

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

Обнинский институт атомной энергетики –

филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования

«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

Утверждено на заседании

УМС ИАТЭ НИЯУ МИФИ

протокол от 24.04.2023 № 4-

4/2023

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ
ДИСЦИПЛИНЫ**

Б1.Б.1 Травматология

Шифр, название дисциплины

для специальности/направления подготовки

31.08.66 Травматология

Шифр, название программы ординатуры по специальности

специализации/профиля

Шифр, название специализации/профиля

Форма обучения: **очная**

г. Обнинск 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТРАВМАТОЛОГИЯ» (ординатура)

Раздел Б1.Б.1.1 «Общая травматология» (дифференцированный зачет II семестр 1-го года обучения)

Контрольные вопросы

1. Травматизм как социальная проблема. Ортопедия. История развития.
2. Организация травматологической и ортопедической помощи в Российской Федерации.
3. Особенности медико-социальной экспертизы при травмах.
4. Юридическая ответственность врача травматолога-ортопеда.
5. Клиническая классификация механических повреждений.
6. Общая реакция организма на травму.
7. Универсальная классификация переломов АО / ASIF.
8. Открытые переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.
9. Закрытые переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.
10. Огнестрельные переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.
11. Травматический остеомиелит, классификация, клиника, диагностика, лечение.
12. Репаративная регенерация кости после перелома: ее стадии, варианты течения.
13. Два типа репаративной регенерации кости при заживлении перелома - первичное и вторичное заживление.
14. Причины, ведущие к нарушению репаративной регенерации - общее состояние больного, местные условия в зоне перелома.
15. Определение понятий: замедленное сращение перелома, несросшийся перелом, ложный сустав (атрофический и гипертрофический или гиперваскулярный).
16. Этиология, морфология, клиника, диагностика, профилактика замедленной консолидации и ложных суставов.
17. Ятрогенные причины нарушения консолидации переломов и образования ложных суставов.
18. Общие и местные факторы, влияющие на процесс и сроки сращения переломов.
19. Задачи лечения переломов костей и их реализация для создания остеогенного пути репаративной регенерации и формирования интрамедиарной мозоли.
20. Клинические и рентгенологические признаки замедленной консолидации перелома, ложного сустава.
21. Основные сведения о развитии скелета в процессе антропогенеза.
22. Общие принципы и методы лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.
23. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у взрослых.
24. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у детей.
25. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у взрослых.
26. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у детей.

27. Основные принципы анализа рентгеновского изображения скелета.
28. Радионуклидные исследования в травматологии и ортопедии.
29. Компьютерная и магнитно-резонансная томография.
30. Лабораторные исследования крови.
31. Цитологическая и гистологическая диагностика в травматологии и ортопедии.
32. Основные принципы лечения переломов.
33. Общие сведения о лечении внутрисуставных переломов.
34. Общие сведения о лечении переломов у детей.
35. Общие сведения о лечении переломов у пожилых людей.
36. Характер и сущность типичных оперативных вмешательств у больных травматолого-ортопедического профиля.
37. Внутренний остеосинтез.
38. Чрескостный остеосинтез.
39. Артроскопические методы лечения.
40. Эндопротезирование крупных суставов конечностей.
41. Понятие о стабильном остеосинтезе.
42. Периоперационный период. Дооперационный период: принципы подготовки больных к операции, обследование пациентов, предоперационное лечение, коррекция гомеостаза.
43. Принципы проведения травматологических вмешательств.
44. Ведение послеоперационного периода. Специфические и неспецифические послеоперационные осложнения.
45. Методы лечения послеоперационных осложнений. Хирургическая тактика при осложнениях.
46. Травматический шок. Классификация и патогенез. Клиника и фазы травматического шока. Диагностика. Лечение. Трансфузионная терапия. Обезболивание.
47. Показания к оперативным вмешательствам при травматическом шоке.
48. Полиорганная недостаточность при шоке. Профилактика и лечение полиорганной недостаточности при шоке
49. Синдром сдавления мягких тканей. Патогенез и классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
50. Сепсис. Патогенез и классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
51. Тромбозы и эмболии при травме.
52. Тромбозы и эмболии в травматологии.
53. Тромбоэмболия легочной артерии.
54. ДВС-синдром.
55. Жировая эмболия.
56. Анатомо-физиологические особенности строения венозной системы. Системы глубоких и поверхностных вен. Основные гемодинамические принципы кровообращения в венах и лимфатической системе.
57. Общие принципы диагностики и лечения заболеваний вен и лимфатической системы.
58. Острые тромбозы глубоких периферических вен. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.
59. Острые тромбозы поверхностных вен. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.
60. Острые тромбозы глубоких вен голени. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.

61. Травмы магистральных вен. Хирургическая тактика и техника, осложнения и прогноз.
62. Острый илеофemorальный тромбоз. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.
63. Тромбоэмболия легочной артерии. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение, осложнения и исходы.
64. Хирургическое лечение острых тромбоэмболий сердца и легочной артерии. Методы профилактики тромбоэмболий правых отделов сердца и легочной артерии. Имплантация кава-фильтров и пликация нижней полой вены.
65. Анатомо-физиологические особенности венозной системы конечностей. Системы глубоких и поверхностных вен. Основные гемодинамические принципы кровообращения в венах и лимфатической системе.
66. Хирургические операции и эндоваскулярные пособия при флотирующих тромбах вен.
67. Острые лимфадениты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.
68. Острые лимфангиты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.

Тестовые задания

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

Варианты ответов

- 1 передне-верхнюю ось подвздошной кости
- 2 наружный край надколенника
- 3 внутренний край надколенника
- 4 середину проекции голеностопного сустава
- 5 первый палец стопы

2 Об окончательном исходе течения остеомиелита можно судить по истечении:

Варианты ответов

- 1 6 месяцев
- 2 6 – 8 месяцев
- 3 1 года
- 4 1,5 – 2 лет
- 5 3 лет

3 Суммарная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза

Варианты ответов

- 1 до большого вертела бедра
- 2 до суставной щели коленного сустава
- 3 до края наружной лодыжки
- 4 до пяточного бугра

4 Под политравмой при механических повреждениях скелета понимают:

Варианты ответов

- 1 многооскольчатые переломы костей
- 2 множественная и сочетанная травма
- 3 переломы костей и вывихи суставов
- 4 переломы костей, осложненные повреждением магистральных сосудов
- 5 переломы костей с обширным повреждением магистральных сосудов.

5 При определении характера искривления позвоночника учитывают все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 отклонения вершины остистых отростков от линии, проведенной от заднего края большого затылочного отверстия, 7-го шейного позвонка до середины нижнего конца крестца

2 длины ног

3 величины реберного горба

4 ширины таза

5 отклонения от горизонтали линии, соединяющей ости таза

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

Варианты ответов

1 оси плеча

2 расположения надмыщелков

3 расположения вершины локтевого отростка

4 при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток) составляют прямую линию

5 при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник

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

Варианты ответов

1 точки верхней подвздошной кости

2 точки седалищного бугра

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

4 точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135°C , которая располагается на этой линии

8 Перкуссия не позволяет выявить

Варианты ответов

1 наличия жидкости в полости очага или сустава

2 наличия газа в полости или суставе

3 степени сращения переломов длинных трубчатых костей

4 степени кровоснабжения конечностей

5 наличия больших полостей в эпифизах или метафизах конечностей

9 При истинном костном, функционально выгодном анкилозе коленного сустава походка человека определяется перечисленными терминами, исключая

Варианты ответов

1 щадящую хромоту

2 нещадящую хромоту

3 "утиную" походку

4 подпрыгивающую

10 Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

Варианты ответов

1 как анкилоз

2 как контрактура

3 как ригидность

4 как патологическая подвижность

5 все правильно

11 Отведение и приведение конечностей - это движения

Варианты ответов

1 в сагитальной плоскости

2 во фронтальной плоскости

- 3 в аксиальной плоскости
- 4 внутреннее движение вокруг продольной оси
- 5 наружное движение вокруг продольной оси

12 Разгибание и сгибание конечности - это движения

Варианты ответов

- 1 в сагитальной плоскости
- 2 во фронтальной плоскости
- 3 в аксиальной плоскости
- 4 внутреннее движение вокруг продольной оси
- 5 наружное движение вокруг продольной оси

13 В нормальном (здоровом) коленном суставе невозможно движение

Варианты ответов

- 1 сгибание - 130°
- 2 разгибание - 180°
- 3 переразгибание - 15°
- 4 отведение - 20°
- 5 ротация (в положении сгибания) до 15°

14 В нормальном (здоровом) тазобедренном суставе не бывает движений

Варианты ответов

- 1 сгибания - 130°
- 2 ротации внутренней - 90°
- 3 ротации наружной - 90°
- 4 разгибания - 45°
- 5 отведения - 70°

15 В нормальном (здоровом) голеностопном суставе не возможно движение

Варианты ответов

- 1 тыльное сгибание - 20°
- 2 подошвенное сгибание - 45°
- 3 супинация - 30°
- 4 пронация - 20°
- 5 ротация - 45°

16 Рентгенографическое исследование дает возможность установить

перечисленное, кроме

Варианты ответов

- 1 наличия костных переломов и степени их консолидации
- 2 характера смещения отломков
- 3 изменения структуры костной ткани
- 4 степени регенерации поврежденного хряща
- 5 наличия свободного газа и жидкости в полостях

17 ЯМР, в основе которого лежит резонансное поглощение электромагнитных волн веществом в постоянном магнитном поле, имеет по сравнению с обычным рентгенологическим исследованием все перечисленные преимущества, исключая

Варианты ответов

- 1 относительную биологическую безопасность метода
- 2 возможность диагностировать мягкотканые объемные процессы до возникновения реакции со стороны костной ткани
- 3 возможность судить о наличии и характере обменных процессов и, таким образом, диагностировать патологические процессы до появления ответных реакций со стороны костной ткани
- 4 более точную диагностику перелома костей
- 5 возможность диагностировать ранние сроки воспалительного процесса в тканях

18 Радиоизотопная диагностика, основанная на различном избирательном поглощении радиоактивных изотопов нормальной и опухолевой костной тканью, не показана

Варианты ответов

- 1 при подозрении на первичную злокачественную опухоль при наличии нормальной рентгенограммы
- 2 при дифференциальной диагностике нормальной и злокачественной костной тканью
- 3 при уточнении места расположения опухолевого процесса
- 4 при сканировании трудных для рентгенографического выявления областей скелета - грудины, ребер, лопатки
- 5 при установлении степени срастания костной ткани

19 Обычное рентгенологическое исследование дает возможность выявить всю перечисленную патологию, кроме

Варианты ответов

- 1 перелома или трещины кости
- 2 вывиха, подвывиха фрагментов сустава
- 3 костной опухоли
- 4 мягкотканной опухоли
- 5 повреждения хрящевой ткани

20 При чтении рентгенограммы необходимо обращать внимание на все перечисленное, за исключением

Варианты ответов

- 1 плотности рентгенологического рисунка кости (остеопороз, остеосклероз)
- 2 нарушения кортикального и последующего слоев кости
- 3 состояния окружающих кость тканей
- 4 изменения оси, формы костного органа
- 5 степени плотности (засветки) полей рентгенограммы вне исследуемого органа

21 Рентгенодиагностика переломов позвоночника основывается на всех перечисленных признаках, кроме

Варианты ответов

- 1 снижения высоты тела позвоночника
- 2 изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)
- 3 нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела
- 4 степени смещения межпозвоночного диска

22 Открытым неогнестрельным переломом считается перелом кости с:

Варианты ответов

- 1 осаднением кожных покровов;
- 2 образованием фликтен над областью перелома
- 3 раной мягких тканей вне зоны перелома
- 4 раной мягких тканей, сообщаемой с областью перелома
- 5 обширной гематомой

23 Отправными точками при счете ребер на рентгеновском снимке грудной клетки являются все перечисленные ориентиры, исключая

Варианты ответов

- 1 1-е ребро и ключицу
- 2 контуры сердца
- 3 нижний угол лопатки
- 4 реберную дугу
- 5 12-й грудной позвонок

24 Для выявления перелома зуба 2-го шейного позвонка следует производить рентгенографию, используя укладку

Варианты ответов

- 1 передне-заднюю через открытый рот
- 2 боковую (профильную) и при максимальном наклоне головы
- 3 аксиальную

25 Для рентгенологической диагностики разрывов крестцово-седалищных сочленений со смещением фрагментов в сагитальной плоскости основное значение имеет укладка по Драчуку

Варианты ответов

- 1 передне-задняя, но с разведением бедер
- 2 боковая, профильная, но с приведением к животу бедер
- 3 кассета с пленкой устанавливается между ног, и луч аппарата проходит через большое тазовое отверстие
- 4 положение больного на животе с разведенными бедрами
- 5 рентгеновский луч направляется под углом 45° по направлению к сочленениям

26 Для выявления спондилолистеза так называемым функциональным методом применяются все перечисленные проекции спондилограмм, исключая

Варианты ответов

- 1 боковую проекцию в положении максимального сгибания
- 2 боковую проекцию в положении максимального разгибания
- 3 аксиальную проекцию в положении ротации туловища
- 4 передне-заднюю проекцию с максимальными наклонами в сторону (в бок)
- 5 спондилограмму в вертикальном положении больного

27 Рентгеноконтрастное исследование сосудов позволяет диагностировать все перечисленное, исключая

Варианты ответов

- 1 повреждение сосуда
- 2 тромбоз сосуда
- 3 образование аневризмы или варикоза сосуда
- 4 повреждение нервов, сопровождающих сосуд
- 5 образование артерио-венозного соустья

28 При термографическом методе исследования нижних конечностей в норме более высокую температуру имеют

Варианты ответов

- 1 стопа
- 2 область голеностопного сустава
- 3 нижняя треть голени
- 4 средняя и верхняя треть голени
- 5 коленный сустав и нижняя треть бедра

29 Тепловидение или термографический метод исследования позволяет производить диагностику

Варианты ответов

- 1 свежего перелома длинной трубчатой кости
- 2 свежего ушиба или гематомы
- 3 разрыва связочного аппарата
- 4 злокачественного опухолевого процесса или острого воспаления
- 5 свежего внутриполостного кровотечения

30 При артроскопии коленного сустава возможно выявить или произвести все перечисленное, кроме

Варианты ответов

- 1 повреждения суставного хряща

- 2 повреждения менисков
- 3 наличия дополнительной связки - медиопателлярной связки, связки надколенника (третьего мениска коленного сустава)
- 4 частичного или полного рассечения связки, взятия биопсии, удаления части разорванного мениска
- 5 сшивания собственной связки надколенника

31 При лапароскопии брюшной полости невозможно определить

Варианты ответов

- 1 наличие свежей крови, гноя, экссудата, желудочного или кишечного содержимого
- 2 разрыва ткани печени и ее связок
- 3 разрыва ткани селезенки или ее капсулы
- 4 наличия забрюшинной гематомы
- 5 язвенных эрозий желудка и кишки

32 Из перечисленных методов инструментального исследования в диагностике частичного повреждения ахиллова сухожилия следует в первую очередь применять

Варианты ответов

- 1 термографический
- 2 полярографический
- 3 УЗИ (ультразвуковая доплерография)
- 4 электромиографический

33 УЗИ дает возможность выявить различные повреждения, кроме

Варианты ответов

- 1 кальцификации дельтовидной мышцы
- 2 частичного разрыва икроножной мышцы
- 3 перелома плоских костей
- 4 внутримышечной гематомы четырехглавой мышцы бедра

34 Обычное рентгенологическое исследование дает возможность выявить всю перечисленную патологию, кроме

Варианты ответов

- 1 перелома или трещины кости
- 2 вывиха, подвывиха фрагментов сустава
- 3 костной опухоли
- 4 мягкотканной опухоли
- 5 повреждения хрящевой ткани

35 При выявлении разрыва внутреннего мениска коленного сустава следует отдать предпочтение методу исследования

Варианты ответов

- 1 рентгенографическому
- 2 термографическому
- 3 МРТ
- 4 артроскопическому
- 5 артропневмографическому

36 Преимущества УЗИ состоят в перечисленном, исключая

Варианты ответов

- 1 возможность одновременного сравнения данных исследования симметричной стороны
- 2 безопасность многочисленных исследований для больного
- 3 безопасность многочисленных исследований для врача
- 4 дешевизну исследования

37 При повреждении органов груди и живота, используя метод УЗИ, удастся определить наличие жидкости (кровь, экссудат) в плевральной и брюшной полостях в объеме

Варианты ответов

- 1 50 мл
- 2 100 мл
- 3 150 мл
- 4 200 мл
- 5 300 мл

38 Абсолютный признак перелома костей:

Варианты ответов

- 1 деформация сустава;
- 2 деформация мягких тканей;
- 3 отек;
- 4 патологическая подвижность костных отломков.

