

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 06.06.2024 08:24:53
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Оценочные материалы для промежуточной аттестации по дисциплине

Травматология и ортопедия

Код, направление подготовки	31.05.01
Направленность (профиль)	Лечебное дело
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Хирургических болезней
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА – ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ (8, 9 СЕМЕСТР)

Контрольная работа проводится с целью контроля усвоения студентами знаний лекционного курса, оценки знаний и навыков, приобретенных в ходе практических занятий, а также для проверки умения решать различного рода задачи, развивающие профессиональные способности в соответствии с требованиями квалификационной характеристики специалиста. Контрольная работа проводится по расписанию в часы учебных занятий в объеме, предусмотренном рабочей

программой по дисциплине и учебной нагрузкой преподавателя. Время на подготовку к контрольной работе входит в число часов самостоятельной работы студентов и не должно превышать 4-х часов. Контрольная работа оценивается дифференцированной оценкой. В случае неудовлетворительной оценки, полученной студентом, назначается новый срок написания

контрольной работы во внеучебное время. (Сургутский государственный университет Система менеджмента качества СМК СурГУ СТО-2.12.5-15 Организация текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации студентов Редакция №2 стр. 7 из 21)

НАПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Обучающийся самостоятельно выбирает нозологическую форму, разрабатывает и защищает историю болезни по предложенной схеме

Основные этапы написания учебной истории:

1. Титульный лист (отдельная страница)
2. Паспортная часть.
3. Жалобы: основные и найденные при опросе по системам органов.
4. Анамнез основного и сопутствующих заболеваний.
5. Анамнез жизни.
6. Данные объективного исследования больного (общий статус по системам).
7. Данные объективного исследования больного (локальный статус).
8. Обоснование предварительного диагноза и его формулировка.
9. План обследования.
10. Данные лабораторных и инструментальных исследований, заключения консультантов.
11. Окончательный клинический диагноз (обоснование и формулировка).
12. Дифференциальный диагноз.
13. Лечение больного и его обоснование (предоперационная подготовка, операционный этап, послеоперационное лечение).
14. Заключительный клинический диагноз (обоснование и формулировка)
15. Дневник курации.
16. Эпикриз.
17. Прогноз.
18. Список использованной литературы.

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЕ (8 семестр)

Задания на контрольной работе включают оценку теоретических знаний и оценку практических навыков – билет содержит 3 вопроса (2 теоретических и 1 ситуационная задача).

Вопросы для устного опроса:

«Травматология и ортопедия»

1. Методы обследования в травматологии.
2. Методика обследования ортопедических больных
3. Особенности течения репаративного процесса при переломах костей и влияние на костеобразование механических факторов.
4. Стадии формирования костной мозоли.
5. Понятие несросшийся перелом, этиология, методы диагностики.
6. Лечение несросшихся переломов
7. Понятие ложный сустав, этиология, метод диагностики, лечение.
8. Определение качества гипса.
9. Устройство гипсового кабинета.
10. Основные правила наложения гипсовых повязок.
11. Гипсовые повязки при повреждениях верхней конечности.
12. Гипсовые повязки при повреждениях нижней конечности.
13. Диафизарные переломы плечевой кости. Преимущество метода Илизарова при лечении переломов этой локализации.
14. Повреждение плеча. Перелом хирургической шейки плеча.
15. Переломы проксимального отдела плечевой кости.
16. Вывихи плеча.
17. Травматические вывихи плеча: классификация, клиника, методы вправления.
18. Переломы ключицы. Диагностика, лечение.
19. Переломы ключицы. Диагностика, лечение.
20. Оперативное лечение перелома ключицы, способы остеосинтеза переломов ключицы.
21. Переломы лопатки. Классификация, клиника, диагностика лечение.
22. Переломы ребер. Клиника, диагностика, лечение переломов ребер.
23. Ушиб грудной клетки. Диагностика, лечение.
24. Обследование больного с повреждением грудной клетки.
25. Осложнения повреждений грудной клетки. Пневмоторакс, гидроторакс.
26. Диафизарные переломы плечевой кости. Преимущество метода Илизарова при лечении переломов этой локализации.
27. Повреждение плеча. Перелом хирургической шейки плеча.
28. Переломы проксимального отдела плечевой кости.
29. Переломы костей предплечья: диагностика и лечение.
30. Перелом локтевого отростка. Методы лечения.
31. Перелома-вывихи костей предплечья (Монтеджи и Галиаци) – диагностика и лечение.
32. Переломы лучевой кости в типичном месте: клиника, диагностика и лечение.
33. Перелом костей запястья I ладьевидной кости: механизм, клиника, лечение.
34. Переломы пястных костей, методика лечения.
35. Переломы костей таза. Механизмы травмы. Лечение.
36. Клиническая симптоматика при различных переломах костей таза.
37. Возможные осложнения при переломах таза.
38. Переломы тел позвонков: клиника, диагностика и лечение
39. Повреждение шейного отдела позвоночника (ротационный подвывих атланта).
40. Повреждение грудного отдела позвоночника
41. Компрессионные переломы поясничного отдела позвоночника (определение степени компрессии).
42. Переломы лодыжек, повреждение связок голеностопного сустава.
43. Диафизарные переломы костей голени – диагностика, лечение.
44. Диагностика растяжения и повреждения связок голеностопного сустава.
45. Переломы лодыжек, диагностика лечение.
46. Лечение переломов голени по методу Илизарова.

47. Оперативное лечение, способы остеосинтеза переломов голени.
48. Клиника, диагностика и лечение переломов шейки бедра.
49. Переломы диафиза бедренной кости, методы лечения.
50. Переломы проксимального конца бедренной кости.
51. Лечение переломов бедра по методу Илизарова.
52. Повреждение коленного сустава.
53. Переломы надколенника. Виды переломов, лечение.
54. Переломы лодыжек, повреждение связок голеностопного сустава.
55. Переломы таранной и пяточной костей. Диагностика и лечение
56. Травмы стопы, перелом пяточной кости. Диагностика лечение.
57. Переломы плюсневых костей и фаланг пальцев.

