <p><b>Код В2(ОПК-2)</b></p> <p><b>Код В3 (ОПК-2)</b></p>
<p><b>ОПК-4 готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан</b></p>	
<p><b>ЗНАТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач;</li> <li>-основные понятия и объекты интеллектуальной собственности, правила составления и подачи заявки на выдачу патента на изобретение;</li> <li>-современные принципы разработки новых методов профилактики и лечения болезней человека, направленные на сохранение здоровья населения и улучшения качества жизни.</li> </ul>	<p><b>Код З1(ОПК-4)</b></p> <p><b>Код З2(ОПК-4)</b></p> <p><b>Код З3 (ОПК-4)</b></p>
<p><b>УМЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-находить наиболее эффективные методы внедрения разработанных методик, направленных на сохранение здоровья и улучшение качества жизни граждан;</li> <li>-оформлять и систематизировать методические рекомендации по использованию новых методов профилактики и лечения болезней человека;</li> <li>-анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные результаты внедрения этих вариантов.</li> </ul>	<p><b>Код У1 (ОПК-4)</b></p> <p><b>Код У2(ОПК-4)</b></p> <p><b>Код У3(ОПК-4)</b></p>
<p><b>ВЛАДЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач в области здравоохранения;</li> <li>-навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных результатов научной деятельности.</li> </ul>	<p><b>Код В1(ОПК-4)</b></p> <p><b>Код В2(ОПК-4)</b></p>
<p><b>ОПК-5 способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных</b></p>	
<p><b>ЗНАТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики для получения научных данных;</li> <li>-возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных.</li> </ul>	<p><b>Код З1(ОПК-5)</b></p> <p><b>Код З2(ОПК-5)</b></p>
<p><b>УМЕТЬ:</b></p>	<p><b>Код У1(ОПК-5)</b></p>

<p>-проводить оценку параметров лабораторных и инструментальных данных на государственном и иностранном языках;</p> <p>-применять разные методы и подходы к решению одних и тех же научных задач с использованием лабораторных и инструментальных баз;</p> <p>-определить объем необходимых лабораторно-инструментальных методов исследований.</p>	<p><b>Код У2 (ОПК-5)</b></p> <p><b>Код У3(ОПК-5)</b></p>
<p><b>ВЛАДЕТЬ:</b></p> <p>-навыками интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики;</p> <p>-современными эффективными способами интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики.</p>	<p><b>Код В1(ОПК-5)</b></p> <p><b>Код В2(ОПК-5)</b></p>
<p><b>ПК-1 способность и готовность к планированию, организации и проведению научно-исследовательской работы в области травматологии и ортопедии с выбором оптимальных методов исследования, соблюдением принципов доказательной медицины, с целью получения новых научных данных, значимых для медицинской отрасли наук</b></p>	
<p><b>ЗНАТЬ:</b></p> <p>-современные теоретические и экспериментальные методы научного исследования в области травматологии и ортопедии;</p> <p>-основные методы планирования, организации и проведения научно-исследовательской работы в области травматологии и ортопедии.</p>	<p><b>Код 31 (ПК-1)</b></p> <p><b>Код 35 (ПК-1)</b></p>
<p><b>УМЕТЬ:</b></p> <p>-использовать прикладные знания для развития новейших научных подходов смежной ориентации на границах ряда научных дисциплин в области травматологии и ортопедии.</p>	<p><b>Код У1(ПК-1)</b></p>
<p><b>ВЛАДЕТЬ:</b></p> <p>-принципами доказательной медицины с целью получения новых научных закономерностей в области травматологии и ортопедии.</p>	<p><b>Код В3 (ПК-1)</b></p>
<p><b>ПК-2 способность и готовность к внедрению результатов научной деятельности, новых методов и методик в практическое здравоохранение с целью повышения эффективности профилактики и лечения различных форм травматологических и ортопедических заболеваний</b></p>	
<p><b>ЗНАТЬ:</b></p> <p>-современные перспективные направления и научные разработки, современные способы в области травматологии и ортопедии;</p> <p>-результаты научной деятельности, новых методов и методик с целью повышения эффективности диагностики, лечения и профилактики различных травматологических и ортопедических заболеваний.</p>	<p><b>Код 31 (ПК-2)</b></p> <p><b>Код 34 (ПК-2)</b></p>
<p><b>УМЕТЬ:</b></p> <p>-самостоятельно приобретать и использовать в практической деятельности новые научные знания и умения в области травматологии и ортопедии;</p> <p>-получать новую информацию путем анализа данных из научных источников на государственном и иностранном языках.</p>	<p><b>Код У1(ПК-2)</b></p> <p><b>Код У2(ПК-2)</b></p>
<p><b>ВЛАДЕТЬ:</b></p> <p>-навыками самостоятельного приобретения знаний и умений, необходимых для ведения научно-исследовательской деятельности, напрямую не связанных с профилем подготовки;</p> <p>-навыками поиска научной информации;</p> <p>-новыми методами и методиками с целью повышения эффективности диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний.</p>	<p><b>Код В1 (ПК-2)</b></p> <p><b>Код В2 (ПК-2)</b></p> <p><b>Код В3 (ПК-2)</b></p>

Раздел	Код освоения компетенции
Основы социальной гигиены	УК-1:31, У1, У2, В1,В2

и организация травматолого-ортопедической помощи в РФ.	УК-5: 31, 32, У1, У2, У3, В1,В2 УК-6: 31, 32, У1, У2, В1,В2
Общие вопросы травматологии.	ОПК-1:31, 32, У1, У2, У3, У4, В1, В2, В3
Повреждения черепа и головного мозга.	ОПК-2:31, 32, 33, 34, У1, У2, У3, У4, В1, В2, В3
Повреждения позвоночника и спинного мозга.	ОПК-4: 31, 32, 33, У1, У2, У3, В1, В2
Повреждения груди.	ОПК-5: 31, 32, У1, У2, У3, В1, В2
Повреждения живота и таза	ПК-1: 31, 35, У1, В3
Повреждения плечевого пояса.	ПК-2:31, 34, У1, У2, В1, В2, В3
Повреждения в области локтевого сустава и предплечья.	
Повреждения кисти.	
Повреждения тазобедренного сустава и бедренной кости.	
Повреждения коленного сустава	
Повреждения голени.	
Повреждения голеностопного сустава и стопы	
Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника	
Врожденная мышечная кривошея	
Врожденный вывих бедра	
Врожденная косолапость	
Врожденные заболевания конечностей	
Нарушения осанки. Сколиотическая болезнь	
Опухоли костей	
Остеохондропатии	
Паралитические деформации конечностей	
Статические деформации стоп	
Ампутации конечностей, протезирование, ортезирование	

#### 4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 ЗЕТ

№ п/п	Виды учебной работы	Всего часов
1.	<b>Аудиторные занятия</b>	108
	Лекции	18
	Практические занятия	72
	Научно-практические занятия	16
	Консультации	2
2.	<b>Самостоятельная работа</b>	108
	В том числе: самоподготовка (самостоятельное изучение разделов дисциплины), реферирование, подготовка к практическим занятиям и т.д.	

#### 5. Содержание дисциплины

### 5.1. Содержание разделов дисциплины

Раздел	Структура раздела
<p>Основы социальной гигиены и организация травматолого-ортопедической помощи в РФ.</p>	<p>Организация ортопедо-травматологической помощи больным в поликлинических условиях. Диагностическая и лечебная работа. Особенности обезболивания в амбулаторных условиях. Манипуляции и операции, выполняемые ортопедом-травматологом в поликлинике. Реабилитация больных, перенесших оперативные вмешательства в условиях стационара. Профилактические осмотры. Диспансеризация травматологических больных. Группы диспансерного учета по травматологии и ортопедии. Профилактика столбняка. Организационно-методическая и санитарно-просветительная деятельность. Формы санитарно-просветительной работы среди населения – бюллетень, лекция, выступление в средствах массовой информации. Основные виды медицинской документации. Требования к оформлению. Медико-социальная экспертиза и экспертиза временной нетрудоспособности. Правила выдачи и оформления листов временной нетрудоспособности. Организация травмпункта. Особенности оказания экстренной травматологической помощи в травмпункте. Вопросы деонтологии врачебной этики.</p>
<p>Общие вопросы травматологии.</p>	<p>Классификация травм по АО / ASIF  Понятие о травматической болезни.  Политравма, классификация.  Сочетанная травма.  Множественная травма.  Клиническая анатомия и оперативная хирургия груди, позвоночника, конечностей.</p>
<p>Повреждения черепа и головного мозга.</p>	<p>Классификация черепно-мозговой травмы.  Клиника, диагностика черепно-мозговой травмы.  Техника операций при черепно-мозговой травме.  Классификация ком Глазго.  Принципы ведения больных с тяжелой ЧМТ в послеоперационном периоде.  Показания к трахеостомии при ЧМТ.  Направление больных на комиссию МСЭК и реабилитационное лечение.</p>
<p>Повреждения позвоночника и спинного мозга.</p>	<p>Классификация повреждений позвоночника.  Механизм повреждений позвоночника.  Техника одномоментной репозиции переломов позвоночника и функциональный метод лечения.  Методы хирургического лечения неосложненных переломов позвоночника.  Реабилитация больных с травмой позвоночника и порядок направления больных на МСЭК.  Клиника и диагностика осложненных переломов позвоночника.  Иммобилизация шейного отдела позвоночника петлей Глиссона, воротником Шанца, аппаратом внешней фиксации – галопельвиотракция.</p>



	<p>Хирургические методы лечения осложненных переломов позвоночника.</p> <p>Профилактика пролежней и мочевой восходящей инфекции.</p>
Повреждения груди.	<p>Классификация повреждений груди.</p> <p>Механизм повреждений груди.</p> <p>Особенности обследования и оказания помощи при повреждениях грудной клетки.</p> <p>Гемоторакс и пневмоторакс. Классификация гемоторакса.</p> <p>Открытый пневмоторакс.</p> <p>Флотирующие переломы ребер.</p> <p>Диагностика гемоторакса и пневмоторакса.</p> <p>Дренирование плевральной полости по Бюллау.</p> <p>Повреждения легкого. Признаки продолжающегося внутриплеврального кровотечения. Показания к торакотомии.</p> <p>Торакоабдоминальные ранения. Ранения сердца.</p> <p>Осложнения при ранениях груди. Методы их лечения.</p>
Повреждения живота и таза	<p>Классификация повреждений костей таза.</p> <p>Механизмы повреждений костей таза.</p> <p>Клиника, диагностика, консервативное лечение повреждений костей таза, показания к оперативному лечению.</p> <p>Осложненные переломы таза (повреждение мочевого пузыря, уретры, прямой кишки) и их лечение.</p> <p>Диагностика повреждений живота и повреждений таза.</p> <p>Проникающие и непроникающие повреждения живота.</p> <p>Лапароцентез, лапаротомия.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>Техника операций при повреждениях паренхиматозных органов, полых органов живота.</p>
Повреждения плечевого пояса.	<p>Травматические вывихи плеча. Повреждение ротационной манжетки плеча.</p> <p>Привычный вывих плеча, способы хирургического лечения.</p> <p>Переломы и вывихи ключицы.</p> <p>Переломы лопатки.</p> <p>Классификация переломов ключицы и лопатки.</p> <p>Методы консервативного и оперативного лечения переломов ключицы и лопатки.</p> <p>Переломы хирургической шейки плеча. Техника лечения.</p> <p>Переломы диафиза плечевой кости. Техника лечения диафизарных переломов плеча.</p> <p>Консервативные методы лечения переломов лопатки, ключицы и плечевой кости.</p> <p>Техника наложения укороченной гипсовой повязки по Кодуэллу и Охотскому.</p> <p>Место чрескостного остеосинтеза в лечении переломов костей плечевого пояса.</p> <p>Внутрикостный и блокирующий остеосинтез плечевой кости.</p> <p>Особенности переломов плеча у детей.</p> <p>Повреждение проксимального и дистального сухожилий двуглавой мышцы плеча.</p>
Повреждения в области локтевого сустава и	<p>Вывихи предплечья, осложнения.</p> <p>Пронационный подвывих головки лучевой кости.</p> <p>Классификация надмышцелковых и чрезмышцелковых переломов</p>

<p>предплечья.</p>	<p>плечевой кости.          Чрезмышечковые переломы плеча. Осложнения (острая артериальная недостаточность, контрактура Фолькмана).          Методы лечения переломов мышечков плечевой кости у детей и взрослых.          Переломы локтевого отростка локтевой кости. Консервативное лечение переломов локтевого отростка.          Переломы головки и шейки лучевой кости и методы их лечения, осложнения.          Диагностика переломов диафиза костей предплечья.          Техника лечения переломов диафиза костей предплечья в зависимости от их локализации.          Переломовывихи костей предплечья (Монтеджи и Галеацци).          Особенности лечения переломовывихов предплечья.          Перелом лучевой кости в типичном месте (Коллеса и Смита).          Оскольчатые внутрисуставные переломы дистального метаэпифиза лучевой кости, особенности лечения, осложнения.          Особенности переломов предплечья у детей.</p>
<p>Повреждения кисти.</p>	<p>Вывихи костей запястья.          Классификация переломов костей запястья.          Переломы ладьевидной кости и техника оперативного лечения.          Переломы других костей запястья.          Переломовывих I пястной кости (перелом Беннета), техника репозиции, показания к оперативному лечению.          Переломы пястных костей и фаланг пальцев, классификация, остеосинтез.          Вывихи пястных костей и фаланг пальцев.          Повреждения тыльного апоневроза пальцев кисти и сухожилий разгибателей, клинические проявления, особенности лечения.          Клиника и диагностика разрывов сухожилий, техника операции сухожильного шва.          Повреждения сухожилий сгибателей пальцев кисти. Принципы оперативного лечения, послеоперационное ведение больных.          Принципы лечения открытых повреждений кисти. Виды кожной пластики. Понятие о реплантации и реваскуляризации.          Неотложная помощь при отрывах кисти. Микрохирургия в хирургии кисти.</p>
<p>Повреждения тазобедренного сустава и бедренной кости.</p>	<p>Травматические вывихи бедра, осложнения.          Переломы проксимального отдела бедра. Переломы шейки бедра, особенности регенерации костной ткани.          Клиника медиального и латерального переломов шейки бедренной кости.          Выбор методики лечения и особенности лечения переломов шейки бедренной кости.          Выбор анестезии при лечении переломов шейки бедренной кости.          Эндопротезирование тазобедренного сустава и показания к нему.          Классификация диафизарных переломов бедренной кости.          Показания к хирургическому лечению переломов бедренной кости, к аппаратам внешней фиксации.          Техника накостного малоконтактного остеосинтеза.          Техника антероградного блокирующего остеосинтеза.          Клиника и консервативное лечение надмышечковых переломов</p>