39 Симптом, характерный только для вывиха:

Варианты ответов

- 1 боль;
- 2 гиперемия;
- 3 нарушение функции;
- 4 пружинящая фиксация.

40 Торакоцентез следует осуществлять

Варианты ответов

- 1 при простом переломе ребер
- 2 при сложном переломе ребер
- 3 при осложненном переломе ребер
- 4 при переломе тела грудины
- 5 при переломе рукоятки грудины

41 Компьютерная томография при травме грудной клетки дает возможность получить дополнительную информацию по перечисленной патологии, исключая

Варианты ответов

- 1 коллапс, ателектаз легкого
- 2 хилоторакс
- 3 гидроторакс
- 4 пневмоторакс
- 5 смещение средостения

42 Патологическим называется вывих:

Варианты ответов

- 1 врожденный;
- 2 при травме;
- 3 при разрушении кости;
- 4 «застарелый»
- 5 «несвежий»

43 Для выявления повреждения используются все приведенные ниже диагностические приемы, кроме

Варианты ответов

- 1 сбора анамнеза
- 2 осмотра
- 3 взвешивания тела
- 4 определения механизма травмы
- 5 рентгенологического исследования

44 Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является

Варианты ответов

- 1 стерилизация ран скальпелем
- 2 удаление инородных тел и сгустков крови
- 3 иссечение всех нежизнеспособных тканей и создание неблагоприятных условий для развития инфекции
- 4 возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными
- 5 удаление сгустков крови и перевязка тромбированных сосудистых стволов с целью профилактики вторичного кровотечения

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

Варианты ответов

- 1 образования пролежней
- 2 гибели всей сапрофитной кожной микрофлоры с дальнейшим замещением ее грибов
- 3 сдавления питающих сосудов
- 4 сдавления нервных стволов с дальнейшим образованием невритов и фолькмановской контрактуры на верхней конечности

46 Средний срок временной нетрудоспособности пострадавшего, получившего перелом лучевой кости в "типичном месте" со смещением отломков равен

Варианты ответов

- 1 2 недели
- 2 4 недели
- 3 5-6 недель
- 4 7-8 недель
- 5 8-10 недель

47 Клинический диагноз травматологическому больному стационара должен быть поставлен после госпитализации

Варианты ответов

- 1 на 1-е сутки
- 2 на 2-е сутки
- 3 на 3-е сутки
- 4 на 4-е сутки
- 5 не обязательно

48 Из перечисленных видов обезболивания при операциях на кисти и пальцах нерационально использовать

Варианты ответов

- 1 местную анестезию
- 2 проводниковую анестезию
- 3 новокаиновую блокаду плечевого сплетения
- 4 внутрикостную новокаиновую блокаду

49 Из предложенных методов оперативного и консервативного лечения многооскольчатых переломов плюсневых костей не следует использовать

Варианты ответов

- 1 создание костного синостоза с соседними неповрежденными плюсневыми костями
- 2 скелетное вытяжение за кольца
- 3 остеосинтез штифтом или спицами
- 4 внеочаговый остеосинтез аппаратом

50 Рана является проникающей, если:

Варианты ответов

- 1 в ней находится инородное тело;
- 2 повреждены только кожа и подкожная клетчатка;
- 3 повреждены мышцы и кости;
- 4 повреждены мягкие ткани и пограничная серозная оболочка (плевра, брюшина).

Ситуационные задачи

Задача №1

Вы произвели измерение длины нижних конечностей у больного. Анатомическая длина (посегментное измерение обоих бедер и голеней - одинакова, а при измерении относительной длины выявлено отличие в длине правой нижней конечности на 5 см.

Какие причины приводят к возникновению подобной разности?

Задача №2

У больного 14 лет врожденный вывих бедра, походка ныряющая.

Какие опознавательные линии и измерения дадут нам основание клинически установить диагноз вывиха бедра?

Задача №3

При измерении объема движений в коленном суставе Вы получили данные: сгибание до 90°, разгибание до 160°.

Как называется такая установка, ее разновидность причины возникновения патологических установок в суставах?

Задача №4

При осмотре больного угол между осью бедра и голени открыт кнаружи.

Как называется такая деформация в области коленного сустава (латинское название), чем и как ее определить?

Задача №5

При осмотре больного угол между осью бедра и голени открыт кнутри.

Как называется такая деформация (латинское название), чем и как ее измерить?

Задача №6

Больной не ходит, движения в коленных суставах отсутствуют. При измерении установки в коленных суставах под углом 145°.

Как называются такие установки, причины их возникновения?

Задача №7

При осмотре больного (в нагрузке) стопа распластана и отклонена вместе с пяткой кнаружи.

Какая называется деформация? (латинское название).

Задача №8

У больного вследствие заболевания сохранился только крючковый и щипковый захваты кисти.

Какие виды захвата кисти выпали?

Задача №9

У больного, вследствие неправильно сросшегося перелома костей голени возникла деформация с углом открытым кпереди.

Как определяется и называется деформация?

Задача №10

У больного, вследствие неправильно сросшегося перелома костей голени возникла деформация с углом открытым кзади.

Как определяется и называется деформация?

Задача №11

Больной М., 52 лет доставлен в приемное отделение больницы через 30 мин после получения травмы (упал на улице, ударившись левым плечом об ограждение). Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на боли в области левого плеча. После обследования был выставлен диагноз «Закрытый перелом левой плечевой кости в средней

трети без смещения отломков». Дежурным травматологом была наложена гипсовая повязка по Беллеру, больной был направлен на амбулаторное лечение по месту жительства. Хирург поликлиники рекомендовал иммобилизацию в течение четырех недель с момента травмы с последующим рентгеноконтролем. Через месяц была сделана контрольная рентгенограмма, на которой определялась слабовыраженная костная мозоль, костные отломки были смещены.

Каков предварительный диагноз? Укажите на ошибки хирурга поликлиники. Расскажите об осложнениях при гипсовой иммобилизации и их профилактике.

Задача №12

Больной К., 38 лет явился на прием в поликлинику к врачу хирургу с жалобами на неприятный запах из-под гипса. С его слов около двух недель назад при игре в футбол ударил ногу. Каретой скорой медицинской помощи был доставлен в дежурную больницу, где после обследования был выставлен диагноз «Закрытый перелом правой большеберцовой кости в нижней трети без смещения отломков. Ссадины области нижней трети правой голени». Дежурным врачом после обезболивания была наложена циркулярная гипсовая повязка от кончиков пальцев стопы до нижней трети правого бедра и даны рекомендации для амбулаторного лечения по месту жительства. Объективно признаки сдавления конечности отсутствовали, цвет пальцев стопы, чувствительность и кровоснабжение были сохранены. Врач поликлиники рассек гипсовую повязку, снял ее, произвел обработку ссадин, после чего наложил повязку вновь. Пациенту порекомендовал перевязывать ссадины через день самому.

Укажите на ошибки хирурга поликлиники. Возможность появления каких осложнений можно ожидать у пациента? Ваша тактика в данной ситуации? Расскажите о видах гипсовых повязок.

Задача №13

Больной Н., 22 лет доставлен в травматологический пункт после бытовой травмы с клиникой закрытого перелома наружной лодыжки левой голени со смещением отломков. Травматологом пациенту оказана следующая медицинская помощь: местная анестезия раствором новокаина, закрытая ручная репозиция костных отломков, гипсовая иммобилизация V-образной гипсовой лонгетой, рентгенологический контроль – удовлетворительное стояние костных отломков. Больному рекомендовано следующее лечение: гипсовая иммобилизация 6 недель, хождение на костылях, анальгетики, через 6 недель - реабилитационные мероприятия.

Через 12 месяцев данный пациент вновь обратился в травматологический пункт с жалобами на боли и отек в левой стопе и голени. Вынужден носить обувь на левой ноге на один, два размера больше.

Какое осложнение возникло в результате лечения данной травмы? Укажите на ошибку врача травматологического пункта.

Задача №14

Больной Б., 26 лет, упал с высоты 2 метров на наружную поверхность правого бедра. С жалобами на интенсивные боли в с/3 правого бедра доставлен в приёмное отделение. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание в лёгких везикулярное, выслушивается во всех отделах лёгких. ЧДД=16 в мин. АД=120/70 мм.рт.ст. Ps=102 удара в мин. Объективно: В с/3 правого бедра кровоподтёк. Бедро отёчно, укорочено. При пальпации определяется патологическая подвижность, крепитация костных отломков в средней трети левого бедра. Чувствительность, движения, пульсация на периферических отделах конечности не нарушены.

1. Какие достоверные признаки перелома присутствуют у пациента.
2. Какой вид укорочения конечности имеется у пациента.
3. Какие ориентиры используются для оценки длины бедра.
4. Укажите механизм травмы.

5. Укажите план обследования.

Задача №15

Больной К., 37 лет, получил удар бампером машины в с/3 правой голени. С жалобами на интенсивные боли в с/3 правой голени доставлен в приёмное отделение. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание в лёгких везикулярное, выслушивается во всех отделах лёгких. ЧДД=16 в мин. АД=120/70 мм.рт.ст. Ps=102 удара в мин. Объективно: В с/3 правой голени кровоподтёк. Голень отёчна, укорочена. При пальпации определяется патологическая подвижность, крепитация костных отломков в средней трети голени. Чувствительность, движения, пульсация на периферических отделах конечности не нарушены.

1. Какие достоверные признаки перелома присутствуют у пациента.
2. Какой вид укорочения конечности имеется у пациента.
3. Какие ориентиры используются для оценки длины бедра.
4. Укажите механизм травмы.
5. Укажите план обследования.

**1.1.2. Раздел Б1.Б.1.2 «Частная травматология»
(дифференцированный зачет II семестр 1-го года обучения)**

Контрольные вопросы для собеседования

1. Переломы лопатки. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Переломы ключицы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Вывихи акромиального конца ключицы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Вывихи грудинного конца ключицы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Вывихи плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Переломы верхнего конца плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Переломы диафиза плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Переломы нижнего конца плечевой кости. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Посттравматическая контрактура и анкилоз локтевого сустава.
10. Гетеротопическая травматическая оссификация.
11. Ишемическая контрактура Фолькмана.
12. Вывихи предплечья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Переломы костей предплечья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
14. Замедленное сращение и несращение переломов диафиза костей предплечья.
15. Пятнистый посттравматический остеопороз и другие осложнения.
16. Неправильно сращенные и несращенные переломы лучевой кости в типичном месте.
17. Вывихи кисти и костей запястья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. Переломы костей запястья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Переломы пястных костей и фаланг. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Вывихи пястно-фаланговых и межфаланговых суставов.
21. Общие данные: анатомо-физиологические данные; проблемы восстановления сухожилий; виды ран при повреждении сухожилий; общие принципы хирургии сухожилий кисти.
22. Повреждения сухожилий сгибателей.
23. Повреждение сухожилий разгибателей.
24. Способы восстановления сухожилий.
25. Открытые повреждения сухожилий пальцев и хирургическая тактика лечения в зависимости от уровня повреждений различных сегментов конечности, программа реабилитации поврежденного сегмента
26. Переломы костей стопы.
27. Вывихи в суставах стопы.
28. Повреждения таза. Механизм повреждения. Классификация переломов костей таза. Диагностика переломов костей таза.
29. Особенности течения переломов костей таза.
30. Обезболивание при переломах костей таза.
31. Оказание первой помощи и транспортировка пострадавших при переломах таза.
32. Осложненные переломы костей таза.
33. Повреждения таза. Лечение. Скелетное вытяжение. Наложение спицевых и стержневых аппаратов КДО (компрессионно-дистракционного остеосинтеза).

34. Сочетанные повреждения таза.
35. Разрывы мочевого пузыря и мочеиспускательного канала при переломах таза.
36. Травматические вывихи бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
37. Переломы проксимального отдела бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
38. Несросшиеся переломы и ложные суставы шейки бедра.
39. Асептический некроз головки бедра и остеоартроз тазобедренного сустава после перелома шейки бедра.
40. Эндопротезирование при переломах и ложных суставах шейки бедра.
41. Межвертельные и чрезвертельные переломы бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
42. Изолированные переломы большого и малого вертелов.
43. Переломы диафиза бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
44. Несросшиеся переломы и ложные суставы бедра.
45. Замедленное сращение переломов бедра.
46. Неправильно сросшиеся переломы бедра.
47. Разгибательная контрактура коленного сустава после перелома бедра.
48. Переломы дистального отдела бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
49. Травматические эпифизеолизы дистального конца бедренной кости.
50. Гемартроз коленного сустава.
51. Повреждения связочного аппарата коленного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
52. Повреждение менисков. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
53. Хронический менискит, или менископатия.
54. Оперативное лечение свежих разрывов связок коленного сустава.
55. Повреждение жировой ткани крыловидной складки коленного сустава.
56. Повреждения хряща и хондропатия надколенника.
57. Подкожные разрывы сухожилия четырехглавой мышцы бедра и собственной связки надколенника.
58. Травматические вывихи коленного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
59. Закрытые переломы надколенника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
60. Переломы мыщелков большеберцовой кости. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
61. Переломы диафиза костей голени. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
62. Замедленное сращение, ложный сустав и неправильно сросшийся перелом диафиза костей голени.
63. Повреждение ахиллова сухожилия. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
64. Ложные суставы и дефекты костей голени
65. Супинационные переломы области голеностопного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
66. Пронационные переломы области голеностопного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
67. Повреждения связок голеностопного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

68. Переломы и вывихи стопы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
69. Повреждения позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
70. Патологоанатомические изменения при повреждении позвоночника и спинного мозга.
71. Лечение при переломах позвоночника без нарушения функции спинного мозга.
72. Лечение при переломах позвоночника с нарушением функции спинного мозга.
73. Последствия травмы позвоночника и спинного мозга.
74. Ошибки в диагностике и лечении травмы позвоночника и спинного мозга.
75. Предупреждение и лечение осложнений травм позвоночника.
76. Транспортировка пострадавшего с повреждением позвоночника.
77. Исходы лечения при повреждениях позвоночника.

Тестовые задания

1 Под политравмой при механических повреждениях скелета понимают:

Варианты ответов

- 1 многооскольчатые переломы костей
- 2 множественная и сочетанная травма
- 3 переломы костей и вывихи суставов
- 4 переломы костей, осложненные повреждением магистральных сосудов
- 5 переломы костей с обширным повреждением магистральных сосудов.

2 Открытым неогнестрельным переломом считается перелом кости с:

Варианты ответов

- 1 осаднением кожных покровов
- 2 образованием фликтен над областью перелома
- 3 раной мягких тканей вне зоны перелома
- 4 раной мягких тканей, сообщающейся с областью перелома
- 5 обширной гематомой.

3 Профилактика раневой инфекции при открытых неогнестрельных переломах достигается в первую очередь:

Варианты ответов

- 1 туалет раны, повязка с антисептиком или антибиотиком
- 2 внутримышечным или внутривенным введением антибиотиков
- 3 обкалыванием раны раствором антисептика или антибиотика
- 4 своевременной и технически правильно проведенной первичной хирургической обработкой раны
- 5 иммобилизацией конечности гипсовой повязкой

4 Главной причиной высокой летальности при политравме является:

Варианты ответов

- 1 нагноение открытых переломов с развитием остеомиелита и сепсиса
- 2 травматический шок и кровопотеря
- 3 восходящая инфекция мочевыделительной системы
- 4 пролежни
- 5 застойная пневмония

5 При переломах костей таза показан следующий вид обезболивания:

Варианты ответов

- 1 паравертебральная блокада
- 2 обезболивание по Шнеку
- 3 блокада по Школьникову -Селиванову

- 4 футлярная блокада
- 5 проводниковая анестезия

6 Повреждения мочевого пузыря и уретры чаще всего наблюдаются:

Варианты ответов

- 1 при центральном вывихе бедра
- 2 при переломе крыла подвздошной кости
- 3 при переломе седалищной и лонной костей с обеих сторон (типа "бабочки")
- 4 при чрезвертлужном переломе
- 5 при переломе крестца и копчика.

7 Для повреждения (разрыва) селезенки характерно положение больного:

Варианты ответов

- 1 на левом боку с выпрямленными ногами
- 2 на спине с поджатыми ногами
- 3 беспокойное положение, симптом "ваньки-встаньки"
- 4 попытка занять коленно-локтевое положение
- 5 положение на животе.

8 Пункцию плевральной полости при пневмотораксе необходимо выполнять:

Варианты ответов

- 1 в 1-м межреберье
- 2 в 4-м межреберье
- 3 во 2-м межреберье
- 4 в 7-м межреберье
- 5 в 5-межреберье.

9 У больного с переломом лодыжек, заднего края, с подвывихом стопы через 1,5 года после травмы обнаружен деформирующий артроз голеностопного сустава. Назовите основную причину этого осложнения:

Варианты ответов

- 1 сохраняющийся подвывих стопы
- 2 разрыв дельтовидной связки
- 3 длительная иммобилизация гипсовой повязкой
- 4 ранняя нагрузка на ногу

10 Выберите врачебную тактику при травматической эпидуральной гематоме:

Варианты ответов

- 1 консервативная терапия коагулянтами и дегидратирующими препаратами
- 2 оперативное лечение
- 3 консервативная терапия антикоагулянтными и дегидратирующими препаратами
- 4 консервативная терапия антихолинэстеразными препаратами.