Перечень ситуационных задач

Ситуационная задача №1

Женщина 82 лет подняла с пола 20-литровую кастрюлю, заполненную жидкостью, и поставила ее на газовую плиту. В момент поднятия кастрюли у нее что-то хрустнуло в позвоночнике «где-то ниже лопаток» и появились сильные боли в области травмы. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно натирала спину скипидаром и лежала на спине. Острые явления прошли. Через два дня после этого долго стояла на улице в холодную погоду. Сильно замерзла. Пришла домой, долго не могла согреться. Вновь появились боли в ниже-грудном отделе позвоночника. Обратилась к участковому терапевту. Был поставлен диагноз — пояснично-крестцовый радикулит. Назначили втирания. Больная аккуратно выполняла назначения, но ее состояние постепенно ухудшалось. Беспокоили постоянные боли в позвоночнике при ходьбе, прекращавшиеся только в положении лежа на спине. Ходьба доставляла ей большие мучения. Так продолжалось 9 мес. Наконец, по настоянию родственников, ей сделали рентгенологическое исследование позвоночника, после чего госпитализировали в тубдиспансер. При внешнем осмотре ниже-грудного отдела позвоночника имеется заметное выпячивание остистых отростков IX и X грудных позвонков. Поколачивание пальцами по остистым отросткам этих позвонков болезненно. Движения в ниже-грудном отделе позвоночника ограничены. Чувствительность и двигательная функция нижних конечностей в полном объеме. Функция тазовых органов не нарушена.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какое лечение следует назначить?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Сделать рентгенографию грудного отдела позвоночника, магнитно-резонансную томографию, лабораторные исследования. Учитывая пожилой возраст больной, осуществлять консервативное лечение с применением туберкулостатических препаратов. Больную уложить на кровать со щитом и жестким матрасом. Назначить строгий постельный режим с тщательным индивидуальным уходом

Ситуационная задача №2

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.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика лечения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Ушиб средней фаланги III пальца правой кисти. С целью исключения перелома 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 физкультуру.

Ситуационная задача №3

Мужчина 36 лет, находясь за рулем легкового автомобиля, ночью на автотрассе столкнулся с грузовиком. В результате столкновения был плотно прижат рулем к сиденью. Оказавшиеся рядом люди пытались извлечь водителя из автомобиля. Их неумелые и поспешные действия привели к тяжелой травме позвоночника. Пострадавший доставлен в спинальный центр больницы. Беспокоят жгучие боли в грудном отделе позвоночника. Объективно: движения в позвоночнике скованны. В нижнегрудном отделе позвоночника припухлость, подкожная гематома, усиленный грудной кифоз. Отмечается выстояние остистых отростков X-XI грудных позвонков. Пальпация остистых отростков на уровне повреждения болезненна. Двигательная и чувствительная функции ног отсутствуют. Функция тазовых органов нарушена. Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова лечебная тактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Закрытый компрессионный перелом тел X- XI грудных позвонков с полным разрывом спинного мозга.

Необходимо сделать рентгенологическое исследование позвоночника, магнитно-резонансную томографию, люмбальную пункцию с исследованием спинномозговой жидкости. Больного уложить на спину на кровать со щитом и жестким матрасом. Произвести постепенную репозицию поврежденных позвонков. Для этого под поясницу (область физиологического лордоза) подложить валик. Одновременно с репозицией следует проводить занятия лечебной физкультурой, массаж и физиотерапию. За больным надо осуществлять тщательный уход (профилактика пролежней и застойной пневмонии), следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря и кишечника. Пострадавшего должен регулярно наблюдать невропатолог.

Ситуационная задача №4

Мужчина 38 лет. Находится в алкогольном опьянении. Беспокоит небольшая боль в левом плече, невозможность пользования левой верхней конечностью, наличие патологической подвижности в плече. Травма сегодня около 19-40, пошел в состоянии алкогольного опьянения (выпил около 0,5 литра водки) на родник (была гололедица), поскользнулся, упал. Друзьями была вызвана бригада ССМП, сотрудники которой наложили иммобилизацию шинами Крамера по «Турнеру», и больного доставили в приемный покой травмоцентра. В приемном покое АД 110/70 мм ртст, пульс 80 в 1 мин. Больной в состоянии алкогольного опьянения, не помнит, что с ним случилось. Локальный статус. Осмотр после снятия иммобилизации. Деформация, патологическая подвижность диафиза плечевой кости. Кисть «висит», отведение первого пальца невозможно. Отсутствует 15 активное разгибание в лучезапястном и пястно-фаланговых суставах. Невозможно сжатие кисти в кулак. На рентгенограмме левой плечевой кости в

прямой проекции выявляется винтообразный перелом диафиза левой плечевой кости на границе средней – нижней трети. Больной госпитализирован в травматологическое отделение.

Вопросы. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента? Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Составьте и обоснуйте план обследования. Составьте план лечения данного пациента при госпитализации и в отделении. Ваши рекомендации при выписке.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Диагноз. Закрытый винтообразный перелом диафиза левой плечевой кости на границе ср/3-н/3, осложненный повреждением лучевого нерва. Обоснование диагноза. Диагноз выставлен на основании анамнеза, жалоб, на основании объективных данных и данных рентгенографии. План дополнительного обследования. Готовить к операции. ПАК, группа крови, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С. Консультация невролога, дообследование, подготовка к операции в плановом порядке. План лечения. В приемном покое - блокада по Белеру, иммобилизация гипсовой повязкой по Турнеру, В отделении - операция остеосинтеза плечевой кости пластиной, ревизия лучевого нерва, при повреждении шов нерва. Рекомендации при выписке: 1. Ортез типа Дезо на левую верхнюю конечность, контрольная рентгенограмма через 10 недель, затем решение вопроса о возможности осевой нагрузки. 2. ЛФК постоянно. 3. Для восстановления нерва: курсами (не менее трех) по 10 дней с промежутком 10 дней: прозерин 1,0+ В1 – 1,0 + дибазол 1 табл. 4. Наблюдение хирурга и невролога по месту жительства.

Ситуационная задача №5

Женщина 60 лет доставлена бригадой СМП в приемный покой в экстренном порядке. Жалобы на резкие боли в левом бедре, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность пользоваться левой нижней конечностью. Со слов пациентки травму получила сегодня утром – во дворе своего дома поскользнулась, упала на левую ногу с высоты своего роста, сразу же почувствовала резкую боль, вызвала СМП, которая доставила ее в дежурную травматологию. В анамнезе детские инфекции, простудные заболевания, эпизоды повышения АД до 170/100 мм. рт. ст., периодические боли в области сердца. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, ЧСС - 76 ударов в минуту, АД рабочее 150/80 мм. рт. ст., физиологические отправления в норме. Локальный статус. При осмотре пациентка лежит на каталке. Кожные покровы без повреждений. Левое бедро галифеобразно деформировано. Левая нижняя конечность несколько укорочена. В верхней трети левого бедра обширный кровоподтек 15x10 см 17 бордового цвета. При пальпации резкая болезненность в верхней трети, отек +3,0 см, крепитация отломков, патологическая подвижность, положительный симптом «осевой нагрузки» по оси левого бедра. Объем движений в левом тазобедренном и коленном суставах резко ограничен из-за болей. Чувствительных, двигательных расстройств не выявлено. Пульсация на артериях левой стопы определяется.