	<p>бедренной кости. Особенности переломов бедра у детей.</p>
<p>Повреждения коленного сустава</p>	<p>Клиника гемартроза коленного сустава. Техника пункции коленного сустава. Клиника повреждения боковых и крестообразных связок, их лечение в современных условиях. Клиника и диагностика повреждения менисков. Техника устранения блокады коленного сустава. Современные методы лечения повреждений менисков коленного сустава. Классификация переломов надколенника. Диагностика и лечение переломов надколенника без смещения и со смещением отломков. Классификация переломов мыщелков бедренной кости. Техника остеосинтеза. Вывихи надколенника. Вывихи голени. Возможности артроскопии в диагностике и лечении внутрисуставных повреждений коленного сустава.</p>
<p>Повреждения голени.</p>	<p>Закрытые переломы костей голени. Выбор метода лечения. Техника наложения скелетного вытяжения за пяточную кость. Методы и сроки консервативного лечения диафизарных переломов костей голени. Показания к оперативному лечению диафизарных переломов костей голени. Внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез. Аппараты внешней фиксации Илизарова, Гудушаури, Волкова-Оганесяна, Миллера. Показания, отличительные особенности. Техника лечения открытых переломов костей голени, классификация. Первичная хирургическая обработка ран голени, внутрикостное промывание по Сызганову-Ткаченко и профилактика гнойных осложнений.</p>
<p>Повреждения голеностопного сустава и стопы</p>	<p>Растяжение, частичный и полный разрыв связок и сухожилий голеностопного сустава. Диагностика повреждений ахиллова сухожилия, закрытый шов ахиллова сухожилия. Повреждение дельтовидной связки голеностопного сустава. Переломы лодыжек, классификация. Методы анестезии при переломах-вывихах в голеностопном суставе. Закрытая одномоментная репозиция при переломах-вывихах в голеностопном суставе. Открытая репозиция перелома-вывихов голеностопного сустава, доступы, техника операции. Методика восстановления дельтовидной связки голеностопного сустава. Переломы пяточной и таранной костей, классификация их по Мюллеру. Консервативное и оперативное лечение. Перелома-вывихи в Лисфранковом и Шопаровом суставах. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Объем неотложной помощи.</p>

	<p>Отрыв сегментов костей стопы и голени. Виды ампутаций, протезирование стопы и голени. Костно-пластическая ампутация по Пирогову, уровень ампутации в современных условиях, методы протезирования.</p> <p>Переломы и вывихи фаланг пальцев стопы.</p> <p>Особенности хирургической обработки открытых повреждений стопы.</p>
Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника	<p>Деформирующий артроз, этиопатогенез, классификация, особенности клинических и рентгенологических проявлений в зависимости от локализации (коксартроз, гонартроз, артрозы других суставов).</p> <p>Составление рациональной программы лечения в зависимости от этиологии артроза, профессии, возраста и общего состояния пациента. Базисная терапия деформирующего артроза.</p> <p>Консервативное лечение артроза. Протезы синовиальной жидкости.</p> <p>Показания к хирургическому лечению. Методы операций: корригирующие остеотомии и их виды, артропластика и артродез. Эндопротезирование суставов. Медицинская и профессиональная реабилитация больных.</p> <p>Остеохондроз, определение понятия, этиопатогенез, влияние профессии и образа жизни на сроки возникновения и скорость прогрессирования заболевания.</p> <p>Особенности клинической картины остеохондроза шейной, грудной и поясничной локализации.</p> <p>Современные методы комплексного лечения остеохондроза.</p> <p>Профилактические мероприятия.</p>
Врожденная мышечная кривошея	<p>Этиология. Патологическая анатомия различных видов кривошеи.</p> <p>Классификация кривошеи.</p> <p>Диагностика и основные симптомы кривошеи в разных возрастных группах.</p> <p>Консервативное и оперативное лечения кривошеи.</p> <p>Послеоперационная реабилитация больных.</p>
Врожденный вывих бедра	<p>Этиология и патогенез врожденного вывиха бедра.</p> <p>Диагностика врожденного вывиха бедра до года и после года.</p> <p>Рентгенодиагностика врожденного вывиха бедра.</p> <p>Клинические симптомы врожденного вывиха бедра.</p> <p>Раннее функциональное лечение врожденного вывиха бедра.</p> <p>Остаточная децентрация головки бедренной кости.</p> <p>Показания к оперативному лечению. Операции ацетабулопластики и остеотомии таза.</p> <p>Профилактика диспластического коксартроза.</p>
Врожденная косолапость	<p>Классификация врожденной косолапости.</p> <p>Диагностика в раннем возрасте.</p> <p>Консервативное лечения. Бинтование по Финку-Этингену, этапные гипсовые повязки.</p> <p>Показания к хирургическому лечению у детей раннего и дошкольного возраста.</p> <p>Лечение косолапости аппаратами внешней фиксации.</p>
Врожденные заболевания конечностей	<p>Аномалии развития конечностей, классификация.</p> <p>Врожденные ампутации, частичное недоразвитие конечностей, амниотические перетяжки, избыточный рост и врожденное</p>

	<p>укорочение конечностей, врожденные ложный сустав. Косорукость. Радиоульнарный синостоз. Деформация Маделунга, клиника, оптимальные сроки оперативного лечения. Аномалии развития пальцев кисти: синдактилия, полидактилия, эктродактилия. Артрогрипоз, сущность патологии, клинические проявления, консервативное и оперативное лечение, реабилитация больных.</p>
Нарушения осанки. Сколиотическая болезнь	<p>Определение понятия «осанка». Нарушения осанки, причины, виды, способы коррекции. Сколиоз, распространенность, этиопатогенез, классификация. Клиника сколиоза в зависимости от тяжести заболевания. Рентгенодиагностика, определение дуги сколиотической деформации. Признаки возможного прогрессирования сколиоза. Консервативное и оперативное лечение сколиоза. Организация помощи, роль школ-интернатов в лечении больных сколиотической болезнью. Врожденные деформации шеи, груди, позвоночника. Диагностика и лечение.</p>
Опухоли костей	<p>Частота и распространенность опухолей костей, классификация. Доброкачественные опухоли хрящевого и костного происхождения: остеома, хондрома, остеохондрома, хондробластома, остеобластокластома, остеоид-остеома. Клинико-рентгенологические особенности, методы лечения. Первичные злокачественные опухоли хрящевого и костного происхождения: остеогенная саркома, саркома Юинга, хондросаркома, фибросаркома. Диагностика, лечение. Вторичные злокачественные опухоли костей, клиника, лечение. Дифференциальная диагностика опухолей костей. Лечение опухолей костей. Криохирургия.</p>
Остеохондропатии	<p>Этиология и патогенез остеохондропатий, особенности их течения и клинические проявления. Классификация остеохондропатий. Диагностика и методы лечения болезни Легга-Кальве-Пертеса. Диагностика и методы лечения болезни Осгуд-Шлаттера. Диагностика и методы лечения болезни Келлера I и II. Диагностика и методы лечения болезни Шойермана-Мау. Диагностика и методы лечения болезни Севера-Гаглунда-Шинца. Диагностика и методы лечения болезни Кенига.</p>
Паралитические деформации конечностей	<p>Спастические параличи, этиология, клиника, консервативное и оперативное лечение. Вялые параличи, этиология, клинические проявления, основные принципы ортопедического лечения. Профилактика контрактур в остром периоде. Реабилитация больных в специальных санаториях, школах-интернатах.</p>
Статические деформации стоп	<p>Анатомо-физиологические особенности стопы, биомеханика, участие мышц стопы и голени в удержании сводов стопы. и патогенез развития продольного и поперечного плоскостопия, деформаций пальцев стопы. Клиника и диагностика статических деформаций стоп.</p>

	<p>Методы лечения продольного плоскостопия и плоско-вальгусной стопы.</p> <p>Отклонение большого пальца стопы кнаружи (hallux valgus). Консервативное и оперативное лечение, виды корригирующих операций. Паллиативное и радикальное лечение.</p> <p>Молоткообразная деформация пальцев стопы, причины развития, клиника, лечение.</p> <p>Профилактика статических деформаций стоп.</p>
Ампутации конечностей, протезирование, ортезирование	<p>Ампутация и экзартикуляция, рациональные уровни и методы. Ампутация как реконструктивно-восстановительная операция.</p> <p>Подготовка культы к протезированию. Техника протезирования при различных уровнях ампутаций. Функциональные и косметические протезы.</p> <p>Ортопедические изделия: аппараты, тьюторы, корсеты, кровати, головодержатели.</p> <p>Ортопедическая обувь. Цель назначения, показания к применению.</p>

## 6. Распределение трудоемкости (очная/заочная форма обучения)

### 6.1. Разделы дисциплины, виды учебной работы и формы текущего контроля

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (в академ.ч.)					Виды оценочных средств
		Л	ПЗ	НПЗ	Конс	СР	
1	Основы социальной гигиены и организация травматолого-ортопедической помощи в РФ.	2	4			4	собеседование, тестирование
2	Общие вопросы травматологии.	16	6			6	собеседование, тестирование
3	Повреждения черепа и головного мозга.	-	4			6	собеседование, тестирование
4	Повреждения позвоночника и спинного мозга.	-	6			6	собеседование, тестирование
5	Повреждения груди.	-	4			6	собеседование, тестирование
6	Повреждения живота и таза	-	4			6	собеседование, тестирование
7	Повреждения плечевого пояса.	-	4			6	собеседование, тестирование
8	Повреждения в области локтевого сустава и предплечья.		4			4	собеседование, тестирование
9	Повреждения кисти.		4			4	собеседование, тестирование
10	Повреждения тазобедренного сустава и бедренной кости.		4			4	собеседование, тестирование
11	Повреждения коленного сустава		4			4	собеседование, тестирование
12	Повреждения голени.		4			4	собеседование, тестирование

13	Повреждения голеностопного сустава и стопы		4			4	собеседование, тестирование
14	Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника		4			4	собеседование, тестирование
15	Врожденная мышечная кривошея		2			4	собеседование, тестирование
16	Врожденный вывих бедра		2			4	собеседование, тестирование
17	Врожденная косолапость		2			4	собеседование, тестирование
18	Врожденные заболевания конечностей		2			4	собеседование, тестирование
19	Нарушения осанки. Сколиотическая болезнь		2			4	собеседование, тестирование
20	Опухоли костей		2			4	собеседование, тестирование
21	Остеохондропатии		-	4		4	собеседование, тестирование
22	Паралитические деформации конечностей		-	4		4	собеседование, тестирование
23	Статические деформации стоп		-	4		4	собеседование, тестирование
24	Ампутации конечностей, протезирование, ортезирование		-	4		4	собеседование, тестирование
	Итого	18	72	16	2	108	

### 6.2. Распределение лекций

№ п/п	Наименование тем лекций	Объем в часах
1	Организация и перспективы развития травматолого-ортопедической помощи взрослому и детскому населению	2
2	Регенерация костной и хрящевой ткани	2
3	Ошибки и осложнения в травматологии и ортопедии	2
4	Повреждения костей скелета	2
5	Повреждения суставов	2
6	Множественная и сочетанная травма	2
7	Дисплазии, доброкачественные и злокачественные опухоли костей	2
8	Минеральная плотность костной ткани и остеопороз	2
9	Метаболические заболевания костной ткани	2
	Итого (всего - часов)	18

### 6.3. Распределение практических занятий

Раздел	Наименование тем практических занятий	Объем в часах
Основы социальной гигиены и организация	Организация ортопедо-травматологической помощи больным в поликлинических условиях.	1

травматолого-ортопедической помощи в РФ.	Диагностическая и лечебная работа. Профилактические осмотры. Диспансеризация травматологических больных. Группы диспансерного учета по травматологии и ортопедии.	
	Особенности обезболивания в амбулаторных условиях. Манипуляции и операции, выполняемые ортопедом-травматологом в поликлинике. Профилактика столбняка.	1
	Организационно-методическая и санитарно-просветительная деятельность. Формы санитарно-просветительной работы среди населения – бюллетень, лекция, выступление в средствах массовой информации. Основные виды медицинской документации. Требования к оформлению. Медико-социальная экспертиза и экспертиза временной нетрудоспособности. Правила выдачи и оформления листов временной нетрудоспособности.	1
	Организация травмпункта. Особенности оказания экстренной травматологической помощи в травмпункте. Вопросы деонтологии врачебной этики.	1
Общие вопросы травматологии	Классификация травм по АО / ASIF	1
	Понятие о травматической болезни.	1
	Политравма, классификация.	1
	Сочетанная травма.	1
	Множественная травма.	1
Повреждение черепа и головного мозга	Клиническая анатомия и оперативная хирургия груди, позвоночника, конечностей.	1
	Классификация черепно-мозговой травмы. Клиника, диагностика черепно-мозговой травмы. Техника операций при черепно-мозговой травме.	2
Повреждения позвоночника и спинного мозга	Классификация ком Глазго. Принципы ведения больных с тяжелой ЧМТ в послеоперационном периоде. Показания к трахеостомии при ЧМТ. Направление больных на комиссию МСЭК и реабилитационное лечение.	2
	Классификация повреждений позвоночника. Механизм повреждений позвоночника.	1
	Техника одномоментной репозиции переломов позвоночника и функциональный метод лечения. Методы хирургического лечения неосложненных переломов позвоночника.	1
	Клиника и диагностика осложненных переломов позвоночника.	1
	Иммобилизация шейного отдела позвоночника петлей Глиссона, воротником	1