11 Выберите тактику при травматическом субарахноидальном кровоизлиянии:

Варианты ответов

- 1 консервативная терапия коагулянтами и дегидратирующими препаратами
- 2 оперативное лечение
- 3 консервативная терапия антикоагулянтными и дегидратирующими препаратами
- 4 консервативная терапия антихолинэстеразными препаратами.

12 Укажите наиболее важные исследования для подтверждения диагноза субарахноидальной геморрагии:

Варианты ответов

- 1 КТ
- 2 ЭЭГ
- 3 коагулограмма
- 4 исследование ликвора
- 5 РЭГ

13 Какой способ лечения является методом выбора при оскольчатом нестабильном переломе лучевой кости в типичном месте?

Варианты ответов

- 1 иммобилизационный (гипсовая повязка)
- 2 функциональный
- 3 открытая репозиция, остеосинтез пластиной с угловой стабильностью
- 4 закрытая репозиция, остеосинтез аппаратом Илизарова
- 5 иммобилизация эластичным бинтом

14 Какой способ обезболивания является наиболее приемлемым при репозиции перелома лучевой кости в типичном месте?

Варианты ответов

- 1 проводниковая анестезия
- 2 внутрикостная анестезия
- 3 футлярная анестезия
- 4 местная анестезия области перелома
- 5 наркоз

15 У больного с переломом костей конечности через 2 часа после наложения гипсовой повязки отмечены: нарастание боли, цианоз пальцев, отечность, снижение чувствительности и уменьшение подвижности. Это связано:

Варианты ответов

- 1 со смещением костных отломков
- 2 со сдавлением конечности гипсовой повязкой
- 3 с повреждением нервных стволов
- 4 со спазмом или тромбированием сосудов
- 5 с гангреной конечности

16 К общемозговым симптомам черепно-мозговой травмы относят:

Варианты ответов

- 1 моторные нарушения в виде параличей (парезов)
- 2 зрительные нарушения вплоть до слепоты
- 3 утрату слуха
- 4 речевые расстройства
- 5 разлитую головную боль, тошноту, рвоту.

16 Контрактура Фолькмана наиболее часто связана

Варианты ответов

- 1 с переломами запястья
- 2 с переломами обеих костей предплечья
- 3 с вывихом в локтевом суставе
- 4 с чрезмыщелковыми переломами плеча

17 При ожоге III «Б» степени пораженная поверхность характеризуется:

Варианты ответов

- 1 гиперемией
- 2 гиперемией и отеком
- 3 наличием пузырей на гиперемированной поверхности
- 4 покрыта мягким серовато-белесоватым струпом
- 5 покрыта плотным черным струпом.

18 При ожоге III «А» степени болевая чувствительность в области поражения:

Варианты ответов

- 1 умеренно снижена
- 2 значительно снижена
- 3 повышена
- 4 сохранена
- 5 отсутствует.

19 Третий период ожоговой болезни (септикотоксемия) начинается с развития:

Варианты ответов

- 1 плазмопотери и гемоконцентрации
- 2 гемолиза эритроцитов
- 3 гиповолемии
- 4 метаболического ацидоза
- 5 нагноения ожоговой раны.

20 После падения на левую руку больной ощущает боль, припухлость в области плеча. Там же патологическая подвижность. Левая кисть "свисает", активное разгибание пальцев и кисти отсутствует. Какое осложнение перелома плеча можно предположить?

Варианты ответов

- 1 разрыв бицепса плеча
- 2 повреждение лучевого нерва
- 3 повреждение локтевого нерва
- 4 перелом лучевой кости в типичном месте
- 5 повреждение мышц предплечья

21 К перелому Беннета относится:

Варианты ответов

- 1 перелом основных и средних фаланг пальцев кисти
- 2 вывихи основных и средних фаланг пальцев
- 3 внутрисуставные переломы основных и средних фаланг пальцев
- 4 перелом луча с подвывихом в лучезапястном суставе
- 5 внутрисуставной перелом основания 1-й пястной кости с ее подвывихом.

22 Определяющий клинический признак вывиха в любом суставе:

Варианты ответов

- 1 расслабление окружающих сустав мышц
- 2 напряжение окружающих сустав мышц
- 3 пружинящее сопротивление при попытке пассивного движения
- 4 деформация сустава
- 5 изменение длины конечности

23 Местными причинами нарушения регенерации костной ткани являются:

Варианты ответов

- 1 неточная репозиция отломков
- 2 наличие интерпозиции тканей между отломками
- 3 нарушение кровоснабжения отломков
- 4 несовершенная иммобилизация
- 5 все перечисленные факторы.

24 Назовите возможное осложнение в первые дни после травмы у больного с неосложненным переломом в грудно-поясничном отделе позвоночника:

Варианты ответов

- 1 нарушение мочеиспускания
- 2 пролежни
- 3 парез кишечника, метеоризм
- 4 легочно-дыхательная недостаточность
- 5 тахикардия, аритмия

25 Подтвердить повреждение легкого при закрытой травме груди позволяет:

Варианты ответов

- 1 гематома грудной клетки
- 2 подмышечная и подкожная эмфизема
- 3 крепитация сломанных ребер
- 4 расширение межреберных промежутков на стороне травмы

5 вынужденное положение больного.

26 Больной упал с высоты на ноги. Диагностирован компрессионный перелом I поясничного позвонка. Переломы каких костей следует исключить в первую очередь?

Варианты ответов

- 1 перелом ребер
- 2 перелом бедер
- 3 перелом таза и пяточных костей
- 4 перелом лодыжек
- 5 перелом надколенника

27 При сохраненной целостности кожи определяется локальная боль, крепитация и деформация конечности, можно предположить:

Варианты ответов

- 1 повреждение связочного аппарата;
- 2 ушиб мягких тканей;
- 3 вывих;
- 4 закрытый перелом.

28 Какой вид лечения целесообразно применять при вальгусной деформации большого пальца стопы?

Варианты ответов

- 1 консервативный - корригирующие повязки
- 2 оперативный
- 3 ЛФК, физиотерапия, массаж
- 4 санаторно-курортное лечение
- 5 ношение ортопедической обуви

29 В каких случаях противопоказана при переломах костей таза блокада по Школьникову?

Варианты ответов

- 1 при низком артериальном давлении
- 2 при наличии перелома вертлужной впадины
- 3 при сопутствующих повреждениях уретры
- 4 при сочетании перелома костей таза с черепно-мозговой травмой
- 5 у лиц пожилого возраста.

30 Пожилая женщина упала на правое плечо, почувствовала резкую боль в области плечевого сустава. Здоровой рукой поддерживает поврежденную руку. Определяется ограничение движений в плечевом суставе, боль. Предположительный диагноз?

Варианты ответов

- 1 Ушиб плечевого сустава
- 2 вывих плеча
- 3 перелом хирургической шейки плеча
- 4 отрыв сухожилия двуглавой мышцы плеча
- 5 перелом ключицы

31 Какой из признаков наиболее характерен для артрита в отличие от артроза?

Варианты ответов

- 1 боли при движении
- 2 хруст в суставе
- 3 разрастание кости
- 4 опухание и повышение кожной температуры
- 5 ограничение подвижности.

32 Под каким видом обезболивания следует вправлять вывих бедра?

Варианты ответов

- 1 местная анестезия
- 2 проводниковая анестезия
- 3 наркоз
- 4 внутрикостная анестезия
- 5 надежная фиксация больного

33 Основная причина образования привычного вывиха плеча?**Варианты ответов**

- 1 Отрыв суставной губы лопатки
- 2 вправление вывиха без обезболивания
- 3 вправление по способу Джанелидзе
- 4 раннее начало ЛФК
- 5 позднее начало ЛФК

34 Вероятность образования ложного сустава повышена при переломах:**Варианты ответов**

- 1 хирургической шейки плеча
- 2 переломах локтевого отростка
- 3 шейки бедренной кости, ладьевидной кости
- 4 чрезвертельных и межвертельных переломах
- 5 большеберцовой кости.

35 Абсолютное укорочение конечности характерно для:**Варианты ответов**

- 1 растяжения связок;
- 2 перелома костей;
- 3 ушиба;
- 4 разрыва суставной капсулы.

36 Под термином «спондилолистез» следует понимать:**Варианты ответов**

- 1 незаращение дужек позвонков
- 2 разрушение позвонка
- 3 наличие переходных позвонков
- 4 смещение тела позвонка кпереди
- 5 сращение позвонков.

37 Тепловые процедуры при ушибе мягких тканей назначают:**Варианты ответов**

- 1 через 2-3 суток;
- 2 сразу после травмы;
- 3 через несколько часов;
- 4 не назначают вообще.

38 Вторично открытые переломы возникают вследствие:**Варианты ответов**

- 1 некроза над областью перелома с постепенным обнажением кости
- 2 воздействия травмирующей силы на конечность, вызывающей повреждение кожных покровов, мягких тканей и перелома кости
- 3 нагноения гематомы в области перелома с возникновением свищевой формы остеомиелита
- 4 прокола мягких тканей, кожных покровов острым отломком кости изнутри-кнаружи
- 5 разрушения мягких тканей костной опухолью при ее прорастании с нарушением целостности костных покровов и т.д.

39 Сочетанная травма - это:**Варианты ответов**

- 1 перелом плечевой кости и ЧМТ;
- 2 проникающее ранение брюшной полости;
- 3 перелом бедра и голени;
- 4 разрыв селезенки и печени.

40 Отличительный признак ожога II степени:

Варианты ответов

- 1 гиперемия;
- 2 боль;
- 3 наличие пузырей или их остатков;
- 4 отек тканей.

41 Какой из перечисленных симптомов, наиболее вероятно, указывает на сдавление головного мозга внутричерепной гематомой?

Варианты ответов

- 1 степень утраты сознания
- 2 обширная рана головы
- 3 назальная ликворея
- 4 кровоподтеки в области орбит (симптом "очков")
- 5 гемиплегия

42 При переломах костей таза скелетное вытяжение показано при:

Варианты ответов

- 1 отрыве передне-верхней ости подвздошной кости со смещением
- 2 переломе одной седалищной или лобковой костей
- 3 центральном вывихе бедра
- 4 переломе крестца и копчика
- 5 переломе крыла подвздошной кости.

43 Деформация треугольника Гюнтера свидетельствует о вывихе в суставе:

Варианты ответов

- 1 тазобедренном
- 2 коленном
- 3 голеностопном
- 4 локтевом
- 5 плечевом.

44 по какому из перечисленных признаков Вы определите, что кровотечение в плевральную полость продолжается?

Варианты ответов

- 1 бледность кожных покровов
- 2 низкое артериальное давление
- 3 кровохарканье
- 4 притупление перкуторного звука на стороне травмы
- 5 положительная проба Рувилуа-Грегуара

45 Больному с открытым переломом бедра, осложненным шоком, требуются противошоковые мероприятия. С каких следует начать?

Варианты ответов

- 1 переливание крови
- 2 ПХО раны
- 3 новокаиновая блокада
- 4 витаминотерапия
- 5 остеосинтез бедра
- 6 инфузионная противошковая терапия

46 При переломе костей предплечья шина накладывается:

Варианты ответов

- 1 от лучезапястного сустава до верхней трети плеча;

- 2 от лучезапястного до локтевого сустава;
- 3 на место перелома;
- 4 от кончиков пальцев до верхней трети плеча.

47 В положении "лягушки" транспортируют пациентов с переломом:

Варианты ответов

- 1 костей таза;
- 2 позвоночника;
- 3 бедра;
- 4 костей голени.

48 Лежа на спине на щите транспортируют пациентов с:

Варианты ответов

- 1 переломом ребер;
- 2 ушибом грудной клетки;
- 3 травмой органов брюшной полости;
- 4 переломом позвоночника.

49 Методом выбора в лечении повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти является

Варианты ответов

- 1 гипсовая иммобилизация в функционально-выгодном положении пальца
- 2 скелетное вытяжение
- 3 шов сухожилия с последующей иммобилизацией пальца
- 4 шов сухожилия с ранними движениями в пальце
- 5 иммобилизация пальца в функционально-невыгодном положении

50 Признак гемартроза коленного сустава:

Варианты ответов

- 1 увеличение объема сустава
- 2 кровоизлияние в мягкие ткани
- 3 ограничение движений в суставе
- 4 баллотирование надколенника
- 5 симптом "выдвижного ящика"

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной П. 34 лет поступил через час после получения закрытой травмы грудной клетки. Из анамнеза выяснено, что упал с крыши дачного домика. При поступлении состояние средней тяжести, в сознании. Грудная клетка симметричная, правая половина отстаёт в акте дыхания. При пальпации болезненность и патологическая подвижность 5 – 9-го ребер справа, подкожная эмфизема, распространяющаяся на шею и лицо. Перкуторно справа коробочный звук. Аускультативно дыхание резко ослаблено.

Назовите план обследования и лечения.

Задача 2

При рентгенологическом исследовании грудной клетки больного с закрытой травмой живота выявлено скопление жидкости в левой плевральной полости до уровня 6-го ребра.

Какие лечебно-диагностические мероприятия необходимо провести?

Задача 3

У больного 45 лет, поступившего 4 суток назад с клиникой закрытой травмы грудной клетки, перелома 4 – 6-го ребер слева, пневмоторакса, при вакуум-аспирации из левой плевральной полости сохраняется выраженная подсочка воздуха. На контрольной рентгенограмме расправления легкое не отмечено.

Каковы клинический диагноз и лечебная тактика?

Задача 4.

Больной И. 50 лет поступил в стационар через 6 дней после получения травмы груди. При обследовании выявлено скопление жидкости в левой плевральной полости до уровня 6-го ребра, повышение температуры тела до 38 °С. При плевральной пункции получено до 50 мл мутной геморрагической жидкости.

Какое осложнение развилось и какова дальнейшая хирургическая тактика?

Задача 5.

В стационар доставлен больной 18 лет с автомобильной аварией. Жалуется на резкую слабость, головокружение, тошноту. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледные. При пальпации грудной клетки обнаружена болезненность в проекции X – XI ребер слева. В легких дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. АД 60/0 мм рт. ст. Пульс 140 уд./мин, слабого наполнения и напряжения. Живот не вздут, мягкий, болезненный в левой подреберной области. Перкуторно по левому боковому каналу определяется притупление.

Каков предположительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования Вы назначите? Тактика хирурга.

Задача 6.

Больной М., 52 лет доставлен в приемное отделение больницы через 30 мин после получения травмы (упал на улице, ударившись левым плечом об ограждение). Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на боли в области левого плеча. После обследования был выставлен диагноз «Закрытый перелом левой плечевой кости в средней трети без смещения отломков». Дежурным травматологом была наложена гипсовая повязка по Беллеру, больной был направлен на амбулаторное лечение по месту жительства. Хирург поликлиники рекомендовал иммобилизацию в течение четырех недель с момента травмы с последующим рентгеноконтролем. Через месяц была сделана контрольная рентгенограмма, на которой определялась слабовыраженная костная мозоль, костные отломки были смещены.

Каков предварительный диагноз? Укажите на ошибки хирурга поликлиники. Расскажите об осложнениях при гипсовой иммобилизации и их профилактике.

Задача 7.

Больной К., 38 лет явился на прием в поликлинику к врачу хирургу с жалобами на неприятный запах из-под гипса. С его слов около двух недель назад при игре в футбол ударил ногу. Каретой скорой медицинской помощи был доставлен в дежурную больницу, где после обследования был выставлен диагноз «Закрытый перелом правой большеберцовой кости в нижней трети без смещения отломков. Ссадины области нижней трети правой голени». Дежурным врачом после обезболивания была наложена циркулярная гипсовая повязка от кончиков пальцев стопы до нижней трети правого бедра и даны рекомендации для амбулаторного лечения по месту жительства. Объективно признаки сдавления конечности отсутствовали, цвет пальцев стопы, чувствительность и кровоснабжение были сохранены. Врач поликлиники рассек гипсовую повязку, снял ее, произвел обработку ссадин, после чего наложил повязку вновь. Пациенту порекомендовал перевязывать ссадины через день самому.

Укажите на ошибки хирурга поликлиники. Возможность появления каких осложнений можно ожидать у пациента? Ваша тактика в данной ситуации? Расскажите о видах гипсовых повязок.

Задача 8.