Вопросы. Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки? Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Составьте и обоснуйте план обследования. Составьте план

лечения данного пациента при госпитализации и в отделении. Ваши рекомендации при выписке в зависимости от способа остеосинтеза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Диагноз. Закрытый перелом верхней трети левой бедренной кости со смещением отломков. Обоснование диагноза. Диагноз выставлен на основании жалоб – резкие боли в левом бедре, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность пользоваться левой нижней конечностью. На основании данных анамнеза: падение на левую ногу с высоты своего роста, сразу же чувство резкой боли; кожные покровы без повреждений. Левое бедро деформировано. Левая нижняя конечность несколько укорочена. В верхней трети левого бедра обширный кровоподтек 15x10 см бордового цвета. При пальпации резкая болезненность в верхней трети, отек +3,0 см, крепитация отломков, патологическая подвижность, положительный симптом «осевой нагрузки» по оси левого бедра. Объем движений в левом тазобедренном и коленном суставах резко ограничен из-за болей. План обследования. Рентгенография левой бедренной кости в двух проекциях. Готовить к оперативному лечению: ПАК, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С, ЭКГ, Контроль АД, консультация терапевта, кардиолога. УЗИ вен нижней конечности. План лечения. В приемном покое обезболивание - блокада по Белеру (новокаин 1-2 % 10-20 мл). Скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости 1/7 от массы тела. 39 Оперативное лечение в плановом порядке (при отсутствии противопоказаний) – остеосинтез левого бедра блокируемым стержнем либо пластиной. 2. Антикоагулянты, Анальгетики, Гемореологические препараты, Антибиотики, инфузионная терапия до и после операции 3. ЛФК. Рекомендации при выписке: 1. Продолжить амбулаторное лечение в поликлинике. 2. Ходьба на костылях без нагрузки на левую ногу (при остеосинтезе пластиной), с дозированной нагрузкой (при остеосинтезе блокируемым стержнем) до сращения перелома 3. Рентген-контроль через 3, 6, 8 месяцев. 4. ЛФК, массаж 5. Таблетированные антикоагулянты (например, Ксарелто 10 мг 1 раз в день) 1 месяц после выписки, затем дезагреганты (например, Ацекардол по 100 мг. 1 раз в день) в течение 6 мес.

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЕ (9 семестр)

Задания на контрольной работе включают оценку теоретических знаний и оценку практических навыков – билет содержит 3 вопроса (2 теоретических и 1 ситуационная задача).

Вопросы для устного опроса:

«Травматология и ортопедия»

1. Клинические формы черепно-мозговой травмы.
2. Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
3. Ушиб головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
4. Переломы костей черепа.
5. Осложнения черепно-мозговых травм.
6. Методы диагностики при черепно-мозговых травмах.
7. Повреждение периферических нервов. Клиника.
8. Политравма: методы диагностики.

9. Виды переломов, морфологические изменения в области травмы, общие принципы лечения.
10. Травматический шок.
11. Противошоковые мероприятия при травмах.
12. Методика обследования больных при сочетанной травме.
13. Переломы лодыжек, повреждение связок голеностопного сустава.
14. Классификация переломов лодыжек.
15. Повреждение ахиллова сухожилия. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
16. Переломы таранной и пяточной костей. Диагностика и лечение
17. Травмы стопы, перелом пяточной кости. Диагностика лечение.
18. Диагностика растяжения и повреждения связок голеностопного сустава.
19. Переломы плюсневых костей и фаланг пальцев.
20. Травмы стопы, перелом пяточной кости. Диагностика лечение.
21. Типы суставов, анатомо – физиологические особенности диартрозных суставов (синовиальная оболочка, синовиальная жидкость, гиалиновый хрящ).
22. Деформирующий артроз коленного сустава.
23. Деформирующий артроз тазобедренного сустава. Лечение
24. Этиология и патогенез деформирующего артроза крупных суставов.
25. Методы лечения деформирующего артроза в зависимости от стадии и характера изменений в суставах.
26. Оперативные вмешательства при деформирующем артрозе.
27. Артротомия и менискэктомия. Особенности хирургического вмешательства.
28. Основы протезирования верхних конечностей.
29. Опухоли костей. Классификация
30. Остеогенная саркома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
31. Амбулаторно-поликлиническая помощь травматологическим больным. Нормативно-правовая база.
32. Реабилитация травматологических больных. Лечебная физкультура для травматологических больных
33. Методы физиотерапевтического лечения травматологических больных. Показания и противопоказания физиотерапевтического лечения для травматологических больных.
34. Реабилитация пациентов после тотального эндопротезирования коленного сустава.
35. Реабилитация пациентов после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.
36. Остеохондроз позвоночника: этиология, патогенез
37. Остеохондроз позвоночника: диагностика и лечение
38. Врожденный вывих бедра. Консервативное лечение.
39. Врожденная косолапость и ее лечение.
40. Врожденный вывих бедра, ранние симптомы и лечение.
41. Клинические симптомы врожденного вывиха бедра у детей старше года.
42. Врожденная кривошея. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
43. Наследственные системы заболевания скелета
44. Дисплазия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
45. Хондродистрофия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
46. Остеохондропатия II – III плюсневых костей (болезнь Келлера II)
47. Остеохондропатия позвонков – болезнь Шейермана – Мау. Диагностика, лечение
48. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (Осгуда – Шлаттера)

49. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга – Кальве - Пертеса).
50. Остеохондропатии патоморфология на примере болезни Пертеса
51. Сколиоз. Этиология. Стадии. Методы диагностики.
52. Статические деформации – кифоз, сколиоз (диагностика, лечение)
53. Сколиоз. Профилактика и лечение.
54. Этиология, клиника церебрального спастического паралича.
55. Современные методы лечения и поддерживающей терапии детского церебрального паралича

Перечень ситуационных задач

Ситуационная задача №1

Ребенок, 6 лет, прихрамывает на правую ногу. При осмотре: конечность короче левой. Большой вертел расположен выше линии Розер-Нелатона на 3 см, ограничено отведение бедра. Симптомы Дюпюитрена, исчезающего пульса отрицательные. Симптом Тренделенбурга слабо положительный. На рентгенограмме справа головка бедренной кости во впадине, шеечнодиафазарный угол равен 90° .

Ваше заключение о патологии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: С учетом рентгенологических данных: головка бедренной кости расположена во впадине, а шеечно-диафазарный угол равен 90° , можно поставить диагноз «варусная деформация шейки бедра», несмотря на общность симптоматики с врожденным вывихом бедра: укорочение левой ноги, расположение большого вертела выше линии Розер-Нелатона, ограничение отведения бедра. Клиническое отличие от вывиха: отрицательные симптомы Дюпюитрена и исчезающего пульса.