	Шанца, аппаратом внешней фиксации – гало-пельвиотракция.	
	Хирургические методы лечения осложненных переломов позвоночника. Профилактика пролежней и мочевой восходящей инфекции.	1
	Реабилитация больных с травмой позвоночника и порядок направления больных на МСЭК.	1
Повреждения груди	Классификация повреждений груди. Механизм повреждений груди.	1
	Особенности обследования и оказания помощи при повреждениях грудной клетки.	1
	Гемоторакс и пневмоторакс. Классификация гемоторакса. Открытый пневмоторакс. Флотирующие переломы ребер. Диагностика гемоторакса и пневмоторакса. Дренажирование плевральной полости по Бюллау.	1
	Повреждения легкого. Признаки продолжающегося внутриплеврального кровотечения. Показания к торакотомии. Торакоабдоминальные ранения. Ранения сердца. Осложнения при ранениях груди. Методы их лечения.	1
Повреждения живота и таза	Классификация повреждений костей таза. Механизмы повреждений костей таза.	1
	Клиника, диагностика, консервативное лечение повреждений костей таза, показания к оперативному лечению.	1
	Осложненные переломы таза (повреждение мочевого пузыря, уретры, прямой кишки) и их лечение. Техника операций при повреждениях паренхиматозных органов, полых органов живота.	1
	Диагностика повреждений живота и повреждений таза. Проникающие и непроникающие повреждения живота. Лапароцентез, лапаротомия. УЗИ органов брюшной полости.	1
Повреждения плечевого пояса.	Травматические вывихи плеча. Повреждение ротационной манжетки плеча. Привычный вывих плеча, способы хирургического лечения. Переломы и вывихи ключицы. Переломы лопатки. Классификация переломов ключицы и лопатки. Методы консервативного и оперативного лечения переломов ключицы и лопатки.	1
	Переломы хирургической шейки плеча. Техника лечения. Переломы диафиза плечевой кости. Техника лечения диафизарных переломов плеча. Консервативные методы лечения переломов лопатки, ключицы и плечевой кости.	1

	Техника наложения укороченной гипсовой повязки по Кодуэллу и Охотскому. Место чрескостного остеосинтеза в лечении переломов костей плечевого пояса.	1
	Внутрикостный и блокирующий остеосинтез плечевой кости. Особенности переломов плеча у детей. Повреждение проксимального и дистального сухожилий двуглавой мышцы плеча	1
Повреждения в области локтевого сустава и предплечья.	Вывихи предплечья, осложнения. Пронационный подвывих головки лучевой кости. Классификация надмыщелковых и чрезмыщелковых переломов плечевой кости. Чрезмыщелковые переломы плеча. Осложнения (острая артериальная недостаточность, контрактура Фолькмана).	1
	Методы лечения переломов мыщелков плечевой кости у детей и взрослых. Переломы локтевого отростка локтевой кости. Консервативное лечение переломов локтевого отростка. Переломы головки и шейки лучевой кости и методы их лечения, осложнения. Диагностика переломов диафиза костей предплечья.	1
	Техника лечения переломов диафиза костей предплечья в зависимости от их локализации. Переломовывихи костей предплечья (Монтеджи и Галеацци). Особенности лечения переломовывихов предплечья.	1
	Перелом лучевой кости в типичном месте (Коллеса и Смита). Оскольчатые внутрисуставные переломы дистального метаэпифиза лучевой кости, особенности лечения, осложнения. Особенности переломов предплечья у детей.	1
Повреждения кисти	Вывихи костей запястья. Классификация переломов костей запястья. Переломы ладьевидной кости и техника оперативного лечения. Переломы других костей запястья.	1
	Переломо-вывих I пястной кости (перелом Беннета), техника репозиции, показания к оперативному лечению. Переломы пястных костей и фаланг пальцев, классификация, остеосинтез. Вывихи пястных костей и фаланг пальцев.	1
	Повреждения тыльного апоневроза пальцев кисти и сухожилий разгибателей, клинические проявления, особенности лечения. Клиника и диагностика разрывов сухожилий, техника операции сухожильного шва. Повреждения сухожилий сгибателей пальцев кисти.	1

	Принципы оперативного лечения, послеоперационное ведение больных. Принципы лечения открытых повреждений кисти. Виды кожной пластики. Понятие о реплантации и реваскуляризации. Неотложная помощь при отрывах кисти. Микрохирургия в хирургии кисти.	1
Повреждения тазобедренного сустава и бедренной кости.	Травматические вывихи бедра, осложнения. Переломы проксимального отдела бедра. Переломы шейки бедра, особенности регенерации костной ткани. Клиника медиального и латерального переломов шейки бедренной кости.	1
	Выбор методики лечения и особенности лечения переломов шейки бедренной кости. Выбор анестезии при лечении переломов шейки бедренной кости. Классификация диафизарных переломов бедренной кости.	1
	Клиника и консервативное лечение надмыщелковых переломов бедренной кости. Особенности переломов бедра у детей.	1
	Эндопротезирование тазобедренного сустава и показания к нему. Показания к хирургическому лечению переломов бедренной кости, к аппаратам внешней фиксации. Техника накостного малоконтактного остеосинтеза. Техника антероградного блокирующего остеосинтеза.	1
Повреждения коленного сустава	Клиника гемартроза коленного сустава. Техника пункции коленного сустава. Клиника повреждения боковых и крестообразных связок, их лечение в современных условиях. Клиника и диагностика повреждения менисков.	1
	Техника устранения блокады коленного сустава. Современные методы лечения повреждений менисков коленного сустава.	1
	Классификация переломов надколенника. Диагностика и лечение переломов надколенника без смещения и со смещением отломков.	1
	Классификация переломов мыщелков бедренной кости. Техника остеосинтеза. Вывихи надколенника. Вывихи голени. Возможности артроскопии в диагностике и лечении внутрисуставных повреждений коленного сустава.	1
Повреждения голени.	Закрытые переломы костей голени. Выбор метода лечения. Техника наложения скелетного вытяжения за пяточную кость. Методы и сроки консервативного лечения диафизарных переломов костей голени.	1
	Показания к оперативному лечению диафизарных переломов костей голени. Внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез. Аппараты внешней фиксации	2

	Илизарова, Гудушаури, Волкова-Оганесяна, Миллера. Показания, отличительные особенности. Техника лечения открытых переломов костей голени, классификация.	
	Первичная хирургическая обработка ран голени, внутрикостное промывание по Сызганову-Ткаченко и профилактика гнойных осложнений.	1
Повреждения голеностопного сустава и стопы	Растяжение, частичный и полный разрыв связок и сухожилий голеностопного сустава. Диагностика повреждений ахиллова сухожилия, закрытый шов ахиллова сухожилия. Повреждение дельтовидной связки голеностопного сустава.	1
	Переломы лодыжек, классификация. Методы анестезии при переломо-вывихах в голеностопном суставе. Закрытая одномоментная репозиция при переломо-вывихах в голеностопном суставе. Открытая репозиция переломо-вывихов голеностопного сустава, доступы, техника операции. Методика восстановления дельтовидной связки голеностопного сустава.	1
	Переломы пяточной и таранной костей, классификация их по Мюллеру. Консервативное и оперативное лечение. Переломо-вывихи в Лисфранковом и Шопаровом суставах. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Объем неотложной помощи.	1
	Отрыв сегментов костей стопы и голени. Виды ампутаций, протезирование стопы и голени. Костно-пластическая ампутация по Пирогову, уровень ампутации в современных условиях, методы протезирования. Переломы и вывихи фаланг пальцев стопы. Особенности хирургической обработки открытых повреждений стопы.	1
Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника	Деформирующий артроз, этиопатогенез, классификация, особенности клинических и рентгенологических проявлений в зависимости от локализации (коксартроз, гонартроз, артрозы других суставов).	1
	Составление рациональной программы лечения в зависимости от этиологии артроза, профессии, возраста и общего состояния пациента. Базисная терапия деформирующего артроза. Консервативное лечение артроза. Протезы синовиальной жидкости.	1
	Показания к хирургическому лечению. Методы операций: корригирующие остеотомии и их виды, артропластика и артродез. Эндопротезирование суставов. Медицинская и профессиональная реабилитация больных.	1
	Остеохондроз, определение понятия,	1

	<p>этиопатогенез, влияние профессии и образа жизни на сроки возникновения и скорость прогрессирования заболевания.</p> <p>Особенности клинической картины остеохондроза шейной, грудной и поясничной локализации.</p> <p>Современные методы комплексного лечения остеохондроза. Профилактические мероприятия.</p>	
Врожденная мышечная кривошея	<p>Этиология. Патологическая анатомия различных видов кривошеи. Классификация кривошеи.</p> <p>Диагностика и основные симптомы кривошеи в разных возрастных группах.</p>	1
	<p>Консервативное и оперативное лечения кривошеи.</p> <p>Послеоперационная реабилитация больных.</p>	1
Врожденный вывих бедра	<p>Этиология и патогенез врожденного вывиха бедра.</p> <p>Диагностика врожденного вывиха бедра до года и после года. Рентгенодиагностика врожденного вывиха бедра. Клинические симптомы врожденного вывиха бедра.</p>	1
	<p>Раннее функциональное лечение врожденного вывиха бедра.</p> <p>Остаточная децентрация головки бедренной кости.</p> <p>Показания к оперативному лечению. Операции ацетабулопластики и остеотомии таза.</p> <p>Профилактика диспластического коксартроза.</p>	1
Врожденная косолапость	<p>Классификация врожденной косолапости.</p> <p>Диагностика в раннем возрасте.</p> <p>Консервативное лечения. Бинтование по Финку-Этингену, этапные гипсовые повязки.</p>	1
	<p>Показания к хирургическому лечению у детей раннего и дошкольного возраста.</p> <p>Лечение косолапости аппаратами внешней фиксации.</p>	1
Врожденные заболевания конечностей	<p>Аномалии развития конечностей, классификация.</p> <p>Врожденные ампутации, частичное недоразвитие конечностей, амниотические перетяжки, избыточный рост и врожденное укорочение конечностей, врожденные ложный сустав.</p> <p>Косорукость. Радиоульнарный синостоз.</p> <p>Деформация Маделунга, клиника, оптимальные сроки оперативного лечения.</p>	1
	<p>Аномалии развития пальцев кисти: синдактилия, полидактилия, эктродактилия.</p> <p>Артрогрипоз, сущность патологии, клинические проявления, консервативное и оперативное лечение, реабилитация больных.</p>	1
Нарушения осанки. Сколиотическая болезнь	<p>Определение понятия «осанка».</p> <p>Нарушения осанки, причины, виды, способы коррекции. Сколиоз, распространенность, этиопатогенез, классификация.</p> <p>Клиника сколиоза в зависимости от тяжести заболевания.</p>	1
	<p>Рентгенодиагностика, определение дуги</p>	1

	сколиотической деформации. Признаки возможного прогрессирования сколиоза. Консервативное и оперативное лечение сколиоза. Организация помощи, роль школ-интернатов в лечении больных сколиотической болезнью. Врожденные деформации шеи, груди, позвоночника. Диагностика и лечение.	
Опухоли костей	Частота и распространенность опухолей костей, классификация. Доброкачественные опухоли хрящевого и костного происхождения: остеома, хондрома, остеохондрома, хондробластома, остеобластокластома, остеоид-остеома. Клинико-рентгенологические особенности, методы лечения.	1
	Первичные злокачественные опухоли хрящевого и костного происхождения: остеогенная саркома, саркома Юинга, хондросаркома, фибросаркома. Диагностика, лечение. Вторичные злокачественные опухоли костей, клиника, лечение. Дифференциальная диагностика опухолей костей. Лечение опухолей костей. Криохирургия.	1
	Итого (всего - часов)	72

#### 6.4. Распределение научно-практических занятий

Раздел	Наименование тем научно-практических занятий	Объем в часах
Остеохондропатии	Этиология и патогенез остеохондропатий, особенности их течения и клинические проявления. Классификация остеохондропатий.	1
	Диагностика и методы лечения болезни Легга-Кальве-Пертеса. Диагностика и методы лечения болезни Осгуд-Шлаттера. Диагностика и методы лечения болезни Келлера I и II. Диагностика и методы лечения болезни Шойермана-Мау. Диагностика и методы лечения болезни Севера-Гагlund-Шинца. Диагностика и методы лечения болезни Кенига.	3
Паралитические деформации конечностей	Спастические параличи, этиология, клиника, консервативное и оперативное лечение.	2
	Вялые параличи, этиология, клинические проявления, основные принципы ортопедического лечения. Профилактика контрактур в остром периоде. Реабилитация больных в специальных санаториях, школах-интернатах.	2
Статические деформации стоп	Анатомо-физиологические особенности стопы, биомеханика, участие мышц стопы и голени в удержании сводов стопы. Этиология и патогенез развития продольного и поперечного плоскостопия, деформаций пальцев стопы. Клиника и диагностика статических деформаций стоп.	1
	Методы лечения продольного плоскостопия и плоско-вальгусной стопы.	2