Больной Н., 22 лет доставлен в травматологический пункт после бытовой травмы с клиникой закрытого перелома наружной лодыжки левой голени со смещением отломков. Травматологом пациенту оказана следующая медицинская помощь: местная анестезия раствором новокаина, закрытая ручная репозиция костных отломков, гипсовая иммобилизация V-образной гипсовой лонгетой, рентгенологический контроль – удовлетворительное стояние костных отломков. Больному рекомендовано следующее лечение: гипсовая иммобилизация 6 недель, хождение на костылях, анальгетики, через 6

недель - реабилитационные мероприятия.

Через 12 месяцев данный пациент вновь обратился в травматологический пункт с жалобами на боли и отек в левой стопе и голени. Вынужден носить обувь на левой ноге на один, два размера больше.

Какое осложнение возникло в результате лечения данной травмы? Укажите на ошибку врача травматологического пункта.

Задача 9.

Больной Б., 26 лет, упал с высоты 2 метров на наружную поверхность правого бедра. С жалобами на интенсивные боли в с/3 правого бедра доставлен в приёмное отделение. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание в лёгких везикулярное, выслушивается во всех отделах лёгких. ЧДД=16 в мин. АД=120/70 мм.рт.ст. Ps=102 удара в мин. Объективно: В с/3 правого бедра кровоподтёк. Бедро отёчно, укорочено. При пальпации определяется патологическая подвижность, крепитация костных отломков в средней трети левого бедра. Чувствительность, движения, пульсация на периферических отделах конечности не нарушены.

1. Какие достоверные признаки перелома присутствуют у пациента.
2. Какой вид укорочения конечности имеется у пациента.
3. Какие ориентиры используются для оценки длины бедра.
4. Укажите механизм травмы.
5. Укажите план обследования.

Задача 10.

Больной К., 37 лет, получил удар бампером машины в с/3 правой голени. С жалобами на интенсивные боли в с/3 правой голени доставлен в приёмное отделение. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание в лёгких везикулярное, выслушивается во всех отделах лёгких. ЧДД=16 в мин. АД=120/70 мм.рт.ст. Ps=102 удара в мин. Объективно: В с/3 правой голени кровоподтёк. Голень отёчна, укорочена. При пальпации определяется патологическая подвижность, крепитация костных отломков в средней трети голени. Чувствительность, движения, пульсация на периферических отделах конечности не нарушены.

1. Какие достоверные признаки перелома присутствуют у пациента.
2. Какой вид укорочения конечности имеется у пациента.
3. Какие ориентиры используются для оценки длины бедра.
4. Укажите механизм травмы.
5. Укажите план обследования.

Задача 11.

Больной М. обратился в травмпункт по поводу травмы левого плечевого сустава. При осмотре: голова наклонена влево, левую руку поддерживает правой, в средней трети левой ключицы – деформация, движения болезненны. При пальпации отмечается резкая болезненность, крепитация отломков в средней трети левой ключицы.

Каков предварительный диагноз? Объем первой врачебной помощи. Укажите план дальнейшего обследования и лечения больного.

Задача 12.

Больной Р., 25 лет доставлен в приемное отделение районной больницы через час после бытовой травмы (упал на улице). После обследования был выставлен диагноз: «Закрытый перелом левой ключицы в средней трети с незначительным смещением отломков». Дежурным врачом осуществлена одномоментная закрытая ручная репозиция костных отломков, наложена гипсовая повязка по Вайнштейну, больной был отпущен домой на амбулаторное лечение. Через два дня появилась деформация в области левого надплечья, усилились боли.

Какое осложнение возникло в результате лечения данной травмы? Назовите

причину указанного осложнения. Поставьте диагноз и составьте план обследования и лечения больного.

Задача 13.

Больная 62 лет, поскользнувшись, упала на приведенную левую руку. Почувствовала резкую боль в плечевом суставе и невозможность активных движений. При осмотре: контуры плечевого сустава сглажены, руку держит прижатой к грудной клетке. Активные движения в суставе невозможны, пассивные усиливают боль. Осевая нагрузка на плечо усиливает боль в плечевом суставе, деформация верхней трети плеча, кровоизлияние по медиальной поверхности плеча и боковой поверхности грудной клетки. Пальпаторно: локальная болезненность ниже большого бугорка плечевой кости.

Обоснуйте клинический диагноз. Опишите рентгенологические особенности этого повреждения и составьте план консервативного лечения.

Задача 14.

Больной 28 лет, доставлен в больницу с жалобами на боли в правом плечевом суставе. Атлетического телосложения. При осмотре деформация плечевого сустава по типу «эполета» с резким выступанием акромиального отростка лопатки. Руку поддерживает здоровой рукой в положении отведения. Ось плеча пересекает латеральную треть ключицы. Движения (активные и пассивные) в плечевом суставе резко ограничены, определяется симптом «пружинистого сопротивления».

Какие дополнительные методы исследования следует произвести для уточнения диагноза? Обоснуйте клинический диагноз и определите метод лечения.

Задача 15.

Больная 70 лет упала на разогнутую кисть левой руки и почувствовала боль в области левого лучезапястного сустава. При осмотре в проекции нижней трети предплечья отмечается штыкообразная деформация. Движения и чувствительность пальцев кисти сохранены, попытки движений в лучезапястном суставе резко болезненны.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Укажите тактику лечения, сроки иммобилизации.

Задача 16.

Доставлен больной М. после падения с высоты 3-х метров. Жалобы на сильные боли в правом плечевом суставе. Активные движения невозможны, пассивные – резко болезненны и ограничены, поддерживает правую руку левой рукой. При осмотре: область плечевого сустава утолщена, выделяется акромиальный отросток, пальпаторно определяется пустая суставная впадина, головка плеча прощупывается в подмышечной впадине. Попытка поднять руку или отвести ее вызывает пружинистое сопротивление в суставе.

Каков предварительный диагноз? Объем первой врачебной помощи. Укажите план дальнейшего обследования и лечения больного.

Задача 17.

Больная К., 35 лет обратилась в приемное отделение районной больницы с жалобами на резкие боли в области левого плеча, на нарушение функции левой верхней конечности. Из анамнеза: упала на левое плечо. Состояние больной удовлетворительное. После обследования был выставлен диагноз «Закрытый перелом левой плечевой кости в средней трети без смещения отломков». Дежурным хирургом была наложена задняя гипсовая лонгета от кончиков пальцев до плечевого сустава. Через семь дней больная вновь пришла на прием к хирургу с жалобами на ощущение хруста в левом плече. Произведены осмотр и контрольная рентгенограмма, выявлено вторичное смещение костных отломков левой плечевой кости.

Укажите на ошибки хирурга районной больницы. Какова дальнейшая тактика данной пациентки? Расскажите о правилах наложения гипсовых повязок.

Задача 18.

Мужчина 40 лет, отражая согнутой в локтевом суставе рукой удар палкой, получил

удар в области средней трети предплечья. При осмотре: болезненность в проекции локтевой кости, пальпаторно на границе средней и верхней ее трети определяется уступообразная деформация. Припухлость и локальная болезненность в проекции локтевого сгиба. Активные движения невозможны. Неврологических и сосудистых нарушений в дистальных отделах предплечья и кисти не определяется.

Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите план дальнейшего обследования и лечения.

Задача 19.

Больной доставлен через 50 мин после травмы: правая верхняя конечность попала в движущиеся механизм конвейера. Отмечается резкая болезненность при пальпации в средней трети плеча, кисть свисает. С уровня верхней трети плеча до локтевого сустава выраженный отек, сегмент укорочен, крепитация отломков.

Сформулируйте диагноз. Какова тактика Ваших действий по лечению данного больного?

Задача 20.

В хирургическое отделение районной больницы после бытовой травмы обратился больной И. 65 лет. Больного осмотрел дежурный хирург больницы. Выставлен диагноз: закрытым переломом левой лучевой кости в типичном месте со смещением отломков. Хирургом пациенту оказана следующая медицинская помощь: местная анестезия раствором новокаина, закрытая ручная репозиция костных отломков, гипсовая иммобилизация, рентгенологический контроль – удовлетворительное стояние костных отломков. Больному рекомендовано следующее лечение: гипсовая иммобилизация 4 недели, анальгетики, через 4 недели – реабилитационные мероприятия. Через двое суток резко усилился болевой синдром. Больной повторно обратился к хирургу, который расценил это как следствие травмы и больному рекомендовал: анальгетики, возвышенное положение конечности. Через неделю болевой синдром купировался, отек спал. В реабилитационном периоде было выявлено: перелом сросся, имеется умеренный отек кисти и области лучезапястного сустава, движения в пальцах кисти и лучезапястного сустава резко ограничены, больной предъявляет жалобы на чувство онемения и зябкость пальцев кисти. Реабилитационные мероприятия имели минимальный успех.

Какое осложнение возникло в результате лечения данной травмы? Укажите на ошибку врача хирурга. Профилактика и лечение возникшего осложнения.

Задача 21.

В клинику поступил мальчик 8 лет. Диагностирован надмыщелковый экстензионный перелом правой плечевой кости. Под местной анестезией произведена репозиция отломков, наложена циркулярная гипсовая повязка до верхней трети правого плеча. Через 3 часа пальцы правой кисти побелели, исчезла чувствительность и активные движения.

Ваш диагноз и механизм развития осложнений? Методы профилактики и тактика лечения?

Задача 22.

4 недели тому назад больной обратился на травмпункт по поводу заднего вывиха правого предплечья. Вывих был устранен, наложена задняя гипсовая шина. Рентгенография не производилась. В поликлинике через 3 недели гипсовая повязка снята и назначена лечебная гимнастика. Однако, несмотря на интенсивную разработку, движения в локтевом суставе не восстанавливались.

В чем ошибка врача, оказывающего помощь и врача поликлиники? С какими повреждениями необходимо дифференцировать задние вывихи предплечья?

Задача 23.

Больной 32 лет, в течение недели лечился с помощью скелетного вытяжения по поводу перелома диафиза плечевой кости в дистальной трети. Однако, к этому сроку устранить смещение отломков по ширине не удалось. На 10 сутки произведено открытое

сопоставление отломков с последующим остеосинтезом металлической пластиной. На следующий день после операции выявлено, что больной не может активно разогнуть пальцы и кисть, а также отвести первый палец.

Обоснована ли была операция? Почему больной не может активно разогнуть пальцы, кисть и отвести первый палец? Тактика дальнейшего лечения?

Задача 24.

Больной 28 лет упал на левую отведенную руку. Почувствовал боль в области локтевого сустава, которая усиливалась при движениях. При осмотре: контуры левого локтевого сустава сглажены, движения ограничены, больной фиксирует здоровой рукой предплечье в среднем положении между супинацией и пронацией. Супинация - пронация невозможны из-за боли, локальная болезненность в области проекции головки лучевой кости. На рентгенограммах в двух проекциях: оскольчатый перелом головки и шейки левой лучевой кости.

Обоснуйте план лечения? Методы и сроки иммобилизации?

Задача 25.

Больной М. доставлен попутным транспортом в тяжелом состоянии: на работе был придавлен буфером вагона. Бледен, отмечает боли в области таза, АД 90/50 мм. рт. ст., при осмотре: кровоподтеки в ягодичных областях, ноги в положении «лягушки». Пальпация лонных костей болезненна, выражен симптом «прилипшей пятки» с обеих сторон.

Каков предварительный диагноз? Объем первой врачебной помощи. Укажите план дальнейшего обследования и лечения больного.

Задача 26.

Во время прыжка у больного 14 лет появилась резкая боль в области крыла подвздошной кости слева. Больной не может вынести ногу впереди и идти из-за резких болей. В то время как свободно выполняет шаг назад и без боли разгибает ногу. Объективно: определяется припухлость и кровоподтек в области переднего отдела крыла левой подвздошной кости, при пальпации в этой области резкая болезненность.

Ваш клинический диагноз? Рекомендации лечения и тактика. Сроки восстановления трудоспособности.

Задача 27.

Больной 31 года, упал с балкона 4 этажа. Состояние крайне тяжелое, адинамичен, выраженная бледность кожных покровов, пульс 120 ударов в мин., артериальное давление 65/40, живот умеренно напряжен, при пальпации болезнен' в нижних отделах. Пальпация и осевая нагрузка на таз болезненны. На рентгенограмме костей таза определяется перелом лобковых и седалищных костей с обеих сторон и нарушение непрерывности переднего тазового кольца.

Сформулируйте предварительный диагноз. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза. Лечебная тактика.

Задача 28.

Больной Н. Доставлен через 1 час после получения травмы: ударился головой о дно при нырянии в воду. Движения в шейном отделе позвоночника резко болезненны, шейные мышцы напряжены, остистый отросток VII шейного позвонка несколько выступает, резко болезнен при пальпации и перкуссии.

Каков предварительный диагноз? Объем первой врачебной помощи. Укажите план дальнейшего обследования и лечения больного.

Задача 29.

Приемное отделение стационара. Больной П. 31 года. Командированный. Доставлен с улицы попутной машиной. За 40 минут до поступления упал, поскользнувшись на льду. Жалобы на боли в области поясничного отдела позвоночника.

При пальпации: боли на уровне тел 12-го грудного – 1-го поясничного позвонков, сгибание в этом отделе и ротационные движения болезненны. Определяется выстояние

остистого отростка 1-го поясничного позвонка, под которым обнаруживается западение. Мышцы напряжены, осевая нагрузка в этой области позвоночника резко болезненна, причем боль имеет опоясывающий характер.

Каков предварительный диагноз? Объем первой врачебной помощи. Укажите план дальнейшего обследования и лечения больного.

Задача 30.

Больной 24 лет, упал на ноги с балкона 4-го этажа. Почувствовал резкую боль в спине. Самостоятельно встать не мог. При осмотре отмечается сглаженность лордоза в поясничном отделе, видимое на глаз напряжение мышц по типу «вожжей». Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены из-за усиления болей: осевая нагрузка на позвоночник вызывает сильные боли. При пальпации остистых отростков болезненность в зоне Th XII по LIII позвонков, особенно при пальпации остистых отростков с одновременной попыткой поднять разогнутые ноги. Признаков повреждения спинного мозга нет.

Предварительный диагноз. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза? Какой метод лечения показан у данного больного?

Задача 31.

Больной 36 лет упал с высоты 2,5 метра на голову. В результате травмы произошел компрессионный перелом тела У1 шейного позвонка без повреждения спинного мозга. Перелом стабильный.

Тактика лечения больного?

Задача 32.

Больной 42 лет, жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, иррадирующие в нижние конечности, быструю утомляемость, частые приступы радикулита. В анамнезе - травма ДТП 6 лет тому назад. После происшествия лечился в стационаре в течение 3 недель по поводу сотрясения мозга 1 степени, переломов У1-УП-УШ ребер справа. Болела спина. Лечащий врач объяснил боли ушибом. Через год после травмы заболел радикулитом, по поводу которого 4-5 раз в году лечился амбулаторно и в стационарах. Боли полностью не исчезают. В период последней госпитализации произведена рентгенография, выявлено снижение тела второго поясничного позвонка на 2/3 высоты. Последний несколько выступает впереди. Структура сохранена.

Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику и оценку проводимого лечения.

Задача 33.

Больной Ц. доставлен в приемное отделение больницы через 1 час после автотравмы. Жалобы на слабость, головокружение, боли в области правого бедра при осмотре: сознание сохранено, но больной заторможен, кожные покровы бледные, на лице капли холодного пота, угловая деформация верхней трети правого бедра, конечность фиксирована ремнем к левой ноге, АД 90/70 мм. рт. ст., пульс слабый, 120 в минуту.

Каков предварительный диагноз? Объем первой врачебной помощи. Укажите план дальнейшего обследования и лечения больного.

Задача 34.

Больной доставлен через 40 мин после падения с высоты 5 метров. Лежит на спине с жалобами на сильные боли в правом тазобедренном суставе. Конечность несколько отведена, ротирована кнаружи и выпрямлена. Головка бедра пальпируется под пупартовой связкой, большой вертел не прощупывается, кожа дистального отдела конечности синюшна, пульсация на сосудах ослаблена. Активные движения в тазобедренном суставе невозможны, пассивные ограничены, пружинистые.

Сформулируете диагноз. Какова Ваша тактика лечения больного?

Задача 35.

Женщина 67 лет 2 часа назад упала на левый бок, почувствовала боль в паху. Встать и самостоятельно передвигаться не может. При осмотре: левая нога ротирована

кнаружи, активная внутренняя ротация ее невозможна, при попытке поднять ногу скользит пяткой по опоре. Отмечается относительное укорочение левого бедра.

Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите план дальнейшего обследования и лечения больного.

Задача 36.

Больной, 22 лет, упал с высоты 4 м на отведенную правую ногу. Диагностирован вальгусный вколоченный чрезшеечный перелом бедра.

Обоснуйте тактику и метод лечения.

Задача 37.

Больная, 37 лет, сбита грузовым автомобилем, жалуется на боли и нарушение функции левой нижней конечности. Бедро деформировано в верхней трети по типу «галифе», отечно, обширный кровоподтек по наружной поверхности. Дистальный отдел конечности ротирован кнаружи. Определяется патологическая подвижность, крепитация отломков в верхней трети бедра. Анатомическое укорочение длины конечности 8 см. На рентгенограммах выявлен подвертельный перелом с типичным смещением отломков.