Ситуационная задача №2

Девочка, 4-х лет, припадает на левую ногу. При осмотре: конечность укорочена. Большой вертел расположен выше линии Розер-Нелатона на 3 см, легкая атрофия мышц бедра и ягодичной группы, ограничено отведение бедра, положительный симптом Тренделенбурга. На представленной рентгенограмме вертлужная впадина пустая, мелкая, верхний край сглажен. Головка бедренной кости расположена в надацетабулярной области. Шеечно-диафазарный угол равен 140° .

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: У ребенка врожденный вывих левого бедра. Клинические признаки: укорочение конечности, ограничение отведения бедра, высокое состояние большого вертела – подтверждаются рентгенологическими симптомами: вертлужная впадина пустая и мелкая, верхний край ее скошен, головка бедренной кости вне впадины. Учитывая возраст, врач должен назначить оперативное вправление бедра с углублением вертлужной впадины.

Ситуационная задача №3

В ортопедический кабинет мать принесла ребенка в возрасте 1,5 месяца. При осмотре выявлена асимметрия бедренных складок, ограничение разведения бедер. Укорочения ноги и симптома щелчка нет.

Целесообразно ли делать диагностическую рентгенографию тазобедренных суставов в таком возрасте? Ваша лечебная тактика.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: На основании асимметрии бедренных складок и ограничения разведения бедер можно заподозрить дисплазию тазобедренных суставов. Рентгенологическое исследование проводить в 1,5- месячном возрасте преждевременно, так как чтение рентгенограммы затруднено отсутствием ядер окостенения головок бедренных костей.

Тактика врача: назначить ЛВК для углубления вертлужных впадин (сгибательно-разгибательные и вращательные движения) и свободное пеленание. Можно рекомендовать и уплотненную промежностную прокладку. Повторный осмотр в возрасте 3 месяцев, рентгенологическое обследование по показаниям (сохранение ограничения разведения бедер).

Ситуационная задача №4

Ребенку 4,5 месяца. Выражена асимметрия бедренных складок, укорочение правой ноги, ограничено отведение бедра, положительный симптом щелчка. На рентгенограмме крыша вертлужной впадины сглажена, головка бедренной кости меньше справа и расположена на 1.5 см выше верхнего края впадины. Ваш диагноз и тактика лечения, обоснование.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: У ребенка вывих правого бедра. Лечение – ЛФК, фиксация конечностей на шине, например, ЦИТО, массаж ног и ягодичных

Ситуационная задача №5

У ребенка, 3 лет, врожденная косолапость. При попытке вывести стопу из порочного положения отмечается ригидность тканей по задне-внутреннему краю стопы.

Какое вмешательство следует произвести для исправления деформации?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Можно выполнить операцию Зацепина на сухожильно-связочном аппарате стопы с последующим ношением ортопедической обуви в течение года.

Ситуационная задача №6

Больная, 37 лет, жалуется на боли и ограничение движений в левом тазобедренном суставе. В семилетнем возрасте ей была произведена операция открытого вправления врожденного вывиха бедра. При осмотре: левая конечность короче правой на 2 см, мышцы бедра и голени атрофичны, движения в тазобедренном суставе ограничены, болезненно отведение. На рентгенограмме отмечается деформация тазобедренного сустава, суставные поверхности вытянуты, по краям костно-хрящевые экзостозы, суставная щель сужена.

Какое осложнение развилось после оперативного вправления вывиха бедра? Какие лечебные рекомендации можно дать больной?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: После открытого вправления врожденного вывиха бедра у больной развился вторичный деформирующий коксартроз. Лечение консервативное: разгрузка конечности, ЛФК, массаж, физиотерапия, медикаментозное лечение. При отсутствии эффекта от длительного консервативного и санаторно-курортного лечения можно предложить оперативное лечение. Хороший эффект достигается декомпрессивной межвертельной аутомиоостеопластикой по А.Ф. Краснову.

Ситуационная задача №7

Ребенку 1 год. Ранее лечился по поводу левосторонней косолапости гипсовыми корригирующими повязками. Однако деформация стопы полностью не устранена, ходит на наружном крае стопы.

При осмотре: пятка подтянута, из положения варуса и приведения стопа выводится полностью.

Какая ошибка была допущена на предыдущем этапе лечения и как ее исправить?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Наиболее частая ошибка, допускаемая при этапном лечении врожденной косолапости, неполное устранение эквинуса, что в дальнейшем нарушает правильную установку стопы при ходьбе. Нарушается устойчивость стопы, она подвергается внутрь, наступает рецидив косолапости. В данном наблюдении необходимо произвести подкожную ахиллотомию и наложить корригирующую гипсовую повязку на 6-8 недель. Затем повязку заменяют съемной гипсовой лонгетой для удержания правильного положения стопы. Назначают ЛФК, массаж ноги, теплые ножные ванны, ортопедическую обувь до года. Необходимо наблюдение ортопеда в течение последующих трех лет.

Ситуационная задача №8

У ребенка, 5 лет, врожденные плоско-вальгусные стопы. Мать отмечает, что мальчик плохо и неуклюже ходит, еще хуже бегаёт, быстро устает, а к вечеру жалуется на боли в стопах и коленных суставах. Ранее к врачу-ортопеду не обращались.

Назначьте лечение соответственно заболеванию и возрасту.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Учитывая возраст ребенка, следует назначить консервативное лечение: ЛФК для укрепления мышц ног, тонизирующий массаж, электростимуляцию мышц большеберцовой группы, сгибателей пальцев, подошвенных мышц стопы, соленохвойные ножные ванны, ночные корригирующие лонгеты, ортопедические ботинки с высоким и жестким задником, а для моделирования свода – супинатором.

Ситуационная задача №9

На консультацию к ортопеду направлен ребенок, в возрасте 1 месяца, с диагнозом «лимфаденит шеи». Из анамнеза выявлено, что роды у матери протекали тяжело, ребенок родился в ягодичном предлежании.

При осмотре отмечается небольшой наклон головы вправо. В области нижней трети правой кивательной мышцы определяется опухолевидное образование размером 2x1,5 см, безболезненное, плотно-эластической консистенции без признаков воспаления.

Какое заболевание у ребенка, какие дать рекомендации?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: У ребенка врожденная мышечная кривошея. После выписки родильного дома следует рекомендовать: тепло на область кивательной мышцы, корригирующие упражнения для головы, специальную укладку ребенка.

Ситуационная задача №10

У ребенка, 4 лет, голова наклонена вправо и удерживается в этом положении укороченной грудно-ключично-сосцевидной мышцей. Череп и лицо асимметричны. Правое надплечье выше левого. Сгибательно-разгибательные движения в шейном отделе позвоночника в полном объеме, ограничен наклон головы влево. Болей нет.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Врожденная мышечная кривошея. Учитывая возраст ребенка, лечение оперативное – удлиняющая пластика правой кивательной мышцы.