	Отклонение большого пальца стопы кнаружи (hallux valgus). Консервативное и оперативное лечение, виды корригирующих операций. Паллиативное и радикальное лечение.	
	Молоткообразная деформация пальцев стопы, причины развития, клиника, лечение. Профилактика статических деформаций стоп.	1
Ампутации конечностей протезирование, ортезирование.	Ампутация и экзартикуляция, рациональные уровни и методы. Ампутация как реконструктивно-восстановительная операция. Подготовка культы к протезированию.	2
	Техника протезирования при различных уровнях ампутаций. Функциональные и косметические протезы.	1
	Ортопедические изделия: аппараты, туторы, корсеты, кровати, головодержатели. Ортопедическая обувь. Цель назначения, показания к применению.	1
	Итого (всего - часов)	16

### 6.5. Распределение самостоятельной работы

№ п/п	Наименование вида самостоятельной работы	Объем в часах
	Работа с лекционным материалом, учебной и научной литературой	18
	Работа с нормативными документами	18
	Написание рефератов, подготовка докладов, выступлений	18
	Решение ситуационных задач	18
	Подготовка к промежуточной аттестации	36
	Итого (всего - часов)	108

## 7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

### 7.1. Основная литература

- Г.П. Котельников, С.П. Миронов Травматология- национальное руководство, Москва, Гэотар-Медиа, 2018г. – 770 с.
- С.П. Миронов Ортопедия – клинические рекомендации, Москва, Гэотар- Медиа, 2018г. – 779 с.
- АО-Принципы лечения переломов (в двух томах) Русскоязычное второе дополненное и переработанное издание, Васса-Медиа, 2012 год, Том 1, 636 с., Том 2, 467 с.
- А.И. Муртазин Травматология и ортопедия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник Москва, Гэотар-Медиа, 2019г. – 760 с.
- Букуп К. Клиническое исследование костей, суставов и мышц. Тесты, симптомы, диагноз : третье издание, переработанное и дополненное пер. с англ. – Москва Мед. лит., 2018.– 384 с.
- Смарт практическое руководство по DAMAGE CONTROL военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, под редакцией И.М. Самохвалова, А.В. Гончарова, В.А. Ревы Санкт-Петербург, Р-КОПИ 2018г.- 370 с.
- Черкашина З.А. Травматология и ортопедия в 3 томах, Москва , МИА,2017г. –2012 с.
- Г.М. Кавалерский, А.В. Гаркави Медицина Чрезвычайных Ситуаций, хирургия катастроф, Москва, МИА , 2015г. – 373 с.
- С.П. Миронов Травматология- клинические рекомендации, Москва, Гэотар-Медиа, 2018г. – 495 с.

- С.П. Миронов Травматология и ортопедия детского и подросткового возраста, Москва, Гэотар-Медиа, 2018г. – 411 с.
- С.П. Миронов, Г.П. Котельников Ортопедия. Национальное руководство Москва, Гэотар- Медиа 2013г. – 944 с.
- Ю.Н. Соловьев Патология опухолей костей. Руководство для врачей. Москва, из-во Практическая Медицина, 2019г. – 272 с.
- И.А. Мовшович Оперативная ортопедия 3-е издание. Руководство для ортопедов-травматологов и хирургов. Издательство МИА, 2006 г.-448 с.
- Тимоти Бриггс, Джонатан Майлз, Уильям Астон, ОПЕРАТИВНАЯ ОРТОПЕДИЯ, стенморское руководство, перевод под ред. Р.М. Тихилова – издательство Панфилова; БИНОМ, 2014-320 с.

## 7.2. Дополнительная литература

- А.А. Кутин Хирургия стопы и голени, практическое руководство Москва, Логосфера 2014. – 325 с.
- Дэвид В. Феличано, Кеннэт Л. Маттокс, Эрнест Е. Мур ТРАВМА в трех томах, перевод с англ. под редакцией д.м.н., профессора Л.А. Якимова, д.м.н., профессора Н.Л. Матвеева Москва, Бином 2014г 1750 с.
- Р.Р. Саймон, С.С. Шерман, С.Д. Кенигснхт Неотложная травматология и ортопедия. Верхние и нижние конечности. Москва, бином 2019г. – 567 с.
- Тимоти Бриггс, Джонатан Майлз, Уильям Астон Оперативная ортопедия Стенморское руководство, перевод с англ. д.м.н. Л.А. Родомановой Москва, бином 2014г. – 300 с.
- М.П. Разина, И.В. Шешунова травматология и ортопедия детского возраста, Москва, Гэотар-Медиа, 2016г. – 231 с.
- В.А. Мицкевич Ортопедия первых шагов, Москва, Лаборатория знаний, 3- издание 2018г. – 328 с.
- Н. Линн, МакКиннис Лучевая диагностика в травматологии и ортопедии . Клиническое руководство. Перевод с англ. под редакцией д.м.н., проф. Н.А. Шестерни, Москва, из-во Панфилова, 2015г. 644 с.
- Рудольф Бауэр, Фридун Кершбаумер, Зепп Пользль. Оперативные доступы в травматологии и ортопедии Перевод с нем. Под редакцией Л.Я. Якимова., Москва из-во Панфилова, 2015 г. – 700 с.
- С.П. Миронов, А.И. Снетков, С.Ю. Батраков, А.К. Морозов, Г.Н. Берченко, В.А. Медик, А.Р. Франтов Диагностика и лечение доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний костей у детей, Москва, Гэотар-ММедиа, 2017г. – 352 с.
- В.А. Епифанов, А.В. Епифанов Реабилитация в травматологии и ортопедии, Руководство, Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017г.- 416 с.
- В.Ю. Лобзин, И.М. Юркаев, Ю.П. Финогеев, Ю.А. Винакмен, С.М. Захаренко Инфекционные болезни с поражением ОДС, Санкт-Петербург, ФОЛИАНТ 2006г. -320 с.

## 7.3. Базы данных, справочные и поисковые системы, интернет ресурсы, ссылки

1. [www.ilizarov.ru](http://www.ilizarov.ru)
2. [www.cito.ru](http://www.cito.ru)
3. [www.ortopediya.org](http://www.ortopediya.org)
4. [www.nocto.sgmru.ru](http://www.nocto.sgmru.ru)
5. <http://lib.astgmru.ru>
6. ЭБС «консультант врача»

## 8. Материально-техническое и кадровое обеспечение дисциплины

### 8.1. Кадровое обеспечение

№ п/п	Ф.И.О. преподавателя,	Условия привлечения	Должность, ученая степень, ученое	Стаж практической
-------	-----------------------	---------------------	-----------------------------------	-------------------



	реализующего программу	(штатный, внутренний/внешний совместитель, по договору)	звание	работы по профилю образовательной программы
1	Дианов Сергей Вячеславович	по основному месту работы	Д.м.н., профенссор, зав. кафедрой травматологии и ортопедии	32
2	Тарасов Алексей Николаевич	по основному месту работы	Д.м.н., доцент, профессор кафедры травматологии и ортопедии	27

## 8.2. Материально-техническое обеспечение

№ п/п	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы (с указанием адреса и площади)	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы оборудования
	Помещения для проведения занятий лекционного типа, для проведения занятий семинарского типа, текущего контроля и промежуточной аттестации по адресу г. Астрахань, ул. Татищева, д.2, ул. Бакинская, д.121, литер А, 5 этаж, симуляционный центр	Комплект учебной мебели для преподавателя и обучающихся на 12 посадочных мест. Демонстрационное оборудование: мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран); набор методических пособий
	Помещение для самостоятельной работы по адресу г. Астрахань, ул. Бакинская, д.121, литер А, 2 этаж, аудитория 243а, 243б	Учебно-специализированная мебель: столы 70, стулья 70. Демонстрационное оборудование: компьютеры 17 шт., с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно образовательную среду организации.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ  
И.о. проректора по  
научной работе,  
д.м.н., профессор Башкина О.А.

«29» Мая 20 19 г.

**Фонд оценочных средств дисциплины (модуля)**  
**«Травматология и ортопедия»**

**Направление подготовки:** 31.06.01 – Клиническая медицина

**Направленность (профиль):** Травматология и ортопедия

**Квалификация:** Исследователь. Преподаватель-исследователь

**Форма обучения:** очная, заочная

Астрахань – 20 19

### Тестовые задания

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

- +А. наружный край надколенника
- Б. передне-верхнюю ось подвздошной кости
- В. внутренний край надколенника
- Г. середину проекции голеностопного сустава
- Д. первый палец стопы

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

- А. середины проекции головки плечевой кости
- +Б. акромиального отростка лопатки
- В. центра головчатого возвышения плеча
- Г. головки лучевой кости
- Д. головки локтевой кости

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

- А. расположения надмыщелков
- Б. расположения вершины локтевого отростка
- +В. оси плеча
- Г. при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток) составляют прямую линию
- Д. при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник

4. Отсутствие подвижности в суставе принято характеризовать

- А. как контрактура
- Б. как ригидность
- В. как патологическая подвижность
- +Г. как анкилоз

5. При прочтении рентгенограммы нельзя определить

- А. форму оси конечности, строение кортикального и губчатого слоев
- Б. форму и ширину, симметрию суставной щели
- В. состояние росткового слоя и ядер окостенения
- Г. наличие кист, полостей, секвестров
- +Д. форму и характер прикрепления мышц и степень их развития

6. Обычное рентгенологическое исследование дает возможность выявить всю перечисленную патологию, кроме

- +А. повреждения хрящевой ткани
- Б. перелома или трещины кости
- В. вывиха или подвывиха в суставе
- Г. костной опухоли

7. Наиболее характерным симптомом для вывиха является

- А. сильная боль
- +Б. "пружинящие" движения
- В. "костный" хруст
- Г. возможность производить пассивные движения

8. Компьютерная томография помогает выявить все перечисленное, кроме

- А. наличия или отсутствия перелома
- Б. наличия костного сращения перелома
- +В. разрывов мышц, связок и сухожилий
- Г. наличия ложного сустава и несросшегося перелома

9. В нормальном (здоровом) голеностопном суставе невозможно движение

- А. тыльное сгибание -  $20^\circ$
- Б. подошвенное сгибание -  $45^\circ$
- В. супинация -  $30^\circ$
- +Г. ротация -  $45^\circ$
- Д. пронация -  $20^\circ$

10. Ядерно-магнитный резонанс, в основе которого лежит резонансное поглощение электромагнитных волн веществом в постоянном магнитном поле, имеет по сравнению с обычным рентгенологическим исследованием все перечисленные преимущества, исключая

- А. относительную биологическую безопасность метода
- Б. возможность диагностировать мягкотканые объемные процессы до возникновения реакции со стороны костной ткани
- В. возможность судить о наличии и характере обменных процессов и, таким образом, диагностировать патологические процессы до появления ответных реакций со стороны костной ткани
- Г. возможность диагностировать ранние сроки воспалительного процесса в тканях
- +Д. более точную диагностику перелома костей

11. Периферический отломок при переломе ключицы не бывает смещен

- +А. назад
- Б. вперед
- В. вниз
- Г. внутрь

12. Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом

- А. головки
- +Б. хирургической шейки
- В. анатомической шейки
- Г. бугорков

13. После вправления вывиха плеча следует фиксировать с помощью

- А. косыночной повязки
- Б. мягкой повязки
- +В. гипсовой повязки
- Г. отводящей торако-бронхиальной повязки

14. Для перелома ключицы характерны все перечисленные признаки, кроме

- А. над ключицей деформация и припухлость
- Б. надключичная ямка сглажена
- В. расстояние от позвоночника до медиального края лопатки увеличено на стороне повреждения
- +Г. верхняя конечность приподнята вверх и смещена кзади

15. При консервативном лечении перелома ключицы применяются для иммобилизации ключицы все перечисленные повязки, кроме

- А. шины Кузьминского

- Б. 8-образной повязки
- В. гипсовой повязки Смирнова-Вайнштейна
- Г. колец Дельбе
- +Д. гипсовой повязки по Турнеру

16. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется
- +А. симптомом "клавиши"
  - Б. признаком Маркса
  - В. симптомом "треугольной подушки"
  - Г. пружинящим движением в плечевом поясе

17. В зависимости от положения головки различают все перечисленные вывихи плеча, за исключением

- А. нижнего
- +Б. верхнего
- В. переднего
- Г. заднего

18. Плечо при внутриклювовидном вывихе кажется

- А. удлиненным
- Б. длина не изменена
- +В. укороченным
- Г. деформированным

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

- А. углового смещения нет
- Б. кнутри и кпереди
- В. кнутри и кзади
- +Г. кнаружи и кзади
- Д. кнаружи и кпереди

20. Повреждение лучевого нерва при переломе в нижней трети плеча вызывает все перечисленное, кроме

- А. свисания кисти
- Б. невозможности активного разгибания ее и основной фаланги пальцев
- В. понижения чувствительности на лучевой стороне кисти
- Г. понижения чувствительности на разгибательной части предплечья
- +Д. расстройства чувствительности в 4 и 5 пальцах

21. При переломе головки лучевой кости резко ограничены

- +А. вращение предплечья
- Б. сгибание предплечья
- В. разгибание предплечья
- Г. все движения в локтевом суставе

22. При разгибательном типе переломовывиха Монтеджа угол между отломками локтевой кости открыт

- А. кпереди
- +Б. кзади
- В. кнутри
- Г. кнаружи

23. Повреждение Галиацци - это

- А. изолированный перелом локтевой кости
- Б. изолированный перелом лучевой кости
- +В. перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
- Г. перелом локтевой кости и вывих головки лучевой

24. Переломовывих Монтеджи - это

- А. изолированный перелом локтевой кости
- Б. изолированный перелом лучевой кости
- В. перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
- +Г. перелом локтевой кости и вывих головки лучевой