Обоснуйте механизм травмы и характер смещения отломков, выработайте тактику лечения.

Задача 38.

Больной, 32 лет, получил травму бедра в результате ДТП. Состояние при поступлении удовлетворительное. Конечность иммобилизована шиной Дитерихса. Имеется деформация в нижней трети бедра, пальпация в этой области вызывает усиление боли и выявляется патологическая подвижность. Пульс на периферических сосудах, чувствительность и активные движения в стопе сохранены.

Обоснуйте клинический диагноз и типичное смещение отломков. Перечислите последовательность и особенности лечебных мероприятий при консервативном лечении.

Задача 39.

Больной К., 28 лет. Обстоятельства травмы: подскользнулся и при этом резко согнул правую ногу. Жалобы на боли в коленном суставе, особенно при сгибании, в положении «на корточках», не может полностью разогнуть ногу в коленном суставе из-за резкой боли. При осмотре: пальпация медиальной щели болезненна, чувствительность здесь же повышена, контуры сустава сглажены, надколенник баллотирует, ходит с опорой на палочку.

Сформулируйте диагноз. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях.

Задача 40.

Прием в поликлинике. Больной П. 37 лет. Изолированный кабельного завода. Жалобы на боли в левом коленном суставе на протяжении последнего года после травмы при падении с велосипеда. Отмечает частые боли в суставе, «блокады», появление выпота и боли. Боли возникают после работы, или во время ее. Иногда отмечает под кожей наличие «инородного тела». При осмотре: уверенная отечность левого коленного сустава. Небольшое баллотирование надколенника. Временами ощущает «хруст» в суставе.

Сформулируйте диагноз. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях.

Задача 41.

Пешеход был сбита машиной. Жалуется на сильную боль в коленном суставе, онемение в стопе. При осмотре нижней конечности отмечается резкая деформация коленного сустава за счет смещения голени кпереди. Стопа бледная, на ощупь холодная. Пульс на тыльной артерии стопы отсутствует. Относительное укорочение нижней конечности 5 см. Пассивные движения в коленном суставе пружинистые, резко болезненные.

Сформулируйте предположительный диагноз, перечислите диагностические мероприятия, обоснуйте способы лечения.

Задача 42.

Больная поскользнулась, наступив на арбузную корку. Почувствовала резкую боль по внутренней поверхности коленного сустава. При осмотре коленного сустава по внутренней поверхности его определяется умеренная припухлость мягких тканей. Там же, несколько выше суставной щели определяется резкая локальная болезненность при пальпации. Симптом Байкова отрицательный, блок коленного сустава отсутствует, активные и пассивные движения несколько ограничены.

Поставьте клинический диагноз, обоснуйте его и составьте план лечения больной.

Задача 43.

Больной 15 лет при ударе по мячу почувствовал резкую боль в верхней трети голени по передней поверхности. При попытке идти, не мог активно разогнуть голень. Пальпация в области метафиза большеберцовой кости спереди очень болезненна, при этом обнаруживается подвижность костного фрагмента. Надколенник располагается высоко. В области бугристости большеберцовой кости на больной ноге отек, болезненность при пальпации.

Обоснуйте клинический диагноз и тактику лечения больного.

Задача 44.

В хирургическое отделение районной больницы в вечернее время выходного дня через 20 мин после автодорожного происшествия попутным транспортом был доставлен пострадавший И., 41 года, с закрытым оскольчатым переломом обеих костей правой голени в нижней трети. Состояние больного удовлетворительное. Дежуривший в это время врач с небольшим хирургическим стажем работы вместе с медицинской сестрой отделения наложили на конечность циркулярную гипсовую повязку. Первые несколько часов пострадавший жаловался на боль в ноге, что расценивалось как следствие травмы и больному вводили наркотические анальгетики. В понедельник во время обхода было обнаружено, что нижняя конечность синюшного цвета, холодная на ощупь. После снятия гипсовой повязки были выявлены: выраженный отек конечности, конечность холодная на ощупь, имеются фликтены в нижней трети правой голени.

Каков предварительный диагноз? Укажите на ошибки врача хирурга при оказании первой травматологической помощи. Раскройте вопросы транспортной и лечебной иммобилизации при данной патологии.

Задача 45.

Больной Е. был сбит легковым автомобилем при переходе улицы. Вызвана бригада «Скорой помощи». Врач «Скорой помощи» оказал первую врачебную помощь в объеме: 1. оценка общего состояния больного: общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 76 в минуту; 2. выставлен предварительный диагноз: закрытый перелом костей правой голени в нижней трети со смещением отломков; 3. обезболивание; 4. транспортировка больного.

В дежурную больницу пациент доставлен через 1 час после автотравмы. Жалобы на слабость, головокружение, боли в области правой голени, невозможность пользоваться конечностью, которая значительно ротирована наружу. При осмотре: сознание сохранено, но больной заторможен, кожные покровы бледные, на лице капли холодного пота. Имеется угловая деформация нижней трети правой голени, укорочение правой голени по сравнению со здоровой конечностью достигает 4 см. Мягкие ткани на уровне перелома напряжены из-за большого кровоизлияния. Тонус мышц понижен, выражена патологическая подвижность. АД 90/70 мм. рт. ст., пульс слабый, 120 в минуту. Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушено.

Каков предварительный диагноз? Укажите на ошибки врача «Скорой помощи». Какое осложнение возникло при данной травме из-за ошибки врача «Скорой помощи»? Раскройте полный объем первой врачебной помощи на месте происшествия и во время транспортировки больного в условиях «Скорой помощи» в порядке очередности. Раскройте вопросы транспортной и лечебной иммобилизации.

Задача 46.

Приемное отделение стационара. Больной П., 35 лет. Бухгалтер малого предприятия. Доставлен попутным транспортом. Жалобы на боли в левом голеностопном суставе. 30 минут назад неудачно перепрыгнул траншею и при этом подвернул левую стопу. Отметил "хруст" в суставе. Встать на ногу не смог. Жалобы на боли в области нижней трети голени. При осмотре: стопа и область сустава отечны, движения возможны, но болезненны. Нагрузка на стопу резко болезненна.

Каков предварительный диагноз? Проведите дифференциальный диагноз и предложите план лечения в стационаре и амбулаторных условиях, в зависимости от полученных данных при обследовании.

Задача 47.

Больной доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение травматологического стационара через 1,5 часа после травмы, полученной при падении с высоты 3-х м. Бледен, А/Д = 105/65 мм рт ст, пульс 100 в мин. Левая голень зафиксирована двумя шинами Крамера.

При осмотре: после снятия иммобилизации в области средней трети сегмента определяется припухлость тканей, нарушена ось конечности, при пальпации резкая болезненность и крепитация отломков.

Каков предварительный диагноз? Объем первой врачебной помощи. Укажите план дальнейшего обследования и лечения больного.

Задача 48.

Больной, 32 лет подвернул стопу внутрь. Из-за сильной боли ходьба затруднена. При осмотре в области медиальной лодыжки отмечается выраженный отек. Активно-пассивные движения в голеностопном суставе болезненные, резко ограниченные. При пальпации лодыжки резкая боль.

Для каких повреждений характерен указанный механизм травмы? Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимо провести?

Задача 49.

Больной, 20 лет во время игры в футбол резко прониравал стопы, почувствовал сильную боль в области наружной поверхности голеностопного сустава. При осмотре контуры голеностопного сустава в области наружной лодыжки сглажены. Активно-пассивные движения, особенно ротационные вызывают острую боль. При пальпации отмечается усиление болезненности в области основания латеральной лодыжки.

Для каких повреждений характерен указанный механизм травмы? После установления диагноза, какая должна осуществляться лечебная тактика?

Задача 50.

Больной 40 лет при падении с высоты почувствовал сильную боль в правом голеностопном суставе. Опороспособность нарушена из-за боли в голеностопном суставе. При осмотре обращает внимание выраженный отек в области голеностопного сустава, стопа смещена кнаружи и кзади. Незначительные пассивные движения и пальпация области голеностопного сустава сопровождается резкой болью.

Для каких повреждений характерен указанный механизм травмы? В каких проекциях необходимо произвести рентгенологическое исследование? Лечебная тактика: обоснование, пути реализации.

Задача 51.

Больной С., 41 года, грузчик мясокомбината. Жалобы на боли в нижних конечностях, иррадиирующие в бедра, голени, боли усиливаются во второй половине дня, к вечеру отмечается умеренная отечность мягких тканей тыла стопы. При осмотре: выраженные отклонения первых пальцев обеих стоп кнаружи, боли при ходьбе и в положении стоя, припухлость передних отделов стоп, на подошвенной поверхности стоп – натоптыши. Носит широкую обувь, на 1-2 размера больше обычной, боли усиливаются к смене погоды, сезона, смене обуви, при прыжках и беге.

Сформулируйте диагноз. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях. Решите вопросы реабилитации больного.

Задача 52.

Больной В., 58 лет, инженер-проектировщик. Жалобы на боли в области шеи постоянного характера, боли начинаются после сна, нарастают по интенсивности при попытке повернуть голову и после нагрузки, иногда движения головы сопровождаются хрустом в области шеи. При осмотре: тугоподвижность и напряжение шейных мышц. Боли иррадиируют в верхние конечности, выражено похолодание конечности и нарушение чувствительности.

Сформулируйте диагноз. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях. Решите вопросы реабилитации больного.

Задача 53.

Прием в кабинете поликлиники. Больная С. 43 года, разнорабочая. Жалобы на боли в правом тазобедренном суставе. Считает себя больной на протяжении последних 3-х лет. В анамнезе тяжелая работа. Ходит с опорой на палочку. При осмотре: контуры правого тазобедренного сустава сглажены. Движения болезненны и ограничены, при отведении и ротации бедра отмечается "хруст". Имеется небольшой перекос таза, умеренный сколиоз. При ходьбе в последнее время появляются боли в стопах, икрах.

Сформулируйте предварительный диагноз и проведите дифференциальный диагноз. Предложите план лечения для амбулаторных и стационарных условий.

Задача 54.

На прием к врачу обратился больной с жалобами на боли в коленном суставе, резкое ограничение движений, нарушение походки. Боли усиливаются во время ходьбы и полностью исчезают в покое. Из анамнеза выяснили, что за 8 лет после травмы левого коленного сустава больной за помощью не обращался. Последнее время появились боли. При осмотре коленный сустав обычной формы и конфигурации. При пальпации температура в области сустава в пределах нормы, болезненность локализуется по ходу медиальной связки, активные и пассивные движения в пределах нормы. На рентгенограмме левого коленного сустава в передне-задней проекции резкое сужение суставной щели, краевые костные разрастания больше по медиальной поверхности, субхондральный склероз:

Какой предварительный диагноз? С какими заболеваниями коленного сустава необходимо провести дифференциальную диагностику? Ваш план лечения?

Задача 55.

Девочка, 4-х лет, припадает на левую ногу. При осмотре: конечность укорочена. Большой вертел расположен выше линии Розера-Нелатона на 3 см, лёгкая 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 наацетабулярной области. Шеечно-диафизарный угол равен 130°.

1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы Вам для уточнения диагноза? 3. Недостатки оказанной помощи на предыдущих этапах? 4. Ваша лечебная тактика и возможные варианты?

Задача 56.

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

1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы Вам для уточнения диагноза? 3. Недостатки оказанной помощи на предыдущих этапах? 4. Ваша лечебная тактика и возможные варианты?

**Билеты для дифференцированного зачета
по разделам «Общая травматология» и «Частная травматология»
дисциплины «Травматология и ортопедия», II семестр 1-го года обучения**

БИЛЕТ №1

1. Травматизм как социальная проблема. Ортопедия. История развития.
2. Переломы лопатки. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Гетеротопическая травматическая оссификация.

БИЛЕТ №2

1. Общие данные: анатомо-физиологические данные; проблемы восстановления сухожилий; виды ран при повреждении сухожилий; общие принципы хирургии сухожилий кисти.
2. Травматический остеомиелит, классификация, клиника, диагностика, лечение.
3. Основные сведения о развитии скелета в процессе антропогенеза

БИЛЕТ №3

1. Переломы ключицы и вывихи. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Организация травматологической и ортопедической помощи в Мордовии и Российской Федерации.
3. Переломы костей предплечья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

БИЛЕТ №4

1. Способы восстановления сухожилий.
2. Два типа репаративной регенерации кости при заживлении перелома - первичное и вторичное заживление.
3. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у детей.

БИЛЕТ №5

1. Вывихи акромиального конца ключицы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Пятнистый посттравматический остеопороз и другие осложнения.
3. Особенности медико-социальной экспертизы при травмах.

БИЛЕТ №6

1. Вывихи в суставах стопы.
2. Переломы костей запястья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Обезболивание при переломах костей таза.

БИЛЕТ №7

1. Вывихи грудинного конца ключицы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Определение понятий: замедленное сращение перелома, несросшийся перелом, ложный сустав (атрофический и гипертрофический или гипертрофический).
3. Радионуклидные исследования в травматологии и ортопедии.

БИЛЕТ №8

1. Вывихи плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Юридическая ответственность врача травматолога-ортопеда.
3. Ятрогенные причины нарушения консолидации переломов и образования ложных суставов.

БИЛЕТ №9

1. Переломы пястных костей и фаланг. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Повреждения таза. Лечение. Скелетное вытяжение. Наложение спицевых и стержневых аппаратов КДО (компрессионно-дистракционного остеосинтеза).
3. Лабораторные исследования крови.

БИЛЕТ №10

1. Переломы верхнего конца плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Клиническая классификация механических повреждений.
3. Задачи лечения переломов костей и их реализация для создания остеогенного пути репаративной регенерации и формирования интрамедиарной мозоли.

БИЛЕТ №11

4. Общие сведения о лечении внутрисуставных переломов.
5. Повреждения сухожилий сгибателей.
6. Травматические вывихи бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

БИЛЕТ №12

1. Переломы диафиза плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Общая реакция организма на травму.
3. Общие принципы и методы лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.

БИЛЕТ №13

1. Характер и сущность типичных оперативных вмешательств у больных травматолого-ортопедического профиля.
2. Открытые повреждения сухожилий пальцев и хирургическая тактика лечения в зависимости от уровня повреждений различных сегментов конечности, программа реабилитации поврежденного сегмента
3. Асептический некроз головки бедра и остеоартроз тазобедренного сустава после перелома шейки бедра.

БИЛЕТ №14

1. Переломы нижнего конца плечевой кости. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Универсальная классификация переломов АО / ASIF.
3. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у взрослых.

БИЛЕТ №15

1. Артроскопические методы лечения.
2. Повреждения таза. Механизм повреждения. Классификация переломов костей таза. Диагностика переломов костей таза.
3. Изолированные переломы большого и малого вертелов.

БИЛЕТ №16

1. Посттравматическая контрактура и анкилоз локтевого сустава.
2. Открытые переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.
3. Основные принципы анализа рентгеновского изображения скелета.

БИЛЕТ №17

1. Периоперационный период. Дооперационный период: принципы подготовки больных к операции, обследование пациентов, предоперационное лечение, коррекция гомеостаза.
2. Оказание первой помощи и транспортировка пострадавших при переломах таза.
3. Замедленное сращение переломов бедра.

БИЛЕТ №18

1. Ишемическая контрактура Фолькмана.
2. Сочетанные повреждения таза.
3. Закрытые переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.

БИЛЕТ №19

1. Цитологическая и гистологическая диагностика в травматологии и ортопедии.
2. Методы лечения послеоперационных осложнений. Хирургическая тактика при осложнениях.
3. Переломы дистального отдела бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

БИЛЕТ №20

1. Вывихи предплечья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Огнестрельные переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.
3. Общие сведения о лечении переломов у детей.

БИЛЕТ №21

1. Полиорганная недостаточность при шоке. Профилактика и лечение полиорганной недостаточности при шоке
2. Переломы проксимального отдела бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Повреждения связочного аппарата коленного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

БИЛЕТ №22

1. Замедленное сращение и несращение переломов диафиза костей предплечья.
2. Этиология, морфология, клиника, диагностика, профилактика замедленной консолидации и ложных суставов.
3. Принципы проведения травматологических вмешательств.

БИЛЕТ №23

1. Общие принципы диагностики и лечения заболеваний вен и лимфатической системы.
2. Межвертельные и чрезвертельные переломы бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Повреждение жировой ткани крыловидной складки коленного сустава.

БИЛЕТ №24

1. Неправильно сращенные и несращенные переломы лучевой кости в типичном месте.
2. Репаративная регенерация кости после перелома: ее стадии, варианты течения.
3. Внутренний остеосинтез.

БИЛЕТ №25

1. Тромбозы и эмболии при травме.
2. Переломы диафиза бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Подкожные разрывы сухожилия четырехглавой мышцы бедра и собственной связки надколенника.