В билете на экзамене содержатся: 2 теоретических вопроса и 1 ситуационная задача.

Результаты промежуточного контроля знаний оцениваются: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ (9 семестр)

Задания на ЭКЗАМЕНЕ включают оценку теоретических знаний и оценку практических навыков – экзаменационный билет содержит 3 вопроса (2 теоретических и 1 ситуационная задача).

Вопросы для устного опроса: «Травматология и ортопедия»

1. Методы обследования в травматологии.
2. Переломы костей.
3. Виды переломов, морфологические изменения в области травмы, общие принципы лечения.
4. Определение качества гипса.
5. Основные правила наложения гипсовых повязок.
6. Гипсовые повязки при повреждениях верхней конечности.
7. Гипсовые повязки при повреждениях нижней конечности.

8. Особенности течения репаративного процесса при переломах костей и влияние на костеобразование механических факторов.
9. Классификация повреждений кровеносных сосудов.
10. Методы диагностики повреждений кровеносных сосудов.
11. лечение повреждений кровеносных сосудов.
12. Травматический шок.
13. Реабилитация пациентов с повреждением кровеносных сосудов.
14. Противошоковые мероприятия при травмах.
15. Методика обследования ортопедических больных.
16. Клинические формы черепно-мозговой травмы.
17. Сотрясение головного мозга
18. Переломы ребер. Лечение переломов ребер.
19. Переломы лопатки. Классификация, клиника, лечение.
20. Перелома-вывихи костей предплечья (Монтеджи и Галиаци) – диагностика и лечение.
21. Перелом локтевого отростка. Методы лечения.
22. Вывихи предплечья, механизм возникновения, способы вправления
23. Диафизарные переломы плечевой кости. Преимущество метода Илизарова при лечении переломов этой локализации.
24. Повреждение плеча. Перелом хирургической шейки плеча.
25. Переломы проксимального отдела плечевой кости.
26. Переломы костей предплечья: диагностика и лечение.
27. Диафизарные переломы костей предплечья. Консервативное и оперативное лечение.
28. Переломы лучевой кости в типичном месте: клиника, диагностика и лечение.
29. Перелом костей запястья I ладьевидной кости: механизм, клиника, лечение.
30. Переломы пястных костей, методика лечения.
31. Вывихи и переломы пальцев кисти.
32. Травматические вывихи бедра.
33. Клиника, диагностика и лечение переломов шейки бедра.
34. Переломы диафиза бедренной кости, методы лечения.
35. Переломы костей таза. Механизмы травмы. Лечение.
36. Переломы надколенника. Виды переломов, лечение.
37. Переломы лодыжек, повреждение связок голеностопного сустава.
38. Вывихи плеча.
39. Травматические вывихи плеча: классификация, клиника, методы вправления.
40. Диафизарные переломы костей голени – диагностика, лечение.
41. Повреждение менисков коленного сустава (диагностика при свежих и застарелых повреждениях)
42. Переломы таранной и пяточной костей. Диагностика и лечение
43. Травмы стопы, прелом пяточной кости. Диагностика лечение.
44. Диагностика растяжения и повреждения связок голеностопного сустава.
45. Переломы лодыжек, диагностика лечение.
46. Переломы плюсневых костей и фаланг пальцев.
47. Травмы стопы, прелом пяточной кости. Диагностика лечение.
48. Переломы таранной кости, диагностика и лечение.
49. Особенности восстановления сухожилий, виды швов сухожилий
50. Переломы проксимального конца бедренной кости.
51. Переломы тел позвонков: клиника, диагностика и лечение
52. Переломы ключицы. Диагностика, лечение.
53. Клинические симптомы врожденного вывиха бедра у детей старше года.
54. Остеохондропатия II – III плюсневых костей (болезнь Келлера II)
55. Остеохондропатия позвонков – болезнь Шейермана – Мау. Диагностика, лечение

56. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (Осгуда – Шлаттера)
57. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга – Кальве - Пертеса).
58. Остеохондропатии патоморфология на примере болезни Пертеса
59. Мышечная кривошея: диагностика, лечение.
60. Лечение дистрофических и атрофических процессах в костях.
61. Современный взгляд на этиологию и патогенез дисплазии
62. Врожденный вывих бедра. Консервативное лечение.
63. Врожденная косолапость и ее лечение.
64. Врожденный вывих бедра, ранние симптомы и лечение.
65. Статические деформации – кифоз, сколиоз (диагностика, лечение)
66. Сколиоз. Профилактика и лечение.
67. Сколиоз. Этиология и лечение.
68. Плоскостопие, вальгусное отклонение I пальца стопы, клиника, лечение
69. Остеохондроз позвоночника: этиология, патогенез, диагностика и лечение.
70. Деформирующий артроз коленного сустава.
71. Деформирующий артроз тазобедренного сустава. Лечение
72. Врожденная кривошея
73. Внутрисуставные переломы коленного сустава.
74. Переломы лопатки, ключицы. Диагностика и лечение.
75. Виды плоскостопия. Лечение.
76. Остеогенная саркома.
77. Этиология, клиника церебрального спастического паралича.

Перечень ситуационных задач

Ситуационная задача №1

Мужчина 36 лет, находясь за рулем легкового автомобиля, ночью на автотрассе столкнулся с грузовиком. В результате столкновения был плотно прижат рулем к сиденью. Оказавшиеся рядом люди пытались извлечь водителя из автомобиля. Их неумелые и поспешные действия привели к тяжелой травме позвоночника. Пострадавший доставлен в спинальный центр больницы. Беспокоят жгучие боли в грудном отделе позвоночника. Объективно: движения в позвоночнике скованны. В нижнегрудном отделе позвоночника припухлость, подкожная гематома, усиленный грудной кифоз. Отмечается выстояние остистых отростков X-XI грудных позвонков. Пальпация остистых отростков на уровне повреждения болезненна. Двигательная и чувствительная функции ног отсутствуют. Функция тазовых органов нарушена. Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова лечебная тактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Закрытый компрессионный перелом тел X- XI грудных позвонков с полным разрывом спинного мозга.

Необходимо сделать рентгенологическое исследование позвоночника, магнитно-резонансную томографию, люмбальную пункцию с исследованием спинномозговой жидкости. Больного уложить на спину на кровать со щитом и жестким матрацем. Произвести постепенную репозицию поврежденных позвонков. Для этого под поясницу (область физиологического лордоза) подложить валик. Одновременно с репозицией следует проводить занятия лечебной физкультурой, массаж и физиотерапию. За больным надо осуществлять тщательный уход (профилактика пролежней и застойной пневмонии), следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря и кишечника. Пострадавшего должен регулярно наблюдать невропатолог.