25. Предплечье выглядит удлинненным при вывихе

- А. кзади
- Б. с расхождением костей
- В. кнутри
- Г. кнаружи
- +Д. кпереди

26. Классическая вилокобразная деформация характерна для

- +А. перелома лучевой кости в типичном месте
- Б. перелома ладьевидной кости
- В. вывиха головки локтевой кости
- Г. повреждения Монтеджи
- Д. повреждения Галеацци

27. Радио-ульнарный угол в норме равен

- А. 40°
- +Б. 30°
- В. 20°
- Г. 10°
- Д. 5°

28. При перилунарном вывихе вывихиваются следующие кости запястья

- А. полулунная кость по отношению к лучезапястному суставу
- Б. полулунная и головчатая кости по отношению к лучезапястному суставу
- +В. головчатая кость по отношению к полулунной
- Г. ладьевая и головчатая кости по отношению к многогранной
- Д. гороховидная по отношению к ладьевидной и головчатой

29. При пластическом восстановлении сухожилия глубокого сгибателя пальца кисти не употребляется

- А. сухожилие поверхностного сгибателя этого же пальца
- Б. сухожилие длинной мышцы, натягивающей апоневроз кисти
- В. аллосухожилие
- +Г. сухожилие разгибателя этого же пальца
- Д. сухожилия разгибателя пальцев стопы

30. Вывихом чаще всего сопровождается

- А. внутрисуставной перелом дистальной головки пястной кости
- Б. околосуставной перелом дистального отдела 5-й пястной кости

- В. околосуставной перелом проксимального отдела 5-й пястной кости
- Г. перелом диафиза 5-й пястной кости
- +Д. перелом типа Беннета - основание 1-й пястной кости

31. Основными клиническими формами повреждения головного мозга являются:

- +А. сотрясение, ушиб и сдавление головного мозга
- Б. субарахноидальное кровоизлияние и отек головного мозга
- В. дислокация и проляпс головного мозга
- Г. внутричерепные гематомы

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

- А. субдуральной гидромы
- +Б. субарахноидального кровоизлияния
- В. внутричерепной гематомы
- Г. вдавленного перелома костей черепа

33. Эпидуральная гематома возникает в основном в результате кровотечения

- А. из поврежденных сосудов коры головного мозга
- Б. из поврежденных костей свода черепа
- +В. из ветвей средней оболочечной артерии
- Г. из вены Галена
- Д. из ветвей передней мозговой артерии

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

- А. люмбальную пункцию
- Б. дегидратацию осмотическими диуретиками
- В. дегидратацию салуретиками
- +Г. нейротропные препараты

35. Люмбальная пункция дает возможность точно подтвердить диагноз только

- А. сотрясения головного мозга
- Б. эпидуральной гематомы
- В. субдуральной гематомы
- Г. внутримозговой гематомы
- +Д. субарахноидального кровоизлияния

36. Основными признаками перелома шейки бедра являются все перечисленные, кроме

- +А. ротации конечности внутрь
- Б. болей в тазобедренном суставе
- В. укорочения конечности
- Г. симптома Гирголава
- Д. симптома "прилипшей пятки"

37. Максимальное отведение и сгибание проксимального фрагмента наблюдается при переломах бедра в области

- А. мышечков
- +Б. верхней трети диафиза
- В. средней трети диафиза
- Г. нижней трети диафиза

38. Повреждение или сдавление сосудов бедра наиболее часто встречается при закрытых переломах бедренной кости в области

- А. верхней трети диафиза
- Б. средней трети диафиза
- +В. нижней трети диафиза
- Г. проксимального отдела бедра

39. Отклонение голени от средней линии от  $5^\circ$  до  $10^\circ$  во фронтальной плоскости кнутри и кнаружи указывает

- А. на полный разрыв крестообразных связок
- Б. на частичный разрыв крестообразных связок
- В. на частичный разрыв боковых и крестообразных связок
- +Г. на полный разрыв боковых связок
- Д. на частичный разрыв боковых связок

40. В классификации переломов проксимального эпиметафиза бедра различают все перечисленные, кроме

- А. субкапитальных
- Б. трансцервикальных
- В. чрезвертельных
- Г. межвертельных
- +Д. подвертельных

41. Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллова сухожилия проявляется

+А. отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени

- Б. западением в области разрыва ахиллова сухожилия
- В. невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги
- Г. резком ограничении супинации стопы
- Д. ощущением щелчка при разрыве ахиллова сухожилия

42. При развитии асептического некроза таранной кости и деформирующего остеоартроза голеностопного и подтаранного суставов показан

- А. астрагалэктомия
- +Б. артродез голеностопного и подтаранного суставов
- В. остеосинтез винтами
- Г. остеосинтез спицами
- Д. остеосинтез проволокой

43. Таранно-пяточный угол в норме составляет

- А.  $10-20^\circ$
- Б.  $20-30^\circ$
- +В.  $20-40^\circ$
- Г.  $20-50^\circ$
- Д.  $40-60^\circ$

44. Укажите верхний уровень, до которого доходит гипсовая повязка при переломах лодыжек:

- А. до средней трети бедра
- Б. до нижней трети бедра
- В. до суставной щели коленного сустава
- +Г. до верхнего метаэпифиза большеберцовой кости



45. Оперативное лечение перелома-вывиха голеностопного сустава ускоряет сроки сращения

- А. на 10 дней
- Б. на 14 дней
- В. на 21 день
- Г. на 28 дней
- +Д. не ускоряет

46. Клиническая картина простого перелома ребер складывается из следующих симптомов:

+А. кашель, вынужденное положение, локальная боль, подвижность сломанного ребра при пальпации

Б. кашель, кровохарканье, осиплость голоса

В. вынужденное положение, подкожная эмфизема на небольшой площади, в пределах 1-2 ребер

Г. локальная боль, отсутствие голосового дрожания на стороне перелома ребра

Д. локальная боль, вынужденное положение, осиплость голоса

47. Основными симптомами повреждения легкого при переломах ребер являются:

А. кровохарканье, пневмоторакс, парадоксальное движение стенки грудной клетки на стороне поврежденного легкого

+Б. кровохарканье, пневмоторакс, гемоторакс, подкожная эмфизема

В. кровохарканье, пневмоторакс, гемоторакс, ослабление голосового дрожания на стороне поврежденного легкого

Г. кровохарканье, гемоторакс, усиление голосового дрожания на стороне поврежденного легкого

48. К отрывным переломам костей таза относятся

А. перелом лонной кости

Б. перелом седалищной кости

+В. перелом передне-нижней ости подвздошной кости

Г. перелом вертлужной впадины

Д. перелом крестца

49. Не является признаком переломов костей таза

А. симптом Волковича

Б. симптом Ларрея

В. симптом Вернейля

+Г. симптом Тренделенбурга

Д. симптом "прилипшей пятки"

50. К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся

А. перелом крыла подвздошной кости

Б. перелом лонной кости

В. перелом губы вертлужной впадины

Г. перелом лонной и седалищной костей с разных сторон

+Д. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны

51. Если вывих произошел между 6-м и 7-м шейным позвонками, то вывихнутым позвонком считается

+А. 6-й позвонок

Б. 7-й позвонок

- В. 5-й позвонок
- Г. 4-й позвонок
- Д. 6-й и 5-й позвонки

52. При лечении неосложненных переломов грудного отдела позвоночника применяются все перечисленные методы, кроме

- А. одномоментной рекликации с наложением гипсового корсета
- +Б. скелетного вытяжения за таз и конечности
- В. наложения гипсового корсета без рекликации
- Г. постепенной рекликации на щите Каплана - Антонова
- Д. вытяжения на наклонной плоскости с созданием мышечного корсета

53. Оперативное лечение переломов грудного отдела позвоночника показано во всех нижеперечисленных случаях, кроме

- А. перелома, сопровождающегося повреждением спинного мозга
- Б. перелома, сопровождающегося повреждением корешков спинного мозга
- +В. компрессионного перелома тела со снижением высоты менее, чем на  $\frac{1}{4}$
- Г. взрывного перелома тела позвонка с повреждением двух дисков
- Д. тяжелого многооскольчатого перелома тела позвонка, межпозвоночного диска с нарушением оси позвоночника

54. При консервативном лечении неосложненных переломов грудного отдела позвоночника чаще всего применяются

- А. скелетное вытяжение за кости черепа
- Б. скелетное вытяжение за кости таза
- В. скелетное вытяжение за нижние конечности
- +Г. ляжечное вытяжение за подмышечные впадины
- Д. вытяжение за голову петлей Глиссона

55. Диагноз перелома зуба второго шейного позвонка устанавливается на основе спондилограммы

- А. в передне-задней проекции
- Б. в боковой (профильной) проекции
- В. в аксиальной или полуаксиальной проекции
- Г. в передне-задней через открытый рот
- +Д. в передне-задней через открытый рот и в боковой (профильной) проекции

56. Клиника ожоговой болезни не включает

- +скрытого (инкубационного) периода
- периода ожогового шока
- периода ожоговой интоксикации
- периода ожогового истощения
- периода реконвалесценции

57. Критерием перехода больного из ожогового шока в стадию острой ожоговой токсемии является

- нагноение в ранах
- +повышение температуры
- нормализация диуреза
- тахикардия

58. Ожоговый шок по виду относится

к бактериальному  
к анафилактическому  
+к гиповолемическому  
к травматическому

59. Зондовое питание может быть применено во все периоды ожоговой болезни, кроме  
ожогового шока  
острой ожоговой токсемии  
ожоговой септикотоксемии  
+реконвалесценции

60. Индекс Франка, позволяющий установить и определить степень ожогового шока, является произведением  
глубины ожога и возраста больного  
области поражения и площади его  
температуры, вызывающей ожог, и локализации поражения  
пола пострадавшего и его возраста  
+глубины ожога и площади его

61. Укажите автора, впервые описавшего клинические признаки детского центрального паралича:

+А. Литтл  
Б. Кожевников  
В. Муратов  
Г. Бехтерев

62. Укажите отделы нервной системы, которые чаще всего поражаются при полиомиелите:

А. нервные клетки мозжечка  
+Б. серое вещество передних рогов спинного мозга  
В. нервные клетки мозгового ствола  
Г. кора головного мозга

63. Укажите стадии полиомиелита, когда показано оперативное лечение:

А. острая стадия  
Б. паралитическая стадия  
+В. резидуальная стадия  
Г. восстановительная стадия

64. Укажите метод оперативного лечения полиомиелита, который показан при полных параличах мышц определенного сегмента или при разболтанности сустава:

А. артрориз  
Б. тенодез  
В. фасциодез  
+Г. артродез

65. Отметьте возраст больных, поражаемых вирусом полиомиелита:

А. до 1 года  
Б. от 5 до 10 лет  
В. от 11 до 20 лет  
Г. от 21 до 30 лет  
+Д. от 1 года до 4 лет

66. Укажите оптимальный возраст для оперативного лечения при легкой степени спастических параличей:

- +А. 2-4 года
- Б. 8-10 лет
- В. 11-15 лет
- Г. зрелый возраст

67. Достоинством новокаиновой блокады при тяжелых травмах является то, что она

- +А. ликвидирует боль, не смазывая клиническую картину
- Б. не вызывает снижения артериального давления
- В. дает длительное обезболивание
- Г. снижает температуру тела
- Д. повышает центральное венозное давление

68. Неотложная реанимация при острой кровопотере состоит из всех перечисленных ниже мероприятий, исключая

- А. временную, а потом постоянную остановку продолжающегося кровотечения
- +Б. гипотермию тела и конечностей
- В. заместительную сначала инфузионную, а потом трансфузионную терапию
- Г. обеспечение адекватного дыхания
- Д. обезболивание общее и местное и коррекцию нарушенных функций

69. У молодого, ранее здорового человека, находящегося в состоянии травматического шока I степени, артериальное давление будет

- А. 90/60 мм рт. ст.
- Б. 110/70 мм рт. ст.
- +В. 100/60 мм рт. ст.
- Г. 60/40 мм рт. ст.
- Д. 70/60 мм рт. ст.

70. Диагноз травматического шока ставится на основании всех перечисленных клинических и инструментальных исследований, исключая

- А. изменения показателей артериального давления
- Б. изменения показателей пульса
- В. изменения показателей частоты дыхания
- +Г. четкие изменения центрального венозного и спинального давления
- Д. изменения сознания

71. Пострадавшему, находящемуся в состоянии травматического шока III-IV степени, переливание крови и ее препаратов

- А. не показано
- Б. показано относительно
- В. можно обойтись трансфузией кровезаменителей
- Г. зависит от случая
- +Д. абсолютно показано

72. При травматическом шоке I-III степени введенные 400-600 мл полиглюкина или желатиноля

- +А. улучшают микроциркуляцию
- Б. не улучшают микроциркуляцию
- В. ухудшают состояние микроциркуляции

- Г. изменений сосудистой системы не вызывают
- Д. вызывают спазм кровеносных сосудов желудка и кишечника

73. В патогенезе сдавления мягких тканей ведущее значение имеет все перечисленное, кроме

- А. интоксикации
- +Б. кровотечения
- В. плазмопотери
- Г. чрезмерного болевого раздражения
- Д. спазма артериальных сосудов почек

74. Первопричиной патологических изменений в организме при сдавлении мягких тканей является

- А. плазмопотеря
- Б. выброс в кровяное русло катехоламинов
- +В. гиперкалиемия
- Г. закупорка почечных петель миоглобином
- Д. резкое повышение осмолярности (до 400 мосмоль/л) крови

75. Для периода декомпенсации при сдавлении мягких тканей бедра характерно все перечисленное, кроме

- А. гиперкалиемии
- Б. резкого снижения артериального давления
- В. бледности кожных покровов
- +Г. полиурии
- Д. шокоподобного состояния больного

76. Клиническая картина сдавления мягких тканей находится в прямой зависимости

- А. от возраста больного
- Б. от атмосферных условий
- В. от характера сдавливающего фактора
- Г. от пола больного
- +Д. от длительности сдавления

### Ситуационные задачи

1. Молодой мужчина упал с высоты 2 м. Основной удар пришелся на левую пятку. Доставлен в травматологическое отделение больницы. Объективно: левая пятка уплощена, расширена и отечна. Под внутренней лодыжкой кровоподтек. Продольный свод стопы уплощен. Нагрузка на пятку невозможна из-за сильных болей. Пальпация пятки болезненна. Сокращение мышц голени вызывает усиление болей в пятке. При осмотре сзади обеих стоп видно, что на поврежденной стороне лодыжки стоят ниже, а ось пяточной кости наклонена внутрь. Активные приведение и отведение, пронация и супинация отсутствуют.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

Какова тактика?