БИЛЕТ №26

1. Вывихи кисти и костей запястья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Неправильно сросшиеся переломы бедра.
3. Переломы мыщелков большеберцовой кости. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

БИЛЕТ №27

1. Вывихи пястно-фаланговых и межфаланговых суставов.
2. Травматические эпифизеолизы дистального конца бедренной кости.
3. Повреждение ахиллова сухожилия. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

БИЛЕТ №28

1. Повреждение сухожилий разгибателей.
2. Повреждение менисков. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Пронационные переломы области голеностопного сустава. Классификация.

Клиника. Диагностика. Лечение.

БИЛЕТ №29

1. Переломы костей стопы.
2. Замедленное сращение, ложный сустав и неправильно сросшийся перелом диафиза костей голени.
3. Исходы лечения при повреждениях позвоночника.

БИЛЕТ №30

1. Особенности течения переломов костей таза.
2. Ложные суставы и дефекты костей голени
3. Транспортировка пострадавшего с повреждением позвоночника.

БИЛЕТ №31

1. Осложненные переломы костей таза.
2. Закрытые переломы надколенника. Классификация. Клиника. Диагностика.
3. Предупреждение и лечение осложнений травм позвоночника.

Лечение.

БИЛЕТ №32

1. Разрывы мочевого пузыря и мочеиспускательного канала при переломах таза.
2. Супинационные переломы области голеностопного сустава. Классификация.
3. Ошибки в диагностике и лечении травмы позвоночника и спинного мозга.

Клиника. Диагностика. Лечение.

БИЛЕТ №33

1. Несросшиеся переломы и ложные суставы шейки бедра.
2. Переломы и вывихи стопы. Классификация. Клиника. Диагностика.
3. Последствия травмы позвоночника и спинного мозга.

Лечение.

БИЛЕТ №34

1. Эндопротезирование при переломах и ложных суставах шейки бедра.
2. Травматические вывихи коленного сустава. Классификация. Клиника.
3. Повреждения позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика.

Диагностика. Лечение.

Лечение.

БИЛЕТ №35

1. Несросшиеся переломы и ложные суставы бедра.
2. Хронический менисцит, или менископатия.
3. Лечение при переломах позвоночника с нарушением функции спинного

мозга.

БИЛЕТ №36

1. Контрактуры коленного сустава после перелома бедра.
2. Патологоанатомические изменения при повреждении позвоночника и спинного мозга.
3. Повреждения связок голеностопного сустава. Классификация. Клиника.

Диагностика. Лечение.

БИЛЕТ №37

1. Гемартроз коленного сустава.
2. Повреждения хряща и хондропатия надколенника.
3. Лечение при переломах позвоночника без нарушения функции спинного

мозга.

БИЛЕТ №38

1. Оперативное лечение свежих разрывов связок коленного сустава.
2. Переломы диафиза костей голени. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Повреждение менисков Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

БИЛЕТ №39

1. Причины, ведущие к нарушению репаративной регенерации - общее состояние больного, местные условия в зоне перелома.
2. Эндопротезирование крупных суставов конечностей.
3. ДВС-синдром.

БИЛЕТ №40

1. Общие и местные факторы, влияющие на процесс и сроки сращения переломов.
2. Травматический шок. Классификация и патогенез. Клиника и фазы травматического шока. Диагностика. Лечение. Трансфузионная терапия. Обезболивание.
3. Острые тромбофлебиты глубоких вен голени. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.

БИЛЕТ №41

1. Клинические и рентгенологические признаки замедленной консолидации перелома, ложного сустава.
2. Синдром сдавления мягких тканей. Патогенез и классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Острый илеофemorальный тромбоз. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.

БИЛЕТ №42

1. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у взрослых.
2. Тромбозы и тромбозы в травматологии.
3. Анатомо-физиологические особенности венозной системы конечностей. Системы глубоких и поверхностных вен. Основные гемодинамические принципы кровообращения в венах и лимфатической системе.

БИЛЕТ №43

1. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у детей.
2. Жировая эмболия.
3. Острые лимфадениты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.

БИЛЕТ №44

1. Компьютерная и магнитно-резонансная томография.
2. Острые тромбофлебиты глубоких периферических вен. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.
3. Острые лимфангиты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.

БИЛЕТ №45

1. Основные принципы лечения переломов.
2. Травмы магистральных вен. Хирургическая тактика и техника, осложнения и прогноз.
3. Показания к оперативным вмешательствам при травматическом шоке.

БИЛЕТ №46

1. Общие сведения о лечении переломов у пожилых людей.

2. Хирургическое лечение острых тромбоэмболий сердца и легочной артерии. Методы профилактики тромбоэмболий правых отделов сердца и легочной артерии. Имплантация кава-фильтров и пликация нижней полой вены.

3. Анатомо-физиологические особенности строения венозной системы. Системы глубоких и поверхностных вен. Основные гемодинамические принципы кровообращения в венах и лимфатической системе.

БИЛЕТ №47

1. Чрескостный остеосинтез.

2. Тромбоэмболия легочной артерии. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение, осложнения и исходы.

3. Ведение послеоперационного периода. Специфические и неспецифические послеоперационные осложнения.

БИЛЕТ №48

1. Понятие о стабильном остеосинтезе.

2. Хирургические операции и эндоваскулярные пособия при флотирующих тромбах вен.

3. Сепсис. Патогенез и классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

БИЛЕТ №49

1. Острые тромбозы поверхностных вен. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения, исходы, реабилитация и прогноз.

2. Травмы периферических вен. Хирургическая тактика и техника, осложнения и прогноз.

3. Общие принципы и методы лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.

**1.1.3. Раздел Б1.Б.1.3 «Термические поражения,
раны и раневая инфекция»
(дифференцированный зачет IV семестр 2-го года обучения)**

Контрольные вопросы

1. Ожоги и ожоговая болезнь. Актуальность проблемы.
2. Частота ожоговой травмы в мирное время (бытовые, производственные).
3. Этиологические факторы ожогов.
4. Причины ожогов в различных возрастных группах (у детей школьного возраста, грудников, подростков, взрослых, стариков) (отморожения и ожоги).
5. Социальные аспекты решения проблемы предупреждения ожогов в различных возрастных группах.
6. Ожоги военного времени при массовых поражениях (катастрофы).
7. Исходы ожогов. Летальность при ожогах.
8. Нетрудоспособность при ожогах и их последствия.
9. Организация медицинской помощи обожженным.
10. Классификация ожогов: глубина и площадь ожогового поражения.
11. Понятие об ожоговой болезни и ее патогенетических механизмах.
12. Классификация ожоговой болезни.
13. Ожоговый шок.
14. Клинические и лабораторные признаки ожогового шока.
15. Классификация тяжести ожогового шока по степеням.
16. Продолжительность ожогового шока. Признаки выхода больного из шока.
17. Особенности ожогового шока у детей, лиц престарелого возраста, у пострадавших с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.
18. Летальность при шоке.
19. Лечение обожженных в состоянии ожогового шока.
20. Острая ожоговая токсемия.
21. Ожоговая септикотоксемия.
22. Период реконвалесценции.
23. Исходы ожоговой болезни. Реабилитация перенесших ожоги. ЛФК. МСЭ. Социальная и психологическая реабилитация.
24. Общие принципы лечения обожженных в периоде реконвалесценции.
25. Местное лечение ожогов.
26. Общее лечение ожогов.
27. Термоингаляционное поражение дыхательных путей.
28. Эпидемиология, классификация холодовой травмы.
29. Эпидемиология отморожений, социальная значимость.
30. Этиология, клинические формы и патогенез местной холодовой травмы.
31. Локализация отморожений. Клиническая картина и диагностика отморожений. Степени отморожений.
32. Общие изменения в организме при отморожении. Изменения системного и органного кровообращения.
33. Лечение больных в дореактивном периоде. Оказание первой помощи.
34. Общие принципы хирургического лечения отморожений.
35. Последствия отморожений и их лечение.
36. Реконструктивно-восстановительное лечение.
37. Определение трудоспособности при отморожениях и их последствиях.
38. Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Микробиологические аспекты раневой инфекции.
39. Фазы раневого процесса. Виды заживления раны.
40. Основные принципы активной хирургической тактики.

41. Хирургическая обработка ран. Первичная хирургическая обработка. Вторичная хирургическая обработка.
42. Инфекционные осложнения открытых повреждений.
43. Принципы антибактериальной терапии.
44. Объем медицинской помощи больным на всех этапах медицинской эвакуации
45. Столбняк. Плановая и экстренная профилактика столбняка.
46. Столбняк. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение и профилактика данной патологии.
47. Анаэробная инфекция ран. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение и профилактика данной патологии.
48. Абсцесс.
49. Флегмона.
50. Огнестрельная травма. Характеристика и структура современной боевой патологии.
51. Основы раневой баллистики.
52. Особенности морфологии огнестрельной раны и клинического течения раневого процесса при боевых ранениях.
53. Классификация огнестрельных ран.
54. Хирургическая обработка ран, ее виды, показания, общие принципы.
55. Виды швов, накладываемых на рану после хирургической обработки.
56. Техника первичной хирургической обработки огнестрельных ран.

Тестовые задания

1 При ожоге II степени пораженная поверхность характеризуется:

Варианты ответов

- 1 гиперемией
- 2 гиперемией и отеком
- 3 наличием пузырей на гиперемизированной поверхности
- 4 покрыта мягким серовато-белесоватым струпом
- 5 покрыта плотным черным струпом

2 При ожоге III «Б» степени пораженная поверхность характеризуется:

Варианты ответов

- 1 гиперемией
- 2 гиперемией и отеком
- 3 наличием пузырей на гиперемизированной поверхности
- 4 покрыта мягким серовато-белесоватым струпом
- 5 покрыта плотным черным струпом

3 При ожоге I степени пораженная поверхность характеризуется:

Варианты ответов

- 1 гиперемией
- 2 гиперемией и отеком
- 3 наличием пузырей на гиперемизированной поверхности
- 4 покрыта мягким серовато-белесоватым струпом
- 5 покрыта плотным черным струпом

4 При ожоге III «А» степени болевая чувствительность в области поражения:

Варианты ответов

- 1 умеренно снижена
- 2 значительно снижена
- 3 повышена
- 4 сохранена
- 5 отсутствует

5 При некрозе конечности, связанной с повреждением сосудисто-нервного пучка, необходимо

Варианты ответов

- 1 отсечение конечности немного дистальнее демаркационной линии
- 2 отсечение конечности по уровню демаркационной линии на коже
- 3 обнажить сосудисто-нервный пучок, удалить тромб, промыть магистральные сосуды и систему микроциркуляции конечности, поставить систему активного дренирования и орошения, произвести рассечение и удаление тканей, создать абактериальную среду
- 4 уровень ампутации определить методом компьютерной томографии системы микроциркуляции, или по тесту С.Ф.Годунова

6 Показаниями к первичной ампутации является все перечисленное, за исключением

Варианты ответов

- 1 отрывов конечностей
- 2 глубоких обширных циркулярных термических ожогов конечностей
- 3 обширных дефектов кожи и подкожной жировой клетчатки
- 4 переломов (открытые, закрытые), осложненных термическими ожогами на фоне лучевой болезни
- 5 сдавления мягких тканей конечности + отморожение + лучевая болезнь

7 Демаркационная зона при отморожениях характеризуется тем, что она

Варианты ответов

- 1 имеет полное совпадение уровней некроза кожи и глубже лежащих мягких тканей
- 2 не имеет полного совпадения уровней некроза и глубже лежащих тканей
- 3 кожа поражается значительно проксимальнее, а мягкие ткани подвергаются некрозу меньше
- 4 некроз мягких тканей, расположенных под кожей, распространяется далеко в проксимальном направлении, а некроз кожи сохраняется значительно дистальнее

8 При нагноительных процессах в костях, тканях или в суставах с начинающимся истощением показана

Варианты ответов

- 1 быстрая ампутация конечности с наложением глухого шва
- 2 артротомия, резекция пораженных костей, костно-пластическая операция, постоянное длительное орошение и дренирование
- 3 быстрая ампутация круговым способом, без стягивающих и направляющих швов
- 4 частичная некрэктомия

9 К комбинированным повреждениям относится:

Варианты ответов

- 1 ранение одним ранящим снарядом нескольких областей тела
- 2 ранение несколькими ранящими снарядами одной или нескольких областей
- 3 одновременное повреждение несколькими поражающими факторами: ожог, механические повреждения
- 4 повреждение нескольких органов одной полости
- 5 одновременное повреждение мышц, кости, сосудов и нервов конечности

10 Современная классификация термических ожогов предусматривает:

Варианты ответов

- 1 две степени поражения
- 2 три степени поражения
- 3 четыре степени поражения
- 4 пять степеней поражения
- 5 шесть степеней поражения

11 Третий период ожоговой болезни (септикотоксемия) начинается с развития:

Варианты ответов

- 1 плазмопотери и гемоконцентрации
- 2 гемолиза эритроцитов
- 3 гиповолемии
- 4 метаболического ацидоза
- 5 нагноения ожоговой рапы

12 Первичный туалет ожоговой раны проводят при оказании:

Варианты ответов

- 1 первой медицинской помощи
- 2 первой доврачебной помощи
- 3 первой врачебной помощи
- 4 квалифицированной помощи
- 5 специализированной помощи

13. Из перечисленных поражений комбинированным является:

Варианты ответов

- 1 перелом бедра, голени и предплечья
- 2 черепно-мозговая травма и огнестрельное ранение живота
- 3 ожог туловища, лица, правого бедра
- 4 огнестрельное ранение грудной клетки и поражение радиацией в дозе 210 рентген
- 5 оскольчатый двойной перелом плечевой кости

14 У больного имеется ожог грудной клетки III-IV степени пламенем. Отмечается темного цвета плотный струп, охватывающий грудную клетку, одышка, ограничение экскурсии грудной клетки, повышение артериального давления. Что из перечисленных мероприятий наиболее быстро восстановит дыхание?

Варианты ответов

- 1 некрэктомия
- 2 некротомия
- 3 трахеостомия
- 4 ингаляция кислородом
- 5 искусственная вентиляция легких

15 Для поверхностных ожогов характерно:

Варианты ответов

- 1 наличие струпа
- 2 гиперемия и отечность кожи
- 3 наличие напряженных пузырей с серозным содержимым
- 4 наличие напряженных пузырей с геморрагическим содержимым
- 5 сине-багровая увлажненная кожа

16. Для глубоких ожогов характерно все перечисленное, кроме:

Варианты ответов

- 1 наличия темно-коричневого струпа
- 2 сине-багровой увлажненной кожи
- 3 напряженных пузырей с геморрагическим содержимым
- 4 гиперемии и отечности кожи
- 5 поражения мышц

17. В основу классификации степеней ожогового шока положены клинические признаки, кроме:

Варианты ответов

- 1) тахикардия
- 2) состояние сознания
- 3) уровень диуреза
- 4) частота дыхания

18 Площадь ожога всей верхней конечности по «правилу девяток» составляет до:

Варианты ответов

- 1) 1 %
- 2) 9%
- 3) 18 %
- 4) 27 %
- 5) 36 %.

19 Площадь ожога обеих нижних конечностей по «правилу девяток» составляет до:

Варианты ответов

- 1) 9%;
- 2) 18 %;
- 3) 27 %;
- 4) 36 %;
- 5) 45 %.

20 В ожоговой ране отмечается снижение концентрации:

Варианты ответов

- 1) молочной кислоты;
- 2) небелкового азота;
- 3) ионов калия;
- 4) ионов кальция;
- 5) биологически активных веществ.

21 Из местных симптомов для ожога I степени характерно все, кроме:

Варианты ответов

- 1) гипертермии;
- 2) болезненности;
- 3) покраснения;
- 4) отека;
- 5) гипестезии.

22 Из местных симптомов при ожоге II степени отмечаются все, кроме:

Варианты ответов

- 1) болезненности;
- 2) гиперемии;
- 3) пузырей;
- 4) отека;
- 5) гипестезии.

23 Исключите неверно указанную стадию течения ожоговой болезни:

Варианты ответов

- 1) ожоговый шок;
- 2) острая токсемия;
- 3) острая почечная недостаточность;
- 4) септикотоксемия или сепсис;
- 5) реконвалесценция.

24 Для ожогового шока характерно:

Варианты ответов

- 1) слабо выраженная эректильная фаза;
- 2) ярко выраженная эректильная фаза;
- 3) отсутствие торпидной фазы;
- 4) повышение ЦВД;
- 5) увеличение ОЦК.

25 При ожоговом шоке наблюдается все, кроме:

Варианты ответов

- 1) гемоконцентрации;
- 2) олиго- или анурии;
- 3) повышения относительной плотности мочи;
- 4) азотемии, протеинемии, гемоглобинемии;
- 5) увеличения ОЦК.