Ситуационная задача № 2

Молодая женщина ходила по бревну и, забавляясь, подкидывала на руках ребенка 4 лет.

При неосторожном движении ребенок сорвался с рук и ударился спиной о бревно. За квалифицированной помощью мать с ребенком не обращалась. Только через полгода мальчика доставили в специализированное лечебное учреждение. Ребенка беспокоят постоянные боли в области травмы. У него плохой сон, снижен аппетит. Движения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника ограничены. Ребенок не может долго стоять прямо, а вынужден опираться руками о бедра. При внешнем осмотре обращает на себя внимание выпячивание остистых отростков III, IV и V поясничных позвонков, которые образовали gibbus. При поколачивании пальцами по остистым отросткам этих позвонков отмечается болезненность. Боли в поясничном отделе позвоночника при надавливании ладонью на голову. Чувствительная и двигательная функции в обеих нижних конечностях сохранены в полном объеме.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова лечебная тактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Туберкулезный спондилит III, IV и V поясничных позвонков. Необходимо сделать рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, магнитно-резонансную томографию, лабораторные исследования. Ребенку следует рекомендовать длительный строгий постельный режим в санаторно-курортных условиях, включая применение воздушных и солнечных ванн (аэрогелиотерапия). Пораженному отделу позвоночника с помощью гипсовой кровати надо обеспечить покой. Для исправления деформации и предупреждения увеличения горба под него подложить плотный ватно-марлевый валик в виде крестика. Назначить туберкулостатические препараты. В дальнейшем — радикальная некрэктомия поясничных позвонков, пораженных туберкулезным процессом.

Ситуационная задача № 3

Женщина 82 лет подняла с пола 20-литровую кастрюлю, заполненную жидкостью, и поставила ее на газовую плиту. В момент поднятия кастрюли у нее что-то хрустнуло в позвоночнике «где-то ниже лопаток» и появились сильные боли в области травмы. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно натирала спину скипидаром и лежала на спине. Острые явления прошли. Через два дня после этого долго стояла на улице в холодную погоду. Сильно замерзла. Пришла домой, долго не могла согреться. Вновь появились боли в нижне-грудном отделе позвоночника. Обратилась к участковому терапевту. Был поставлен диагноз — пояснично-крестцовый радикулит. Назначили втирания. Больная аккуратно выполняла назначения, но ее состояние постепенно ухудшалось. Беспокоили постоянные боли в позвоночнике при ходьбе, прекращавшиеся только в положении лежа на спине. Ходьба доставляла ей большие мучения. Так продолжалось 9 мес. Наконец, по настоянию родственников, ей сделали рентгенологическое исследование позвоночника, после чего госпитализировали в тубдиспансер. При внешнем осмотре нижне-грудного отдела позвоночника имеется заметное выпячивание остистых отростков IX и X грудных позвонков. Поколачивание пальцами по остистым отросткам этих позвонков болезненно. Движения в нижне-грудном отделе позвоночника ограничены. Чувствительность и двигательная функция нижних конечностей в полном объеме. Функция тазовых органов не нарушена. Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какое лечение следует назначить?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Сделать рентгенографию грудного отдела позвоночника,

магнитно-резонансную томографию, лабораторные исследования. Учитывая пожилой возраст больной, осуществлять консервативное лечение с применением туберкулостатических препаратов. Больную уложить на кровать со щитом и жестким матрацем. Назначить строгий постельный режим с тщательным индивидуальным уходом

Ситуационная задача № 4

Ребенок 10 лет упал с крыши сарая и ударился спиной. Через некоторое время стал вялым, малоподвижным, перестал играть в подвижные игры со сверстниками. Повысилась утомляемость. Появились постоянные боли в позвоночнике, усиливающиеся к вечеру, особенно после физической нагрузки. С целью разгрузки позвоночника ребенок стал ходить, опираясь руками на бедра. Постепенно стала меняться осанка. В верхне-грудном отделе позвоночника все заметнее стал выступать горб. Деформация грудной клетки усилилась и спереди. Родители ребенка жили в сельской местности и за квалифицированной помощью не обращались. Целый год болезнь прогрессировала без всякого вмешательства, пока у ребенка не появились параличи обеих нижних конечностей. После этого тяжелобольного ребенка привезли в город и госпитализировали. При внешнем осмотре позвоночника в верхне-грудном отделе имеется искривление в виде горба. Постукивание по остистым отросткам IV, V и VI грудных позвонков болезненно. Движения позвоночника в грудном отделе ограничены: ребенок поворачивается всем туловищем, вместо наклона вперед — приседает. У больного развились спинномозговые расстройства: двигательный паралич с болезненными судорогами обеих нижних конечностей и расстройствами чувствительности, клонусом стоп и патологическими рефлексам, произвольным постоянным мочеиспусканием.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова лечебная тактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Туберкулезный спондилит III, IV и V поясничных позвонков. Необходимо сделать рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, магнитно-резонансную томографию, лабораторные исследования. Ребенку следует рекомендовать длительный строгий постельный режим в санаторно-курортных условиях, включая применение воздушных и солнечных ванн (аэрогелиотерапия). Пораженному отделу позвоночника с помощью гипсовой кровати надо обеспечить покой. Для исправления деформации и предупреждения увеличения горба под него подложить плотный ватно-марлевый валик в виде крестика. Назначить туберкулостатические препараты. В дальнейшем — радикальная некрэктомия поясничных позвонков, пораженных туберкулезным процессом.

Ситуационная задача № 5

Мужчина 50 лет работал на отстойном судне. Спускаясь в трюм по крутой лестнице, оступился, упал и ударился спиной о ступени. Беспокоили боли в грудном отделе позвоночника. И течение нескольких месяцев обращался в лечебные учреждения, где ставили различные диагнозы (двустороннюю межреберную невралгию, плевральные и легочные заболевания), назначалось соответствующее лечение. Улучшение не наступало. Заболевание прогрессировало. Спустя полгода в областной больнице ему сделали магнитно-резонансную томографию и направили в спинальный центр. При поступлении в больницу беспокоили сильные боли в грудном отделе позвоночника, постоянного характера, усиливающиеся при ходьбе, быстрая утомляемость, потеря аппетита. При внешнем осмотре больного: сглаженность физиологических изгибов, нарушение осанки, спина уплощена, походка осторожная, размеренная. Остистые

отростки VI и VII грудных позвонков несколько выступают и болезненны при постукивании пальцами. Болезненность в этих позвонках отмечается и при надавливании ладонями на плечи больного, т. е. при нагрузке по оси позвоночника. Чувствительность и двигательная функция нижних конечностей в полном объеме. Функция тазовых органов не нарушена.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова лечебная тактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Туберкулезный спондилит VI и VII грудных позвонков.