Назначить реабилитацию.

Перелом левой пяточной кости.

Пациенту рекомендовано для уточнения характера перелома сделать рентгенографию левой пятки.

Наложить циркулярную гипсовую повязку до коленного сустава на 6-8 недель. Необходимо тщательно от моделировать продольные своды стопы. Ходить на костылях, не нагружая больную ногу. Через 2 недели разрешить небольшую нагрузку, в гипсовую повязку металлическое стремя.

После снятия повязки сделать контрольную рентгенографию и назначить физиотерапию для восстановления подвижности в суставах стопы.

2. Легковой автомобиль съехал с дороги и несколько раз перевернулся. Сидящий в нем мужчина 35 лет получил травму правого тазобедренного сустава. У пострадавшего появились сильные боли в месте травмы. Не может встать на правую ногу. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре правый тазобедренный сустав деформирован, нога немного согнута в коленном и тазобедренном суставах и повернута внутрь. Активные движения в тазобедренном суставе невозможны, пассивные - встречают пружинящее сопротивление. Правая нога стала заметно короче, поясничный лордоз более выраженный.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения при данной патологии?

Дальнейшие мероприятия по оказанию помощи пациенту.

Подвздошный вывих правого бедра.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию правого тазобедренного сустава.

Вправление вывиха осуществить под наркозом. Для ликвидации заднего вывиха применить способ Кохера. Больного уложить на спину. Помощник кладет руки на гребни подвздошных костей пациента и удерживает таз. Вправляющий сгибает правую ногу в коленном и тазобедренном суставах под прямым углом и тянет ее вертикально вверх. Одновременно, держась за голень, вращает бедро внутрь. Происходит вправление с характерным щелчком, и движения в суставе становятся свободными.

Сделать контрольную рентгенографию. После вправления сохранять иммобилизацию конечности 3-4 недели.

3. Молодой человек попытался поднять большой груз. Почувствовал треск и сильную боль в правом плечевом суставе. Первые 2 дня после травмы за медицинской помощью не обращался, и только на 3-й день обратился в травматологический пункт. Объективно: на передней поверхности правого плеча в верхней трети появился кровоподтек. При активном напряжении двуглавой мышцы плеча определяют западение в верхней части брюшка длинной головки и утолщение в дистальном отделе, снижение тонуса (по сравнению со здоровой стороной), умеренную болезненность. Сила руки на сгибание предплечья резко снижена.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика?

Сроки восстановления трудоспособности данного больного?

Отрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы правого плеча.

Пациенту рекомендовано УЗИ для постановки диагноза.

Пациенту положено оперативное лечение: проксимальный конец оторванного сухожилия чрезкостно фиксируют к плечевой кости в зоне межбугорковой борозды или несколько ниже. Конечность иммобилизуют гипсовой торакобрахиальной повязкой на 5-6 недель.

Трудоспособность восстанавливается через 8-10 недель.

4. Больной 18 лет играя в баскетбол, неудачно принял мяч и получил удар по II пальцу, направленный по продольной оси («торцевой удар»). Почувствовал боль, ногтевая фаланга перестала двигаться. При осмотре: концевая фаланга II пальца согнута, отсутствует активное разгибание, пассивное в полном объёме. При рентгенологическом исследовании выявлен отрыв треугольной пластинки от тыльной поверхности ногтевой фаланги.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика?

Сроки восстановления трудоспособности данного больного?

Отрыв сухожилия разгибателя II пальца с костной пластинкой у места прикрепления.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию II пальца.

Необходимо применить консервативное лечение: фиксировать повреждённый палец в «писчем положении» - ногтевая фаланга переразогнута, а средняя согнута. Срок иммобилизации 6 нед.

Трудоспособность восстанавливается через 6-8 недель.

5. Больная 40 лет 10 десять дней назад получила удар дверкой автомобиля по II пальцу правой кисти, направленный по его продольной оси. С тех пор палец занимает «необычное» положение — согнут в проксимальном и разогнут в дистальном межфаланговых сочленениях. Пассивное выпрямление пальца свободное, но при устранении поддерживающей силы вновь возникает деформация.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

В чем причина деформации?

Как устранить деформацию?

Закрытый разрыв сухожилия разгибателя II пальца на уровне проксимального межфалангового сустава.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию II пальца.

У больной произошёл закрытый разрыв сухожилия разгибателя II пальца на уровне проксимального межфалангового сустава, в результате этого развилась типичная деформация — двойная контрактура Вайнштейна.

Устранение контрактуры возможно только оперативным путём. В свежих случаях накладывают первичный шов на сухожилие вместе с капсулой сустава, в поздних необходима пластика сухожилий разгибателя одним из способов.

6. Пожилая полная женщина шла по оледенелому тротуару. Поскользнулась и упала, опираясь на ладонь вытянутой правой руки. Появились сильные боли в лучезапястном суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: правый лучезапястный сустав отечный, движения в нем очень болезненные и ограниченные. Отчетливо определяются «штыкообразная» деформация сустава (дистальный отломок вместе с кистью смещен к тылу). Пальпация тыльной поверхности сустава болезненна. Осевая нагрузка вызывает усиление болей в месте травмы.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика?

Сроки восстановления трудоспособности данного больного?

Перелом правой лучевой кости в типичном месте.

Пациенту рекомендовано для уточнения характера перелома сделать рентгенографию правого лучезапястного сустава.

Необходимо выполнить местную анестезию. Для этой цели ввести 10-15 мл 1 % раствора новокаина между костными отломками. После анестезии следует произвести закрытую ручную репозицию отломков.

Трудоспособность восстанавливается через 4-6 недель.

7. Молодой человек упал и ударился левым локтевым суставом о твердый предмет, при этом рука была согнута. Обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левая рука выпрямлена, свисает. Больной щадит ее, придерживая здоровой рукой. Локтевой сустав увеличен в объеме, по задней поверхности определяется припухлость. Пальпация сустава болезненна, боль особенно усиливается при надавливании на локтевой отросток. Между отростком и локтевой костью прощупывается поперечная щель. Локтевой отросток смещается в боковых направлениях. Пассивные движения в локтевом суставе свободны, но болезненны. Активное разгибание невозможно, а сгибание сохранено, но болезненно.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика?

Назначить реабилитацию.

Перелом левого локтевого отростка со смещением.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию левого локтевого сустава.

Необходимо освободить полость сустава от излившейся крови, т.е. произвести пункцию локтевого сустава. Затем наложить гипсовую лонгету под задней поверхности руки от головок пястных костей до верхней трети плеча. Предплечье должно находиться в среднем положении между супинацией и пронацией. Локоть согнуть под углом 100-110°. Имобилизацию осуществлять в течении 3-4 недель.

После консолидации костных отломков назначить лечебную физкультуру, массаж, парафин, УВЧ-терапию.

8. Мужчина разгружал пиломатериалы. При неосторожных действиях деревянный брус свалился с машины и ударил его по левому предплечью. Пострадавший обратился в травматологический пункт. Объективно: в месте ушиба (на наружно-ладонной поверхности нижней трети левого предплечья) имеется подкожная гематома. Пальпация места травмы болезненна, определяется крепитация костных отломков. При нагрузке по оси предплечья появляется боль в месте травмы. Пронация и супинация затруднены, попытка произвести эти движения вызывает резкую боль. Сгибание и разгибание предплечья почти не ограничены. Дистальная часть предплечья и кисти находятся в положении пронации.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика?

Какой вид гипсовой повязки следует наложить пациенту?

Перелом диафиза левой лучевой кости в нижней трети.

Для уточнения диагноза и выяснения характера смещения костных отломков необходимо сделать рентгенографию левого предплечья в 2-х проекциях.

В место перелома ввести 2 % раствор новокаина. После того как мышцы расслабятся, произвести закрытую репозицию ручным способом с помощью двух помощников. Если костные отломки хорошо сопоставлены (о чем можно судить по контрольным рентгенограммам), следует наложить циркулярную гипсовую повязку. Если сопоставить костные отломки консервативным методом не удалось, следует прибегнуть к оперативному лечению.



Циркулярную гипсовую повязку следует наложить от пястно-фаланговых суставов до верхней трети плеча на 5-6 недель.

9. Женщина подвернула левую стопу внутрь. В результате этой травмы появились сильные боли в области голеностопного сустава. Обратилась в травматологический пункт. Беспокоят боли в области наружной лодыжки при ходьбе. Пострадавшая не может твердо наступить на больную ногу. При осмотре левого голеностопного сустава область наружной лодыжки отечна, болезненна при пальпации. Движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика?

Назначить реабилитацию.

Перелом наружной лодыжки левого голеностопного сустава.

Сделать рентгенографию левого голеностопного сустава.

При отсутствии смещения или незначительном смещении следует применить фиксационный метод лечения. Перед иммобилизацией в область перелома ввести 10 мл 2 % раствора новокаина. Иммобилизация будет осуществляться путем наложения гипсовой повязки типа «сапожек» или У-образной лонгеты на 5-6 недель. Стопу установить под прямым углом к голени. Через 2 недели пригипсовать каблук и разрешить слегка приступить на больную ногу. Нагрузку увеличивать постепенно, чтобы к концу месяца больная могла ходить с палочкой.

После снятия гипсовой повязки назначить занятия лечебной физкультурой и массаж.

10. Немолодой мужчина поднял двухпудовую гирю. Когда выпрямленная правая рука с гирей была над головой, он не смог зафиксировать ее в этом положении. Гиря по инерции стала тянуть руку назад. В плечевом суставе что-то хрустнуло, появились сильные боли и он вынужден был бросить гирю. После этой травмы плечевой сустав принял необычный вид. Пациент обратился в травматологический пункт. При осмотре правая рука согнута в локтевом суставе, несколько отведена от туловища и больной придерживает ее за предплечье здоровой рукой. Плечевой сустав деформирован. Округлость плеча у дельтовидной мышцы исчезла. Отчетливо выступает край акромиального отростка лопатки, а ниже - запустевшая суставная впадина. Под клювовидным отростком определяется шаровидное выпячивание. Активные движения в плечевом суставе невозможны. Пассивные движения очень болезненны. Отмечается пружинистое сопротивление плеча.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика?

Какой способ анестезии следует избрать?

Как будет осуществляться лечебная иммобилизация?

Вывих головки правой плечевой кости.

Рентгенография плечевого сустава в прямой и аксиальной проекциях.

Для успешного вправления необходимо обезболивание. Кожу в области плечевого сустава обработать этиловым спиртом и 5 % настойкой йода или раствором йодоната. Тонкой иглой сделать лимонную корочку 1 % раствором новокаина, а затем в полость сустава ввести длиной иглой 40-50 мл 1 % раствора новокаина. Выждать 10 мин, когда наступит анестезия, и после этого вправить плечевую кость.

Вправление можно осуществить одним из способов (Кохера, Купера, Джанелидзе). Успешное вправление зависит в значительной степени от того, насколько расслаблены мышцы.

При безуспешности вправления вывиха под местной анестезией, производят вправление под наркозом.

После вправления необходимо сделать контрольный рентгеновский снимок и осуществить иммобилизацию повязкой Дезо укрепленной гипсовым бинтом.

11. Мужчина средних лет нес в правой руке груз, оступился и упал на правое плечо. Сильный удар пришелся на область плечевого сустава, максимально опущенного в это время вниз под тяжестью груза. Мужчина почувствовал сильную боль в области надплечья. Через сутки обратился в травматологическое отделение больницы. При сравнительном осмотре здорового и поврежденного надплечья правое отечно, наружный (акромиальный) конец ключицы ступенеобразно выпячивается. Отмечается локальная болезненность в ключично-акромиальном сочленении. Движения в плечевом суставе, особенно отведение и поднятие плеча вверх, ограничены и болезненны. При надавливании на акромиальный конец ключицы она опускается, после прекращения давления она вновь поднимается – симптом клавиши.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика?

Как будет осуществляться оперативное вмешательство при неудачной попытке консервативного лечения?

Вывих акромиального конца правой ключицы.

Сделать рентгенографию правого и левого надплечий для сравнения.

Лечение можно начать с закрытого вправления вывиха. При этом необходимо вправить вывихнутый акромиальный конец ключицы и удерживать его в этом положении до сращения связок и суставной сумки. Вправление вывиха произвести после местной анестезии. Осуществить ее путем введения в ключично-акромиальное сочленение 1 % раствор новокаина. Вывих вправить прямым давлением на смещенный акромиальный конец ключицы. Для удержания вправленного конца ключицы наложить торакобрахиальную гипсовую повязку по Сальникову. Фиксацию осуществляют 5 недель.

Если консервативный метод не даст хороших результатов, следует провести оперативное лечение. Для восстановления связочного аппарата применить операцию Беннеля.