26 Объем первой помощи при ожогах предполагает все, кроме:

Варианты ответов

- 1) введения обезболивающих;
- 2) наложения сухой асептической повязки;
- 3) наложения маевой повязки;
- 4) профилактики асфиксии при ожоге верхних дыхательных путей;
- 5) организации доставки в лечебное учреждение.

27 При химических ожогах объем первой помощи I включает все, кроме:

Варианты ответов

- 1) промывания проточной водой;
- 2) обработки нейтрализующими растворами;
- 3) обезболивания;
- 4) наложения маевой повязки;
- 5) организации доставки пострадавшего в лечебное учреждение.

28 На месте происшествия пострадавшему в состоянии клинической смерти от воздействия электрического тока показаны все мероприятия, кроме:

Варианты ответов

- 1) искусственной вентиляции легких;
- 2) закрытого массажа сердца;
- 3) введения в полость сердца 6–7 мл 7,5% раствора калия хлорида;
- 4) дефибрилляции сердца;
- 5) трахеотомии.

29 Основной причиной дегенеративных изменений и некроза тканей при холодовой травме является:

Варианты ответов

- 1) плазмопотеря;
- 2) паралич нервных окончаний;
- 3) дисфункция мышц;
- 4) нарушение кровотока;
- 5) прекращение потоотделения.

30 Дореактивный период в течении отморожения включает время:

Варианты ответов

- 1) непосредственного воздействия холода;
- 2) от начала действия холода до согревания;
- 3) согревания;
- 4) после восстановления температуры тела;
- 5) от начала действия холода до отторжения струпа.

31 К местным инфекционным осложнениям отморожения относится все, кроме:

Варианты ответов

- 1) лимфангита, лимфаденита;
- 2) тромбоза;
- 3) абсцесса, флегмоны;
- 4) гидраденита;
- 5) рожи.

32 Из инфекционных осложнений отморожения могут встречаться все, кроме:

Варианты ответов

- 1) сепсиса;
- 2) столбняка;
- 3) анаэробной инфекции;
- 4) лепры;
- 5) остеомиелита.

33 Что недопустимо при оказании первой помощи пострадавшему от холодовой травмы?

Варианты ответов

- 1) растирание теплой чистой рукой;
- 2) растирание мягкой тканью;
- 3) растирание снегом;
- 4) обработка согретых участков спиртом;
- 5) наложение теплоизолирующей повязки.

34 По инфицированности выделяют раны:

Варианты ответов

- 1) гнойные, асептические, отравленные;
- 2) асептические, скальпированные, гнойные;
- 3) укушенные, свежеинфицированные, асептические;
- 4) чистые, свежеинфицированные, зараженные;
- 5) гнойные, свежеинфицированные, асептические.

35 Чем обуславливается степень зияния раны?

Варианты ответов

- 1) глубиной повреждения;
- 2) повреждением нервных стволов;
- 3) повреждением фасций;
- 4) повреждением мышц и сухожилий;
- 5) направлением эластических волокон кожи.

36 Через какое время микробы в ране обычно начинают проявлять свою активность?

Варианты ответов

- 1) 1-4 ч;
- 2) 6-8 ч;
- 3) 10-12 ч;
- 4) 14-18 ч;
- 5) 24 ч.

37 Развитию инфекции в ране способствуют многие факторы, кроме:

Варианты ответов

- 1) гематомы;
- 2) кровопотери;
- 3) шока;
- 4) истощения;
- 5) отсутствия инородных тел.

38 В развитых грануляциях различают 6 слоев. Какой из них четвертый?

Варианты ответов

- 1) лейкоцитарно-некротический;
- 2) вертикальных сосудов;
- 3) созревающий;
- 4) горизонтальных фибробластов;
- 5) сосудистых петель.

39 В какой ране более вероятно развитие инфекции?

Варианты ответов

- 1) резаной;
- 2) укушенной;
- 3) рубленой;
- 4) расположенной на лице;
- 5) скальпированной.

40 Рану ушибленную от раны рубленой отличает все, кроме:

Варианты ответов

- 1) наличия кровоподтека по краю раны;
- 2) разной глубины повреждения;
- 3) наличия размозженных тканей;
- 4) нарушения целостности нервных стволов;
- 5) менее выраженного кровотечения.

41 Для ускорения заживления при лечении раны в фазе дегидратации необходимы:

Варианты ответов

- 1) частые перевязки;
- 2) применение ферментов;
- 3) наложение мажевых повязок;
- 4) наложение повязок с гипертоническими растворами;
- 5) лечебная гимнастика.

42 Под первичной хирургической обработкой раны следует понимать:

Варианты ответов

- 1) иссечение краев и дна раны;
- 2) вскрытие карманов и затеков;
- 3) удаление гнойного отделяемого;
- 4) иссечение краев, стенок и дна раны;
- 5) промывание раны антисептиком; гемостаз.

43 Дном раны является кость. Как произвести первичную хирургическую обработку раны?

Варианты ответов

- 1) иссечь надкостницу;
- 2) выскоблить острой ложечкой кость;
- 3) снять верхний слой надкостницы;
- 4) трепанировать кость;
- 5) иссечь только края и стенки раны.

44 Имеется рана с ограниченным участком некроза края кожи. Что необходимо сделать?

Варианты ответов

- 1) назначить УВЧ на рану;
- 2) наложить повязку с гипертоническим раствором;
- 3) наложить повязку с мазью Вишневского;
- 4) дренировать рану;
- 5) иссечь омертвевший участок кожи.

45 Укажите основное показание к наложению первично-отсроченного шва:

Варианты ответов

- 1) шок;
- 2) большая кровопотеря;
- 3) невозможность стянуть края раны после хирургической обработки;
- 4) возможность развития инфекции;
- 5) ранение нерва.

46 Первично-отсроченный шов накладывают на рану в сроки:

Варианты ответов

- 1) 3-4-й день;
- 2) 5-6-й день;
- 3) 8-15-й день;
- 4) сразу после первичной хирургической обработки;
- 5) 20-30-й день.

47 Для I фазы течения раневого процесса характерно все, кроме:

Варианты ответов

- 1) развития ацидоза;
- 2) увеличения количества ионов водорода;
- 3) увеличения количества ионов калия;
- 4) повышения проницаемости сосудов;
- 5) развития алкалоза.

48 Чем отличается поздняя первичная хирургическая обработка от вторичной хирургической обработки?

Варианты ответов

- 1) техникой операции;
- 2) сроками операции;
- 3) числом предыдущих перевязок;
- 4) отсутствием первичной хирургической обработки;
- 5) применением дренирования или отказом от него.

49 При ультразвуковой обработке раны происходит:

Варианты ответов

- 1) ускорение процесса отторжения некротизированных тканей
- 2) стерилизация раневой поверхности
- 3) уменьшение степени бактериальной обсемененности раневой поверхности
- 4) одномоментное удаление всех некротизированных тканей
- 5) увеличение глубины проникновения лекарственного средства в ткани раны

Выберите комбинацию ответов

- а) 1, 3, 5
- б) 1, 2, 3
- в) 2, 3, 4
- г) 2, 4, 5
- д) 3, 4, 5

50 Какой из препаратов следует рекомендовать при кандидомикозе?

Варианты ответов

- 1) мономицин;
- 2) сульфадимезин;
- 3) нистатин;
- 4) стрептомицин;
- 5) пенициллин.

Ситуационные задачи

Задача №1

В хирургическое отделение доставлен больной, получивший ожог правого бедра и голени кипятком. При осмотре обнаружено, что в зоне поражения ярко выраженная гиперемия кожи, разорвавшиеся и целые пузыри с серозным отделяемым.

Какая степень ожога у больного? Какая площадь ожоговой поверхности? Какие способы определения площади ожога вам известны?

Задача №2

В приемный покой доставлен больной, получивший термический ожог левой верхней конечности, лица, передней поверхности туловища. Больной заторможен, в контакт почти не вступает. АД 80/60 мм рт. ст. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Кожные покровы бледные. Ожоговая поверхность покрыта пузырями, содержащими геморрагическую жидкость, местами лопнувшими, под которыми имеется плотный струп бело-серого и желтовато-коричневого цвета.

Какая фаза ожоговой болезни? Можно ли сразу определить глубину ожога? Когда можно начать обработку ожоговой поверхности?

Задача №3

В перевязочную доставлен больной с обширной гранулирующей раной левого бедра, возникшей после термического ожога.

Какая степень ожога была у больного? Какой метод лечения показан в настоящее время? В чем его суть? Укажите наиболее часто используемые донорские области.

Задача №4

В хирургическое отделение доставлен больной 36 лет с обширными ожогами туловища, лица и конечностей вольтовой дугой. Пульс нитевидный, до 120 ударов в минуту. АД 100/60 мм рт. ст., дыхание поверхностное. Больной заторможен.

Какая фаза ожоговой болезни у больного? С чего надо начать лечение больного? Укажите наиболее эффективный гемодинамический препарат.

Задача №5

В приемник хирургического отделения доставлен больной с обширным ожогом туловища. Пострадавший без сознания, бледен, на коже холодный пот, пульс нитевидный. АД 80/50 мм рт. ст.

Какая фаза ожоговой болезни? Какую инфузионную терапию вы назначите больному (назовите препараты)?

Задача №6

У больного с ожогом всей спины III степени на четвертые сутки имеется выраженная интоксикация. В анализе крови отмечается лейкоцитоз и сдвиг формулы крови влево до палочкоядерных форм.

Какая фаза ожоговой болезни? Какие трансфузионные препараты вы назначите? Укажите примерную площадь ожога.

Задача №7

У больного после длительного пребывания на морозе (-20 градусов) произошло отморожение ушных раковин. После отогревания обе ушные раковины синюшные, с наличием эпидермальных пузырей с серозно-геморрагическим содержимым.

Какая степень обморожения у больного? Какое лечение необходимо провести?

Задача №8

В хирургический стационар доставлен больной 36 лет в заторможенном состоянии, с обширными ожогами туловища, лица и конечностей вследствие попадания в вольтову дугу на электровозе. Пульс нитевидный, до 120 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт. ст., дыхание учащенное, поверхностное.

Что с больным? Какова фаза ожоговой болезни? Какова тактика врача?

Задача №9

В хирургический стационар поступил мужчина 46 лет после длительного

пребывания на морозе (-12°С) в алкогольном опьянении. Правая стопа находилась в обуви, промоченной водой. При осмотре правая стопа бледная, плотная при пальпации и обледеневшая. Какая степень отморожения предполагается? Какие методы экстренной помощи и лечения необходимы?

Задача №9

Больной (40 лет), в ветреную погоду длительно пребывал на улице при внешней температуре 0 +1 градусов. На руках были мокрые перчатки. После возвращения домой появились боли в кистях рук, нарастающий отек, гиперемия кожи, скованность движений.

Ваш диагноз. В чем причина развития данного патологического состояния? Лечебная тактика.

Задача №10

Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность болей нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.

1. Варианты диагноза?
2. Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии?
3. Какой вид оперативного вмешательства целесообразен в данной ситуации?
4. Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании?
5. Определите трудоспособность.

Задача №11.

В поликлинику обратился больной К. 48 лет с жалобами на боль в левой голени. На работе сутки назад случайно пилой "Дружба" нанес себе ранение. При осмотре в средней трети левой голени рваная рана 2 см. на 5 см. В области раны незначительный отек, легкая гиперемия. Хирург под местной анестезией произвел первичную хирургическую обработку раны с наложением швов.

Верны ли действия хирурга.

Задача № 12

В приемное отделение больницы обратился пациент 17 лет. Около 15 минут назад, играя с приятелями в футбол, юноша наступил на гвоздь. При осмотре на стопе, в области пятки, точечная ранка. Движения стопы сохранены в полном объеме. После обработки раны настойкой йода, хирургом была наложена асептическая повязка. Больной отпущен домой. Все ли правильно сделал врач?

Задача №13

Машиной скорой помощи в хирургический стационар доставлен больной с диагнозом : "Резаная рана области левой щеки". Рана нанесена 10 минут назад осколком стекла. В перевязочной хирург после туалета раны и обезболивания произвел иссечение краев и дна раны с наложением косметического шва. Наложена асептическая повязка. Больной привит противостолбнячной сывороткой и анатоксином. Назначено амбулаторное лечение.

Какова ошибка врача и почему?

Задача №14

Больной во время уборки картофеля получил ранение кисти осколком стекла. В поликлинике, при осмотре хирургом обнаружено повреждение сухожилия II сгибателя пальца. Под местной анестезией раствором новокаина произведена первичная хирургическая обработка раны кисти с пластикой сухожилия и наложением швов на рану. Учитывая сильное загрязнение раны землей больной привит противогангренозной сывороткой.

Какую ошибку допустил хирург?

Задача №15

Во время уличной драки больной 15 лет получил удар отверткой в живот. В больницу он явился самостоятельно. В приемном отделении был осмотрен хирургом. Состояние больного расценено как удовлетворительное. АД 120/80 мм рт.ст., пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, слегка болезненный в области точечной ранки, которая располагается в левом подреберье. Какую тактику следует предпринять хирургу?

Задача №16

В поликлинику обратился больной А. 30 лет. Сутки назад, на работе, он получил ранение стеклом. Рана линейной формы 3 см на 0,5 см располагается на лице, в области лба. При осмотре в области раны отека и красноты нет.

Какова должна быть тактика хирурга?

Задача №17

При колке дров Александр К. 22 лет нечаянно ударил себя по ноге. Срочно была вызвана скорая помощь и больной был доставлен в больницу. Об-но: в области тыльной поверхности левой стопы рана 4 см. на 1,5 см. Обнаружено повреждение сухожилий I и II пальцев.

Каковы действия хирурга? (

Задача № 18

В поликлинике на прием к хирургу обратился больной С. 40 лет с жалобами на боль в правом бедре. Около 3 часов назад, на работе, при погрузке листового железа получил ранение бедра. После осмотра больного хирург поставил диагноз: " Рваная рана средней трети правого бедра". Рана была промыта раствором перекиси водорода и наложены глухие швы. Произведена прививка против столбняка.

Правильны ли действия хирурга?

Задача №19

В хирургическое отделение доставлен больной Иванов 47 лет. Около 1/2 часа назад он на работе упал со строительных лесов. Состояние больного тяжелое. АД 90/40 мм рт.ст. Пульс 50 ударов в минуту. В области наружной поверхности правого плеча рваная рана 14 см. на 3 см., с неровными краями. Под местной анестезией в перевязочной хирург произвел первичную хирургическую обработку раны, наложив швы. Сделана асептическая повязка. При транспортировке в палату больной внезапно потерял сознание. АД упало до 0 мм рт.ст. Потребовались экстренные реанимационные мероприятия.

Допущена ли хирургом ошибка и какая?

Задача №20

Больной Г. находится на лечении в хирургическом отделении по поводу инфицированной раны правой кисти. После травмы прошло 2 недели. При осмотре на ладонной поверхности правой кисти в области тенар рана 2,5 см на 1 см. Из раны скудное серозно-гнойное отделяемое. Прикосновение марлевым тампоном вызывает кровоточивость раневой поверхности. С целью быстрого восстановления работоспособности больного хирург под местной анестезией после иссечения краев и дна раны наложил глухие швы. Как следует оценить действие хирурга?

Задача №21

В поликлинике на прием к хирургу обратился больной В. 25 лет с жалобами на наличие раны в области левого предплечья. Травма получена на работе 2 дня назад. Рана 3с см. на 2 см., отека и красноты нет. Каким натяжением ожидается заживление раны? Каковы должны быть действия хирурга?

Задача №22

В хирургическом отделении находится больной, которому 7 дней назад был вскрыт гнойник на тыльной поверхности левой стопы. Заживление идет вторичным натяжением. Размеры ее 3 см. на 1 см. Отека и красноты нет, грануляции розового цвета.

Укажите возможные действия хирурга.

Задача №23

Больная с ожогом II - III степени, обеих нижних конечностей кипятком (площадь ожога - 30 %) поступила в клинику через 20 минут после несчастного случая. АД 150/90 мм. рт.ст. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный.

Стадия ожоговой болезни? План лечебных мероприятий?

Задача №24

Больной с ожогом кисти поступил через 2 часа после травмы. На тыльной поверхности левой кисти имеются пузыри, гиперемия кожи II - IV пальцев.

Ваш диагноз? Техника обработки ожоговой поверхности?

Задача №25

У больного через три недели после ожога III В степени области правого локтевого сустава, движения в суставе резко ограничены из-за боли. Имеются розовые грануляции, легко кровоточат, гнойного отделяемого нет. План лечения?

Задача №26

Больной получил ожог при взрыве парового котла. Через 15 минут был доставлен в клинику. Больной резко возбужден, сознание ясное, имеется обширный ожог I - II степени (до 9%). Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Произведена паранефральная блокада, перелита кровь, плазма, глюкоза. Через 16 часов больной погиб.

Причина смерти?