Необходимо сделать рентгенологическое исследование позвоночника, магнитно-резонансную томографию, лабораторные исследования крови, мочи, провести пробы Манту и Пирке, назначить строгий постельный режим на жесткой кровати со щитом. Для разгрузки позвоночника его следует уложить в гипсовую кроватку. Назначить противотуберкулезные препараты. Необходима консультация невролога. В дальнейшем следует произвести радикальную некрэктомию грудных позвонков, пораженных туберкулезом.

Ситуационная задача № 6

Девушка ударилась ягодицами, сев мимо стула. Обратилась в травматологический пункт с жалобами на боли в области копчика, усиливающиеся, 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 небольшая гематома, пальпация этой области болезненна. Других видимых изменений не обнаружено.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какое следует назначить лечение?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Сделать рентгенографию копчика. Лечение консервативное, направлено на снятие боли в области травмы. Местно втирать НПВС, внутрь НПВС.

Ситуационная задача №7

Молодой человек обратился в травматологический пункт с жалобой на боли в области левой кисти. Больного сильно ударили тяжелым тупым металлическим предметом по ладони. При осмотре ладонная поверхность левой кисти отечная, болезненная при ощупывании, пальцы в полусогнутом положении, движения ограничены. Не может полностью сжать пальцы в кулак. Кожные покровы кисти не повреждены.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика лечения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Ушиб ладонной поверхности левой кисти.

Для исключения перелома сделать рентгенографию кисти. Пострадавшему в течение первых суток следует постоянно прикладывать холод (пузырь со льдом). Кисть иммобилизовать тыльной гипсовой лонгетой от кончиков пальцев до середины предплечья. Пальцам придать полусогнутое положение. Кисть подвесить на косынке. Руку согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Назначить обезболивающие средства (анальгин, баралгин). Со 2-х суток назначить тепловые процедуры (теплую ванночку, грелку, электрогрелку) и спиртомазляные компрессы на ладонь. В дальнейшем проводить пассивную и активную гимнастику для пальцев, УВЧ-терапию

Ситуационная задача №8

Девушка обратилась в травматологический пункт с просьбой снять кольцо с пальца, которое доставляет большие неудобства. Беспокоят чувство сдавления и боль в IV пальце левой кисти. Объективно: на основной фаланге IV пальца левой кисти плотно надето металлическое кольцо. Ниже кольца палец отечный, несколько синюшный. Из-за отека движения ограничены. Чувствительность сохранена в полном объеме. Каков диагноз? Как снять кольцо?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Сдавление кольцом IV пальца левой кисти.

Толстую шелковую нить (№ 6 или № 8) длиной около 1,5 м провести с помощью толстой изогнутой иглы и иглодержателя под кольцо со стороны ногтевой фаланги. Конец шелка, длиной 20-25 см, выведенный из-под кольца, удержать зажимом. Палец пациентки ниже кольца смазать вазелином. Длинный конец шелковой нити плотно намотать на палец спиральными турами, тесно прилегающими виток к витку. Витки должны идти от кольца к ногтевой фаланге, где шелк следует завязать. Короткий конец нити, удерживаемый зажимом, перегнуть через кольцо, натянуть. Раскручиваемая нить давит на кольцо и постепенно смещает его к ногтевой фаланге, где оно свободно снимется с пальца

Ситуационная задача №9

Мужчина забивал гвоздь в стену и ударил молотком по ногтевой фаланге II пальца левой кисти. Обратился в травматологический пункт с жалобами на боли в месте травмы. Объективно ногтевая фаланга II пальца отечная, болезненна при ощупывании. В центре ногтевой пластинки имеется подногтевая гематома багрово-синюшного цвета овальной формы размером около 1 см. Ноготь не отслаивается. Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика лечения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Подногтевая гематома II пальца левой кисти.

С целью исключения перелома необходимо сделать рентгенограмму II пальца левой кисти. Гематому удалить оперативным методом. Предварительно обработать ногтевую пластину антисептиком. Затем следует накалить на спиртовке прямую иглу, зажатую в иглодержателе. Прикасаются раскаленной иглой к ногтю и прожигают его. Из образовавшегося отверстия вытекает скопившаяся кровь. После этого у пациента уменьшается чувство распирания и быстро наступает облегчение. На палец наложить асептическую повязку. Назначить УВЧ-терапию.

Ситуационная задача №10

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. Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика лечения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Ушиб средней фаланги III пальца правой кисти.

С целью исключения перелома 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 физкультуру.

Ситуационная задача № 11

У подростка правая кисть попала в движущийся агрегат во время сельскохозяйственных работ. В результате травмы ногтевая фаланга III пальца размозжена. 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. Ваш диагноз? Какова тактика?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Рассечение поверхностного и глубокого сухожилия сгибателя III пальца правой кисти. Кожу вокруг раны обработать антисептиком (новосепт, йодонат, хлоргексидин). Осуществить местную анестезию 0,5 % раствором новокаина. Рану промыть фурацилином, риванолом или перекисью водорода. Найти в глубине раны концы сухожилий сгибателей (поверхностного и глубокого) и сшить их тонким шелком внутри-ствольным (неснимаемым) швом. Края кожной раны сблизить и наглухо зашить. После операции кисть и нижнюю треть предплечья фиксировать тыльной гипсовой лонгетой в среднем физиологическом положении пальцев и кисти. Необходимо сделать прививку от столбняка. В течение первых 6-8 дней назначить УВЧ- терапию для уменьшения отека и болевого синдрома.

Ситуационная задача №12

Ребенок, 6 лет, прихрамывает на правую ногу. При осмотре: конечность короче левой. Большой вертел расположен выше линии Розер-Нелатона на 3 см, ограничено отведение бедра. Симптомы Дюпюитрена, исчезающего пульса отрицательные. Симптом Тренделенбурга слабо положительный. На рентгенограмме справа головка бедренной кости во впадине, шеечно-диафазарный угол равен 90° .

Ваше заключение о патологии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: С учетом рентгенологических данных: головка бедренной кости расположена во впадине, а шеечно-диафазарный угол равен 90° , можно поставить диагноз «варусная деформация шейки бедра», несмотря на общность симптоматики с врожденным вывихом бедра: укорочение левой ноги, расположение большого вертела выше линии Розер-Нелатона, ограничение отведения бедра. Клиническое отличие от вывиха: отрицательные симптомы Дюпюитрена и исчезающего пульса.

Ситуационная задача №13

Девочка, 4-х лет, припадает на левую ногу. При осмотре: конечность укорочена. Большой вертел расположен выше линии Розер-Нелатона на 3 см, легкая атрофия мышц бедра и ягодичной группы, ограничено отведение бедра, положительный симптом Тренделенбурга. На представленной рентгенограмме вертлужная впадина пустая, мелкая,

верхний край сглажен. Головка бедренной кости расположена в надацетабулярной области. Шеечно-диафазарный угол равен 140° .