12. Юноша упал с высоты около 3 м. Основная сила удара пришлась на левую ногу. Самостоятельно подняться не мог. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре левое бедро припухшее, деформировано, ось его искривлена. Ощупывание места травмы болезненно. Появилась патологическая подвижность в средней трети бедра. Не может поднять левую ногу. Чувствительность и двигательная функция стопы сохранены в полном объеме. Пульс на периферических артериях сохранен.

Каков диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

Какова тактика лечения?

Сроки сращения перелома?

Перелом левого бедра в средней трети.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию левого бедра.

Произвести анестезию места перелома 30 мл 1% раствора новокаина. Наложить скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости. Уложить ногу на шину Белера. После подготовки больному произвести оперативное вмешательство - остеосинтез бедренной кости.

Сроки сращения перелома составляют 3-4 мес.

13. Мужчина 80 лет оступился и упал на левый бок. Ударился областью большого вертела. Появились сильные боли в паховой области. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нога ротирована наружу. 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 ее, и нога скользит пяткой по постели (симптом «прилипшей пятки»). Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненно.

Каков диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

Какова техника оперативного лечения?

Особенности послеоперационного ведения больного?

Перелом шейки левой бедренной кости.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию левого тазобедренного сустава.

Под наркозом на ортопедическом столе осуществить репозицию. Произвести рентгенологический контроль за стоянием костных отломков. Затем приступить к закрытому (внесуставному) остеосинтезу трехлопастным гвоздем. Линейным разрезом обнажить подвертельную область бедра. У основания большого вертела долотом сделать насечки. Провести направляющую спицу по которой вбить трехлопастный гвоздь ( или ввести винт) под рентгенологическим контролем. Гвоздь должен пройти по середине шейки бедра в центр головки до кортикального слоя.

Через 3-4 недели больной должен ходить на костылях без нагрузки на больную ногу. Нагрузку на больную ногу разрешить через 5-6 месяцев. Гвоздь удалить через 1 год после операции.

14. Водитель легкового автомобиля резко затормозил перед близко идущим пешеходом. В результате он сильно ударился грудной клеткой о рулевое колесо. Обратился в травматологическое отделение больницы. Пострадавший жалуется на сильные боли в месте травмы, возрастающие при глубоком вдохе, кашле и ощупывании. Пациент сидит в вынужденной позе неподвижно, наклонив туловище вперед, сутулится, часто и поверхностно дышит. Грудина болезненная, имеет ступенчатую деформацию (тело грудины смещено назад), особенно заметную при пальпации.

Каков диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

Какова тактика лечения?

Длительность иммобилизации?

Перелом грудины со смещением.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию грудины.

В область перелома ввести 15-20 мл 1 % раствора новокаина. Для вправления отломков необходимо осуществить реклинацию. Больного уложить на спину на жесткую кровать, между лопаток подложить валик. В результате длительного переразгибания костные отломки самостоятельно вправятся. Спустя несколько дней, когда боли стихнут, пациенту назначить дыхательную гимнастику.

Постельный режим с реклинатором выдержать 3 недели. Затем сделать контрольный рентгеновский снимок, и больному можно разрешить встать.

15. Пожилой мужчина упал на правый бок с высоты около 3 м. Максимальный удар пришелся на большой вертел правой бедренной кости. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. Беспокоит боль в правом тазобедренном суставе. Двигательная функция сустава значительно ограничена. Нога находится в вынужденном положении: бедро согнуто и ротировано внутрь. Нагрузка по оси бедра болезненна. Большой вертел вдавлен внутрь, постукивание по нему вызывает боль. В паховой области справа определяется гематома.

Каков диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

Какова тактика лечения?

Длительность разгрузки конечности с помощью костылей?

Какие осложнения возможны в отдаленном периоде после травмы?

Перелом левой вертлужной впадины с центральным вывихом бедра.

Для уточнения диагноза сделать обзорную рентгенографию костей таза.

Осуществить местную анестезию перелома. Ввести в тазобедренный сустав 20 мл 2 % раствора новокаина. Установить скелетное вытяжение с системой двух тяг. Одно вытяжение — по оси бедра, спицы провести через мыщелки бедра. Другое вытяжение осуществить за большой вертел, тяга должна быть направлена по оси шейки бедра, чтобы извлечь головку бедра из полости малого таза. Срок вытяжения — 4-6 недель.

Разгрузка конечности с помощью костылей до 4 мес. Этот внутрисуставной перелом нуждается в раннем функциональном лечении, чтобы избежать контрактуры. После стихания болей через 3-4 дня начать лечебную физкультуру и физиотерапию.

В отдаленном периоде после травмы возможно развитие асептического некроза головки бедренной кости и деформирующего артроза т/б сустава.

16. Больной Ж. 37 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на резкие боли в правой половине таза. Со слов больного, за 40 минут до поступления был сбит автомашиной, получил удар в область правой половины таза. Сознание не терял. При осмотре выявлено: в области крыла правой подвздошной кости имеется обширная подкожная гематома, резкая болезненность при пальпации лонной и седалищной костей, а так же в области крыла подвздошной кости справа. Правая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и несколько ротирована к наружи. При измерении длины правой ноги абсолютного укорочения не определяется, однако при измерении длины от мечевидного отростка имеется относительное укорочение на 2,5 см. Положительны симптом Ларрея и симптом Вернейля.

Каков диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

Какая анестезия выполняется при данном повреждении?

В чем заключаются симптомы Ларрея и Вернейля?

Какова тактика лечения?

Перелом костей таза типа Мальгенья.

Рентгенография таза.

Внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову.

Осторожное сдавливание крыльев подвздошных костей навстречу друг другу (симптом Вернейля) или их разведение (симптом Ларрея) усиливают болевые ощущения.

Проведение внутритазовой блокады по Школьникову. Наложение скелетного вытяжения за надмышечковую область бедренной кости.

17. Больная М., 23 лет, упала дома со стремянки. Почувствовала редкую боль в правом коленном суставе, сустав резко "опух". Родственниками доставлена на личном автотранспорте в

травматологический пункт. При осмотре: правый коленный сустав резко увеличен в объеме, в полости сустава определяется выпот (симптом "баллотирования" надколенника положительный). При пальпации болезненность по внутренней поверхности коленного сустава. Большая полностью разгибает сустав, сгибание возможно до угла 150 градусов, но вызывает усиление боли. Правая голень при исследовании стабильности сустава отводится от анатомической оси конечности на 20 градусов, левая - на 5 градусов. При отведении правой голени возникает резкая боль.

Каков диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

Какова должна была бы быть транспортная иммобилизация коленного сустава?

Какие методы лечения подобных повреждений используются в клинике?

Повреждение большеберцовой коллатеральной (внутренней боковой) связки правого коленного сустава. Гемартроз.

Функциональные стрессовые рентгенограммы коленных суставов.

Транспортная лестничная шина от нижней трети голени до в/з бедра.

Иммобилизация гипсовым тутором на срок до 6 недель или оперативное лечение – восстановление поврежденной связки.

18. Нырлящик ударился головой о грунт на мелководье. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

Каков диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

На какие возможные осложнения следует обратить внимание?

Как осуществить транспортную иммобилизацию?

Какие дополнительные мероприятия следует произвести?

Неосложненный компрессионный перелом тела 5 шейного позвонка.

Для уточнения диагноза следует произвести рентгенологическое исследование и магнитно-резонансную томографию шейного отдела позвоночника.

При обследовании пострадавшего обратить внимание на сохранение чувствительности и движений в верхних и нижних конечностях, для исключения повреждения спинного мозга.

На спине, на щите с валиком под спину до основания шеи.

После выяснения характера перелома лечение осуществлять с помощью петли Глиссона. Для этого пострадавшего уложить на спину на кровать со щитом и жестким матрасом. Головной конец кровати приподнять. Под спину до основания шеи подложить валик. После репозиции (через 5-7 дней) вытяжение заменить на гипсовый корсет с воротником. Следить, что бы не было пролежней. Рекомендовать занятия физкультурой.

19. Ученик VI класса средней школы катался на лестничных перилах. При очередной попытке съехать вниз упал на разогнутую в локтевом суставе левую руку с опорой на ладонь. Предплечье при этом как бы "переразогнулось". В результате этой травмы появились сильные боли в локтевом суставе. Обратился за помощью в травматологический пункт. Объективно: левый локтевой сустав увеличен в объеме, деформирован, локтевая ямка сглажена. При осторожном ощупывании сзади выступает локтевой отросток. Ось плеча смещена вперед. Рука находится в вынужденном полуразогнутом положении. Пострадавший придерживает ее здоровой рукой.

Активные движения в локтевом суставе невозможны. При попытке пассивных движений ощущается пружинящее сопротивление.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Каким способом будет осуществляться лечение повреждения?

Как будет осуществляться иммобилизация локтевого сустава?

Закрытый задний вывих костей левого предплечья.

Для подтверждения диагноза необходимо сделать рентгенографию левого локтевого сустава.

Больному следует произвести закрытое вправление вывиха костей предплечья. В полость сустава ввести 30 мл 1 % раствора новокаина. После наступления анестезии произвести вправление. Руку пострадавшего кладут на приставной столик, немного согнув в локтевом суставе. Травматолог охватывает кистями обеих рук нижнюю треть плеча пострадавшего, а большими пальцами упирается в локтевой отросток. Помощник осуществляет тягу предплечья за кисть больного. Постепенно тягу усиливают, а хирург усиливает давление на локтевой отросток большими пальцами, он как бы сдвигает предплечье вперед, а плечевую кость назад. Движения в суставе становятся свободными.

После вправления следует наложить гипсовую лонгету по задней поверхности руки от лучезапястного сустава до верхней трети плеча. Сделать контрольную рентгенографию. Срок иммобилизации — 2-3 недели. После снятия гипсовой повязки приступить к восстановлению движений в суставе.

20. Подросток упал с качелей и ударился наружной поверхностью правого плечевого сустава о землю. Появились сильные боли в области ключицы. Обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре отмечается деформация правой ключицы, правое надплечье укорочено и опущено ниже левого. Здоровой рукой пациент придерживает поврежденную руку за предплечье, согнутую в локтевом суставе, прижимает ее к туловищу. Область правой ключицы отечна. При пальпации появляется резкая болезненность и удаётся определить концы отломков. Движения в правом плечевом суставе болезненны, особенно при попытке поднять и отвести руку.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения?

Как будет осуществляться иммобилизация?

Закрытый перелом правой ключицы со смещением.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию правого надплечья.

После анестезии осуществить репозицию костных отломков. Для этого больного нужно усадить на стул. Помощник встает сзади больного и обеими руками разводит его надплечья так, чтобы внутренние края лопаток приблизились к позвоночнику. Хирург в это время большим пальцем медленно и осторожно надавливает на вершину угла, образованного отломками ключицы.

После устранения смещения отломков следует наложить фиксирующую гипсовую повязку Смирнова - Вайнштейна. Срок гипсовой иммобилизации — 4-5 недель.

21. У подростка правая кисть попала в движущийся агрегат во время сельскохозяйственных работ. В результате травмы ногтевая фаланга IV пальца раздроблена. В тот же день обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре IV пальца правой кисти ногтевая фаланга раздавлена. Кожные покровы в этой области разорваны. Рана сильно загрязнена землей и технической смазкой. При пальпации ногтевой фаланги под кожей прощупываются раздробленные мелкие костные отломки. Кровотечение из рваной раны небольшое.

Каков диагноз?  
Как будет осуществляться анестезия?  
Как будет осуществляться иммобилизация?  
Какие дополнительные мероприятия следует произвести?

Рвано-ушибленная рана и мелкооскольчатый перелом ногтевой фаланги IV пальца правой кисти.

Осуществить анестезию пальца 1 % раствором новокаина по Лукашевичу.

Наложить асептическую повязку с хлоргексидином, фурацилином или риванолом и гипсовую лонгету.

Ввести противостолбнячную сыворотку и столбнячный анатоксин.

22. Девочка 9 лет ударилась ягодицами, сев мимо стула. Обратилась в травматологический пункт с жалобами на боли в области копчика, усиливающийся, когда больная садится или поднимается со стула. Чтобы уменьшить боли, она садится и встает со стула, опираясь на руки. При внешнем осмотре в области копчика имеется болезненная гематома, пальпация этой области болезненна. Других видимых изменений не обнаружено.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения?

Какие действенные рекомендации для облегчения состояния можно предложить?

Закрытый переломовывих копчика.

Сделать рентгенографию крестца и копчика в двух проекциях.

Лечение консервативное, направлено на снятие болей в область травмы.

Сидение только на резиновом круге, свечи с анестетиком (индометацин-50).

23. Ребенок 4 лет случайно схватился правой рукой за горячий утюг. Доставлен в травматологический пункт. Ребенок беспокоен, плачет от боли. При осмотре правой кисти на ладонной поверхности краснота с нечеткими контурами и пузыри, заполненные жидкостью. Некоторые пузыри вскрылись и под отслоившимся эпидермисом обнажился ярко-красный болезненный глубокий слой кожи.

Каков диагноз?

Как и чем обработать рану?

Какова тактика лечения?

Когда можно сделать первую перевязку?

Ожог правой ладони II-III степени

Кожу вокруг ожоговой поверхности обработать 70% этиловым спиртом, очищая ее от загрязнения. Пузыри необходимо вскрыть.

На кисть наложить асептическую повязку с 1% синтомициновой эмульсией или 2 % фурацилиновой мазью. Между пальцами следует положить марлевые салфетки, кисть забинтовать.

Первую перевязку сделать на 3-й день.

24. Школьник 14 лет пытался погладить бродячую собаку. Она укусила его за руку и убежала. Доставлен родителями в травматологический пункт. При осмотре правого предплечья на тыльной поверхности в нижней трети несколько глубоких, неправильной формы ранок с отпечатками зубов. Ранки загрязнены слюной животного, умеренно кровоточат.

Каков диагноз?  
Как и чем обработать рану?  
Какова тактика лечения?  
Какие дополнительные мероприятия следует произвести?

Укушенная рана правого предплечья.

Рану несколько раз обильно промыть 20% раствором стерильного мыла. Затем мыло смыть струей стерильного изотонического раствора хлорида натрия.

Края раны не иссекать и не зашивать. На рану наложить асептическую повязку. Произвести прививку против бешенства антирабической вакциной. Вакцину вводить под кожу живота на уровне пупка тонкой иглой в два приема с интервалами 30 мин.

Дальнейшие антирабические прививки осуществлять по схеме.

25. Мужчина, 25 лет прибыл в травматологический пункт самостоятельно. С его слов, он упал на вытянутую руку, кисть при этом подвернулась внутрь. Беспокоят боли в левом лучезапястном суставе. При внешнем осмотре отмечается отек тыльной поверхности лучезапястного сустава, сильная боль при сгибании кисти. Нагрузка по оси предплечья безболезненна. При пальпации запястья по наружной поверхности ощущает боль.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения?

Сроки восстановления трудоспособности данного больного?

Растяжение связок левого лучезапястного сустава.

Для исключения перелома необходимо сделать рентгенографию левого лучезапястного сустава.

На поврежденную конечность наложить гипсовую лонгету на 5-7 дней от пястно-фаланговых суставов до верхней трети предплечья. С 3-го дня на область сустава накладывать спиртово-масляные компрессы, парафин, проводить УВЧ-терапию.

Трудоспособность восстанавливается через 3-4 недели.

26. Ученик девятого класса средней школы катался на лыжах в морозную, ветреную погоду. Обратился за помощью спустя 12 ч. Беспокоят боль и чувство жжения в правой ушной раковине. При внешнем осмотре ушная раковина плотная, припухшая, красная. Верхняя часть раковины багрово-синюшная с небольшими пузырями, заполненными светлой жидкостью.

Каков диагноз?

Как и чем обработать отмороженный участок?

Какие дополнительные мероприятия следует произвести?

Когда наступает полное выздоровление?

Отморожение I-II степени правой ушной раковины.

Отмороженный участок обработать этиловым спиртом, а затем смазать 1% фурацилиновой мазью. Наложить неаполитанскую бинтовую повязку с ватой.

В дальнейшем во время пребывания на морозном воздухе пострадавшему необходимо тщательно защищать от переохлаждения ухо шапкой.

Полное выздоровление наступает к 5-7 дню после отморожения.

27. Ребенок, 4 лет, направлен к ортопеду с диагнозом «сколиоз шейно-грудного отдела позвоночника». По словам родителей, ребенок с рождения держит голову с наклоном вправо. При



осмотре; голова наклонена вправо, лицо повернуто влево. Под кожей хорошо контурируется укороченная правая кивательная мышца. Со стороны спины видна асимметрия лопаток, правое надплечье выше левого. В шейном отделе позвоночника определяется сколиотическая дуга. Ограничен наклон головы влево.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения?

Как будет осуществляться иммобилизация?

Врожденная мышечная кривошея.

Дополнительно необходимо сделать рентгенографию шейного отдела позвоночника для исключения врожденной костной патологии.

Больному показано оперативное лечение. Операция Зацепина.

Гипсовая торако-краниальная фиксация.

28. Подросток на занятиях по физкультуре в школе ударился правой кистью о спортивный снаряд. Обратился в травматологический пункт. Объективно: на тыльной поверхности средней фаланги III пальца правой кисти имеется подкожная гематома. Палец отечный, болезненный при ощупывании. Сгибание ограничено. Кожные покровы не повреждены. Нагрузка по оси пальца безболезненна.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения?

Какие дополнительные мероприятия следует произвести?

Ушиб средней фаланги III пальца правой кисти.

С целью исключения перелом сделать рентгенографию III пальца правой кисти.

Для обеспечения покоя наложить на палец гипсовую лонгету. Палец при этом немного согнуть. 1-е сутки после травмы к пальцу прикладывать холод, а со 2-х – тепло ( ванночки, парафин).

Рекомендовать УВЧ-терапию, лечебную физкультуры.

29. Подросток 15 лет упал с дерева. Ушиб правую ногу. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре правое бедро укорочено и деформировано в средней трети. Пальпация этой области болезненна. Определяется патологическая подвижность в месте травмы. Самостоятельно поднять выпрямленную ногу больной не может. По передненаружной поверхности правого бедра средней трети имеется рана 2 x 4 см.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения?

Какие дополнительные мероприятия следует произвести?

Открытый поперечно - оскольчатый перелом средней трети правого бедра.

С целью выяснения характера перелома и смещения костных отломков необходимо сделать рентгенографию правого бедра.

Произвести первичную хирургическую обработку раны. Репозицию и фиксацию костных отломков осуществить с помощью скелетного вытяжения за мышелки бедренной кости сроком на 2 месяца. Ногу уложить на шину Белера.

После снятия скелетного вытяжения наложить кокситную гипсовую повязку.

30. Подросток обратился к ортопеду из-за деформации левой стопы. Болей в стопе нет, но нарушена ходьба и затруднен подбор обуви. Осмотр: левая стопа короче правой, занимает вальгусное положение. Дистальный отдел отклонен кнаружи, свод не только отсутствует, а напротив, образовалась костная дуга в подошвенно-медиальном направлении. При ходьбе не происходит перекаат стопы, что проявляется прихрамыванием на левую ногу.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения?

Какие дополнительные мероприятия следует произвести?

Врожденная плоско-вальгусная стопа III степени.

Дополнительно необходимо сделать рентгенографию обоих голеностопных суставов.

Лечение оперативное — серповидная резекция внутреннего края стопы с наложением аппарата внешней фиксации с последующей дистракцией костного регенерата для ликвидации укорочения стопы.

Дополнительно для активной стабилизации вновь созданного продольного свода производится тонизирующая транспозиция (перемещение) сухожилия передней большеберцовой мышцы.

31. Врач-ортопед приглашен в родильный дом на консультацию к новорожденному по поводу врожденной деформации позвоночника. При осмотре имеется заметный на глаз груднопоясничным сколиоз с деформацией грудной клетки и перекосом таза. На рентгенограмме груднопоясничным сколиоз. В среднем и нижнем грудном отделах позвоночника форма позвонков неправильная: трапециевидная, клиновидная, бабочковидная. Справа 7—8—9 ребра сращены на протяжении 3 см, начиная от головки ребра.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения?

Какие дополнительные мероприятия следует произвести?

Врожденный груднопоясничным сколиоз.

Сделать рентгенографию грудного и поясничного отдела позвоночника в двух проекциях.

До 6-месячного возраста вдоль туловища укладывают длинные и плотные ватно-марлевые валики, производят корригирующий массаж спины, ребенка часто поворачивают на живот. В возрасте с 6 месяцев можно изготовить гипсовую кровать и продолжать корригирующие упражнения.

С началом ходьбы назначают матерчатый корсет, ЛФК, массаж спины. Наблюдение ортопеда.

32. Подросток упал с высоты около 3 м. Основная сила удара пришлась на левую ногу. Самостоятельно подняться не мог. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре левое бедро припухшее, деформировано, ось его искривлена. Ощупывание места травмы болезненно. Появилась патологическая подвижность в средней трети бедра. Не может поднять левую ногу. Чувствительность и двигательная функция стопы сохранены в полном объеме. Пульс на периферических артериях сохранен.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения?

Сроки сращения перелома?

Закрытый перелом диафиза левого бедра в средней трети.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию левого бедра.

Произвести анестезию места перелома 30 мл 1% раствора новокаина. Наложить скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости. Уложить ногу на шину Белера. После подготовки больному произвести оперативное вмешательство - остеосинтез бедренной кости.

Сроки сращения перелома составляют 3-4 мес.

33. Подросток 15 лет оступился и упал на левый бок. Ударился областью большого вертела. Появились сильные боли в паховой области. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нога ротирована наружу. 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 ее, и нога скользит пяткой по постели (симптом «прилипшей пятки»). Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненно.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова техника оперативного лечения?

Особенности послеоперационного ведения больного?

Закрытый перелом шейки левой бедренной кости.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию левого тазобедренного сустава.

Под наркозом на ортопедическом столе осуществить репозицию. Произвести рентгенологический контроль за стоянием костных отломков. Затем приступить к закрытому (внесуставному) остеосинтезу трехлопастным гвоздем. Линейным разрезом обнажить подвертельную область бедра. У основания большого вертела долотом сделать насечки. Провести направляющую спицу по которой вбить трехлопастный гвоздь (или ввести винт) под рентгенологическим контролем. Гвоздь должен пройти по середине шейки бедра в центр головки до кортикального слоя.

Через 3-4 недели больной должен ходить на костылях без нагрузки на больную ногу. Нагрузку на больную ногу разрешить через 5-6 месяцев. Гвоздь удалить через 1 год после операции.

34. В детском ортопедическом отделении находится девочка, 13 лет, со сколиотической деформацией позвоночника. Со слов родителей, деформация прогрессирует. Общее состояние больной удовлетворительное. При осмотре со стороны спины заметно отклонение позвоночника вправо от средней линии на 4 см, в поясничном — влево на 1,5 см. Диссимметрично положение лопаток — правая приподнята и отстоит от грудной клетки. Здесь же имеется реберный горб. Осевая нагрузка на позвоночник безболезненна, движения не ограничены. На рентгенограмме в прямой проекции видна сколиотическая деформация: в грудном отделе величина дуги  $155^\circ$ , в поясничном отделе —  $165^\circ$ . Заметны торсия позвонков и сужение межреберных промежутков слева. В пояснично-крестцовом отделе позвоночника выявлено незаращение дужки V поясничного позвонка.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика консервативного лечения?

Какова тактика оперативного лечения?

Диспластический груднопоясничный сколиоз II степени, прогрессирующее течение.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию грудного и поясничного отдела позвоночника в двух проекциях.

Лечебная гимнастика для укрепления мышц спины и уменьшения деформации позвоночника, корригирующий массаж спины, корригирующие позы, плавание, соблюдение режима, сон в гипсовой кровати, наблюдение ортопеда.

Оперативное лечение эндокорректором Роднянского.

35. Мальчик, 12 лет, три года назад перенес острый гематогенный остеомиелит 2—3—4 поясничных позвонков. В настоящее время болей в спине нет. Родителей беспокоит деформация позвоночника. При осмотре имеется сглаженность поясничного лордоза, заметна на глаз сколиотическая деформация позвоночника, при пальпации болей нет. Движения в поясничном отделе ограничены. В положении лежа искривление не исчезает. На прямой рентгенограмме поясничного отдела позвоночника тела трех позвонков имеют трапециевидный скос вправо, суставные щели между ними не прослеживаются, выражен остеопороз. На боковой рентгенограмме высота тел этих позвонков снижена. Тела спаяны в единый костный блок.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какие рекомендации нужно дать пациенту?

Что запрещено данному пациенту?

Поясничный кифо-сколиоз после остеомиелита позвоночника.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию поясничного отдела позвоночника в двух проекциях.

Рекомендован охранительный режим (освобождение от физкультуры в школе, плавание, дневной отдых дома и сон на жесткой постели).

Не поднимать и не носить тяжести, необходима правильная трудовая ориентация без перегрузок позвоночника.

36. Подросток получил удар тяжелым тупым предметом по грудной клетке. Обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре на груди справа в области V, VI. И VII ребер по срединно-ключичной линии определяется припухлость и небольшая подкожная гематома. Пальпация этой области болезненна, крепитации нет. Подъем правой руки и боковые наклоны туловища малоболезненны. Глубокий вдох болезнен, но возможен.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения?

Какие лекарственные средства использовать при усилении болей?

Ушиб грудной клетки справа.

Для уточнения диагноза сделать рентгенографию правой половины грудной клетки.

На место ушиба в первые сутки наложить холод. С 1-го дня проводить дыхательную гимнастику. Начиная с 3-го дня после травмы назначить физиотерапевтические процедуры.

При болях назначить анальгин, баралгин. Если боли не снижаются, сделать новокаиновую блокаду.

37. Подросток 13 лет, жалуется на боль, особенно при беге и прыжках, и появившееся опухолевидное образование в верхней трети левой голени. Мальчик увлекается игрой в футбол, хоккей. Часто падает на коленные суставы. При осмотре определяется опухолевидное образование в области бугристости левой большеберцовой кости. Образование костной плотности, слегка

болезненное при давлении, без признаков воспаления. На рентгенограмме в боковой проекции верхней трети голени определяется фрагментация и расширение границ бугристости большеберцовой кости.

Каков диагноз?

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова тактика лечения?

Какие рекомендации будут даны пациенту?

Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуда-Шлаттера).

Рентгенография.

Тепловые процедуры, электрофорез с новокаином, йодистым калием, ультразвуковая или лазерная терапия.

Исключить спортивные перегрузки (бег, прыжки).

### **Критерии оценок тестовых заданий**

Формула для оценки тестовых заданий:

$$\% \text{ правильных ответов} = 100 - \left( \frac{X_1 + X_2}{Y} \times 100 \right)$$

где

X<sub>1</sub>- недостающее количество правильных ответов;

X<sub>2</sub>- количество неправильных ответов;

Y- количество правильных ответов.

До 70% правильных ответов – «неудовлетворительно»

От 70% до 80% правильных ответов – «удовлетворительно»

От 80% до 95% правильных ответов – «хорошо»

95% и более правильных ответов – «отлично»

### **Критерии оценивания ситуационных задач**

#### **Оценка «отлично».**

Аспирант свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу (выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы).

#### **Оценка «хорошо».**

Если аспирант достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе.

#### **Оценка «удовлетворительно».**

Если аспирант недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;

#### **Оценка «неудовлетворительно».**

Если аспирант имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.