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: У ребенка врожденный вывих левого бедра. Клинические признаки: укорочение конечности, ограничение отведения бедра, высокое состояние большого вертела – подтверждаются рентгенологическими симптомами: вертлужная впадина пустая и мелкая, верхний край ее скошен, головка бедренной кости вне впадины. Учитывая возраст, врач должен назначить оперативное вправление бедра с углублением вертлужной впадины.

Ситуационная задача №14

В ортопедический кабинет мать принесла ребенка в возрасте 1,5 месяца. При осмотре выявлена асимметрия бедренных складок, ограничение разведения бедер. Укорочения ноги и симптома щелчка нет.

Целесообразно ли делать диагностическую рентгенографию тазобедренных суставов в таком возрасте? Ваша лечебная тактика.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: На основании асимметрии бедренных складок и ограничения разведения бедер можно заподозрить дисплазию тазобедренных суставов. Рентгенологическое исследование проводить в 1,5- месячном возрасте преждевременно, так как чтение рентгенограммы затруднено отсутствием ядер окостенения головок бедренных костей.

Тактика врача: назначить ЛВК для углубления вертлужных впадин (сгибательно-разгибательные и вращательные движения) и свободное пеленание. Можно рекомендовать и уплотненную промежностную прокладку. Повторный осмотр в возрасте 3 месяцев, рентгенологическое обследование по показаниям (сохранение ограничения разведения бедер).

Ситуационная задача №15

Ребенку 4,5 месяца. Выражена асимметрия бедренных складок, укорочение правой ноги, ограничено отведение бедра, положительный симптом щелчка. На рентгенограмме крыша вертлужной впадины сглажена, головка бедренной кости меньше справа и расположена на 1.5 см выше верхнего края впадины. Ваш диагноз и тактика лечения, обоснование.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: У ребенка вывих правого бедра. Лечение – ЛФК, фиксация конечностей на шине, например, ЦИТО, массаж ног и ягодичных

Ситуационная задача №16

У ребенка, 3 лет, врожденная косолапость. При попытке вывести стопу из порочного положения отмечается ригидность тканей по задневноутреннему краю стопы.

Какое вмешательство следует произвести для исправления деформации?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Можно выполнить операцию Зацепина на сухожильно-связочном аппарате стопы с последующим ношением ортопедической обуви в течение года.

Ситуационная задача №17

Больная, 37 лет, жалуется на боли и ограничение движений в левом тазобедренном суставе. В семилетнем возрасте ей была произведена операция открытого вправления врожденного вывиха бедра. При осмотре: левая конечность короче правой на 2 см, мышцы бедра и голени атрофичны, движения в тазобедренном суставе ограничены, болезненно отведение. На рентгенограмме отмечается деформация тазобедренного сустава, суставные поверхности вытянуты, по краям костно-хрящевые экзостозы, суставная щель сужена.

Какое осложнение развилось после оперативного вправления вывиха бедра? Какие лечебные рекомендации можно дать больной?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: После открытого вправления врожденного вывиха бедра у больной развился вторичный деформирующий коксартроз. Лечение консервативное: разгрузка конечности, ЛФК, массаж, физиотерапия, медикаментозное лечение. При отсутствии эффекта от длительного консервативного и санаторно-курортного лечения можно предложить оперативное лечение. Хороший эффект достигается декомпрессивной межвертельной аутомиоостеопластикой по А.Ф. Краснову.

Ситуационная задача №18

Ребенку 1 год. Ранее лечился по поводу левосторонней косолапости гипсовыми корригирующими повязками. Однако деформация стопы полностью не устранена, ходит на наружном крае стопы.

При осмотре: пятка подтянута, из положения варуса и приведения стопа выводится полностью.

Какая ошибка была допущена на предыдущем этапе лечения и как ее исправить?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Наиболее частая ошибка, допускаемая при этапном лечении врожденной косолапости, неполное устранение эквинуса, что в дальнейшем нарушает правильную установку стопы при ходьбе. Нарушается устойчивость стопы, она подвергается внутрь, наступает рецидив косолапости. В данном наблюдении необходимо произвести подкожную ахиллотомию и наложить корригирующую гипсовую повязку на 6-8 недель. Затем повязку заменяют съемной гипсовой лонгетой для удержания правильного положения стопы. Назначают ЛФК, массаж ноги, теплые ножные ванны, ортопедическую обувь до года. Необходимо наблюдение ортопеда в течение последующих трех лет.

Ситуационная задача №19

У ребенка, 5 лет, врожденные плоско-вальгусные стопы. Мать отмечает, что мальчик плохо и неуклюже ходит, еще хуже бегает, быстро устает, а к вечеру жалуется на боли в стопах и коленных суставах. Ранее к врачу-ортопеду не обращались.

Назначьте лечение соответственно заболеванию и возрасту.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Учитывая возраст ребенка, следует назначить консервативное лечение: ЛФК для укрепления мышц ног, тонизирующий массаж, электростимуляцию

мышц большеберцовой группы, сгибателей пальцев, подошвенных мышц стопы, солонхвойные ножные ванны, ночные корригирующие лонгеты, ортопедические ботинки с высоким и жестким задником, а для моделирования свода – супинатором.

Ситуационная задача №20

На консультацию к ортопеду направлен ребенок, в возрасте 1 месяца, с диагнозом «лимфаденит шеи». Из анамнеза выявлено, что роды у матери протекали тяжело, ребенок родился в ягодичном предлежании.

При осмотре отмечается небольшой наклон головы вправо. В области нижней трети правой кивательной мышцы определяется опухолевидное образование размером 2х1,5 см, безболезненное, плотно-эластической консистенции без признаков воспаления.

Какое заболевание у ребенка, какие дать рекомендации?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: У ребенка врожденная мышечная кривошея. После выписки родильного дома следует рекомендовать: тепло на область кивательной мышцы, корригирующие упражнения для головы, специальную укладку ребенка.

Ситуационная задача №21

У ребенка, 4 лет, голова наклонена вправо и удерживается в этом положении укороченной грудно-ключично-сосцевидной мышцей. Череп и лицо асимметричны. Правое надплечье выше левого. Сгибательно-разгибательные движения в шейном отделе позвоночника в полном объеме, ограничен наклон головы влево. Болей нет.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Врожденная мышечная кривошея. Учитывая возраст ребенка, лечение оперативное – удлиняющая пластика правой кивательной мышцы.

В билете на экзамене содержатся: 2 теоретических вопроса и 1 ситуационная задача.

Результаты промежуточного контроля знаний оцениваются: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».