Задача №27

Больная доставлена в клинику через час после ожога пламенем в тяжелом шоковом состоянии с глубокими ожогами верхних конечностей, туловища, ягодиц, промежности и бедра (около 82% поверхности тела). После энергичной противошоковой терапии, продолжавшейся сутки, больная выведена из состояния шока. На 4 день состояние больной резко ухудшилось и наступила смерть. Стадия ожоговой болезни и причина смерти?

Задача №28

Больной провел несколько часов на холоде в мокрой обуви. При поступлении жалуется на отсутствие чувствительности обеих стоп. Объективно: Стопы бледные, холодные на ощупь. Тыльные артерии стоп не пульсируют, болевая и тактильная чувствительность отсутствует.

Ваш диагноз? План оказания неотложной помощи?

Задача №29

Больной направлен из поликлиники с диагнозом: отморожение пальцев обеих кистей. Объективно: на I пальце левой кисти и III и IV пальцах правой кисти имеются пузыри с прозрачным содержимым. Все виды чувствительности сохранены.

В каком периоде отморожения поступил больной? Стадия отморожения? Степень отморожения?

Задача №30

У больного в результате отморожения правая стопа холодная на ощупь, II и IV пальцы темно-вишневого цвета, пульс на артериях стопы резко ослаблен. Все виды чувствительности отсутствуют.

В каком периоде поступил больной? Стадия отморожения и степень отморожения?

Задача №31

Больной 3 дня назад наколот III палец левой кисти тросом. Появились пульсирующие боли на сгибательной поверхности пальца, боли нарастают. Из-за болей не мог уснуть ночью. При пальпации пальца зондом найден участок наибольшей болезненности размером 1 на 1 см.

Назовите диагноз и лечебные мероприятия.

Задача №32

Больной в течение 3-х дней жалуется на боли в области ногтевой пластинки IV пальца левой кисти. На работе под ноготь попала заноза, которая была сразу удалена. Под ногтевой пластинкой видно скопление гноя.

Назовите диагноз и лечебные мероприятия.

Задача №33

У больного М. 17 лет 3 недели назад появились резкие боли в V пальце левой кисти. Палец стал резко отечен, больной не спал из-за боли несколько ночей. Отек на пальце продолжал нарастать, распространился на кисть, а затем на I палец левой кисти, где также появились резчайшие боли.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Задача №34

В клинике находится на лечении мальчик 14 лет. Состояние средней степени тяжести, температура 38 град.С, АД 100/80, пульс 92 уд., ритмичный. Отек левого предплечья, гиперемия. Из анамнеза известно, болеет 18 дней. Назовите предполагаемый диагноз.

Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

Задача №35

В клинику поступил больной 32 лет с жалобами на боль в левом бедре, по вечерам повышение температуры тела до 37,6 град.С. При осмотре: в области левого бедра, в средней трети, два старых неправильной формы рубца, здесь же незначительная припухлость, болезненность. Из анамнеза известно, что 8 лет назад перенес открытый перелом левого бедра.

Какой диагноз Вы поставите больному? Какие дополнительные методы исследования следует провести у данного больного?

Задача №36

В клинику поступил больной 10 лет с жалобами на открытие свища с гнойным отделяемым, на латеральной поверхности в нижней трети левого плеча. Из анамнеза известно, что болеет 5 месяцев, заболевание началось остро, длительно лечился в стационаре.

Какой диагноз Вы поставите больному? Какие дополнительные методы исследования следует провести? Каков дальнейший план лечения?

Задача №37.

В клинике в течение 25 дней находится на лечение мальчик 16 лет. Поступил в экстренном порядке, с жалобами на сильную боль в области правого плеча, озноб, температура тела 39,2 град.С. В передней трети плеча припухлость, гиперемия, флюктуация. Был оставлен диагноз: флегмона плеча, вскрытие флегмоны, дренирование. Состояние улучшилось, но рана длительно не заживает, скудное гнойное отделяемое. Анализ крови, мочи в пределах нормы.

Какое заболевание Вы заподозрили у больного?

Билеты зачета

БИЛЕТ №1

1. Ожоги и ожоговая болезнь. Актуальность проблемы.
2. Общие изменения в организме при отморожении. Изменения системного и органного кровообращения.
3. Техника первичной хирургической обработки огнестрельных ран.

БИЛЕТ №2

1. Виды швов, накладываемых на рану после хирургической обработки.
2. Частота ожоговой травмы в мирное время (бытовые, производственные).
3. Лечение обожженных в состоянии ожогового шока.

БИЛЕТ №3

1. Этиологические факторы ожогов.
2. Летальность при шоке.
3. Хирургическая обработка ран, ее виды, показания, общие принципы.

БИЛЕТ №4

1. Причины ожогов в различных возрастных группах (у детей школьного возраста, грудников, подростков, взрослых, стариков) (отморожения и ожоги).
2. Общие принципы лечения обожженных в периоде реконвалесценции.
3. Классификация огнестрельных ран.

БИЛЕТ №5

1. Социальные аспекты решения проблемы предупреждения ожогов в различных возрастных группах.
2. Общие принципы хирургического лечения отморожений.
3. Особенности морфологии огнестрельной раны и клинического течения раневого процесса при боевых ранениях.

БИЛЕТ №6

1. Ожоги военного времени при массовых поражениях (катастрофы).
2. Общее лечение ожогов.
3. Основы раневой баллистики.

БИЛЕТ №7

1. Исходы ожогов. Летальность при ожогах.
2. Этиология, клинические формы и патогенез местной холодовой травмы.
3. Огнестрельная травма. Характеристика и структура современной боевой патологии.

БИЛЕТ №8

1. Нетрудоспособность при ожогах и их последствия.
2. Местное лечение ожогов.
3. Флегмона.

БИЛЕТ №9

1. Организация медицинской помощи обожженным.
2. Термоингаляционное поражение дыхательных путей.
3. Абсцесс.

БИЛЕТ №10

1. Классификация ожогов: глубина и площадь ожогового поражения.
2. Эпидемиология отморожений, социальная значимость.
3. Анаэробная инфекция ран. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение и профилактика данной патологии.

БИЛЕТ №11

1. Понятие об ожоговой болезни и ее патогенетических механизмах.
2. Локализация отморожений. Клиническая картина и диагностика отморожений. Степени отморожений.

3. Столбняк. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение и профилактика данной патологии.

БИЛЕТ №12

1. Классификация ожоговой болезни.

2. Исходы ожоговой болезни. Реабилитация перенесших ожоги. ЛФК. МСЭ. Социальная и психологическая реабилитация.

3. Столбняк. Плановая и экстренная профилактика столбняка.

БИЛЕТ №13

1. Ожоговый шок.

2. Последствия отморожений и их лечение.

3. Объём медицинской помощи больным с термической травмой на всех этапах медицинской эвакуации.

БИЛЕТ №14

1. Клинические и лабораторные признаки ожогового шока.

2. Фазы раневого процесса. Виды заживления раны.

3. Принципы антибактериальной терапии.

БИЛЕТ №15

1. Классификация тяжести ожогового шока по степеням.

2. Эпидемиология, классификация холодовой травмы.

3. Инфекционные осложнения открытых повреждений.

БИЛЕТ №16

1. Продолжительность ожогового шока. Признаки выхода больного из шока.

2. Основные принципы активной хирургической тактики при термических поражениях.

3. Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Микробиологические аспекты раневой инфекции.

БИЛЕТ №17

1. Особенности ожогового шока у детей, лиц престарелого возраста, у пострадавших с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

2. Острая ожоговая токсемия.

3. Хирургическая обработка ран. Первичная хирургическая обработка. Вторичная хирургическая обработка.

БИЛЕТ №18

1. Ожоговая септикотоксемия.

2. Определение трудоспособности при термических поражениях и их последствиях.

3. Лечение больных в дореактивном периоде при отморожениях. Оказание первой помощи.

БИЛЕТ №19

1. Реконструктивно-восстановительное лечение при термических поражениях.

2. Период реконвалесценции при термических поражениях.

3. Принципы антибактериальной терапии при гнойных осложнениях в травматологии.

**1.1.4. Раздел Б1.Б.1.4 «Ортопедия»
(дифференцированный зачет IV семестр 2-го года обучения)**

Контрольные вопросы

1. Эндокринные заболевания костей и суставов.
2. Деформации, вызванные недостатком или избытком витаминов.
3. Деформации шеи и грудной клетки.
4. Понятия и виды нормальной осанки.
5. Онтогенетическое формирование осанки.
6. Методы определения осанки.
7. Нарушения осанки. Лечение нарушений осанки. Профилактика нарушений осанки.
8. Сколиотическая болезнь. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
9. Недоразвитие верхних конечностей.
10. Врожденные деформации верхних конечностей.
11. Дисплазия тазобедренного сустава и врожденный вывих бедра.
12. Аномалии развития коленного сустава.
13. Деформации костей голени. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
14. Врожденная косолапость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
15. Приобретенные деформации стоп. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
16. Плоская стопа. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
17. Пяточные шпоры. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
18. Полая стопа. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
19. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
20. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
21. Псориатическая артропатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
22. Урогенный артрит (болезнь Рейтера). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
23. Энтерогенный артрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
24. Инфекционно-аллергический артрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
25. Подагра. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
26. Остеоартроз (деформирующий артроз). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
27. Остеохондроз позвоночника. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
28. Периартрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
29. Эпикондилит, бурсит, лигаментит, тендовагинит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

30. Туннельный синдром. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
31. Контрактуры Дюпюитрена, Ледерхоза. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
32. Остеохондропатии позвонков. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
33. Остеохондропатии верхних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
34. Остеохондропатии костей таза. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
35. Остеохондропатии нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
36. Общие правила ампутации.
37. Экзартикуляция конечности.
38. Принципы реампутации.
39. Протезирование после ампутации конечностей.
40. Ортопедические аппараты.
41. Общие принципы ортезирования.
42. Ортезирование позвоночника.
43. Ортезирование верхней конечности.
44. Ортезирование нижней конечности.
45. Ортопедическая обувь.
46. Организация травматологической и ортопедической помощи в Мордовии и Российской Федерации.
47. Юридическая ответственность врача травматолога-ортопеда.
48. Травматический остеомиелит, классификация, клиника, диагностика, лечение.
49. Этиология, морфология, клиника, диагностика, профилактика замедленной консолидации и ложных суставов.
50. Основные сведения о развитии скелета в процессе антропогенеза.
51. Общие принципы и методы лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.
52. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у взрослых.
53. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у детей.
54. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у взрослых.
55. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у детей.
56. Основные принципы анализа рентгеновского изображения скелета.
57. Радионуклидные исследования в травматологии и ортопедии.
58. Компьютерная и магнитно-резонансная томография.
59. Лабораторные исследования крови.
60. Цитологическая и гистологическая диагностика в травматологии и ортопедии.
61. Артроскопические методы лечения.
62. Эндопротезирование крупных суставов конечностей.
63. Плоскостопье. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

Тестовые задания

1 Начало острого гематогенного остеомиелита характеризуется

Варианты ответов

- 1 резкими болями и болевой контрактурой
- 2 реактивным артритом
- 3 высокой температурой
- 4 повышенной СОЭ
- 5 всем вышеперечисленным

2 По клиническому течению гематогенный остеомиелит может быть

Варианты ответов

- 1 острым
- 2 хроническим
- 3 первично-хроническим
- 4 постинфекционным
- 5 все вышеперечисленные формы

3 Рентгенологическими признаками гематогенного остеомиелита являются

Варианты ответов

- 1 местное утолщение мягких тканей
- 2 периостальное костеобразование и экзофитные наросты
- 3 слоистые напластования периоста (луковичный периостит)
- 4 остеопороз
- 5 все перечисленное

4 Принципами лечения гематогенного остеомиелита является воздействие

Варианты ответов

- 1 на очаг воспаления
- 2 на возбудителя болезни
- 3 на иммунитет организма
- 4 на создание покоя
- 5 все перечисленное

5 Оперативное лечение гематогенного остеомиелита заключается

Варианты ответов

- 1 во внутрикостном промывании
- 2 в некротомии и костной пластике
- 3 в резекции сустава
- 4 все перечисленное по показаниям

6 Хронический посттравматический остеомиелит диагностируется на основании наличия

Варианты ответов

- 1 гнойного свища
- 2 костного секвестра
- 3 рецидивирующего течения
- 4 травмы в анамнезе
- 5 всего вышеперечисленного

7 Хронический посттравматический остеомиелит следует дифференцировать

Варианты ответов

- 1 с посттравматическим периоститом
- 2 с абсцессом Броди и склерозирующим остеомиелитом Гарре
- 3 с эхинококком кости
- 4 с остеогенной саркомой
- 5 со всеми вышеперечисленными

8 Остеомиелит Гарре (хронический склерозирующий остеомиелит Гарре) диагностируется на основании

Варианты ответов

- 1 веретенообразного утолщения длинной трубчатой кости (чаще большеберцовой) со склерозированием кортикального слоя
- 2 гектической температуры и ночных болей
- 3 вялого течения
- 4 облитерации костно-мозгового канала на отдельных участках
- 5 всех перечисленных признаков

9 Оперативное лечение хронического посттравматического остеомиелита предусматривает

Варианты ответов

- 1 секвестрэктомию
- 2 погружной металлостеосинтез
- 3 сегментарную резекцию кости
- 4 костную пластику

10 При гемофилическом поражении суставов наблюдается

Варианты ответов

- 1 понижение свертываемости крови
- 2 кровоизлияние в суставе
- 3 хронические артриты
- 4 все вышеперечисленное

11 Болезнь Кашина - Бека характеризуется

Варианты ответов

- 1 обезображивающими полихондроостеоартрозами
- 2 эндемичностью и неясной этиологичностью
- 3 симметричностью и прогрессированием
- 4 деформацией и тугоподвижностью суставов
- 5 всем вышеперечисленным

12 При абсцессе Броди (ограниченном гематогенном остеомиелите) имеется

Варианты ответов

- 1 солитарный абсцесс кости с утолщением надкостницы, склерозированием окружающей ее участком кости и секвестром в центре
- 2 поражение эпифизов большеберцовой, лучевой и других костей
- 3 многолетнее течение
- 4 ночные боли и повышенная температура
- 5 все перечисленное

13 Рентгенологический диагноз ложного сустава устанавливается на основании

Варианты ответов

- 1 остеопороза отломков
- 2 остеосклероза кости
- 3 формирования суставных поверхностей
- 4 гипертрофии костной мозоли
- 5 всего вышеперечисленного

14 Патологический вывих бедра возникает в результате

Варианты ответов

- 1 костно-суставного туберкулеза и остеомиелита
- 2 опухолевого процесса
- 3 лучевого поражения
- 4 неврогенных артропатий
- 5 всего перечисленного

15 Привычный вывих надколенника характеризуется

Варианты ответов

- 1 латеральным смещением надколенника
- 2 меньшим размером внутренней площадки надколенника
- 3 натяжением латеральной порции четырехглавой мышцы
- 4 рецидивностью, привычностью и постоянством вывихов
- 5 всем перечисленным

16 Основным ранним клиническим симптомом деформирующего артроза тазобедренного сустава является

Варианты ответов

- 1 боль в области тазобедренного сустава
- 2 боль в нижней трети бедра и в области коленного сустава
- 3 приводящая сгибательная контрактура
- 4 укорочение конечности
- 5 ограничение объема движений в суставе

17 Основными показаниями к оперативному лечению коксартроза являются

Варианты ответов

- 1 отсутствие эффекта от консервативного лечения
- 2 короткие периоды ремиссии
- 3 диспластический коксартроз I, II степени
- 4 ограничение объема ротационных движений
- 5 все перечисленное

18 Основные клинические признаки деформирующего артроза коленного сустава

Варианты ответов

- 1 боли в коленном суставе
- 2 ограничение движений
- 3 хруст в суставе при движениях
- 4 варусная или вальгусная деформация коленного сустава
- 5 все вышеперечисленное

19 Наиболее характерные рентгенологические признаки при деформирующем артрозе коленного сустава включают

Варианты ответов

- 1 сужение и деформацию суставной щели
- 2 костные разрастания вокруг сустава
- 3 наличие дегенеративных кист в эпифизах
- 4 уплощение суставных площадок большеберцовой кости с варусной или вальгусной деформацией
- 5 все вышеперечисленное

20 Типичная локализация остеогенной саркомы:

Варианты ответов

- 1 нижняя треть бедра, верхняя треть голени
- 2 верхняя треть бедра, нижняя треть голени
- 3 кости таза
- 4 кости предплечья
- 5 кости стопы, кости черепа

21 Наиболее частым возбудителем острого гематогенного остеомиелита является:

Варианты ответов

- 1 золотистый стафилококк
- 2 стрептококк
- 3 протей
- 4 синегнойная палочка
- 5 кишечная палочка

22 Основными методами лечения губчатой и компактной остеомы являются

Варианты ответов

- 1 хирургическое удаление опухоли по типу расширенной резекции
- 2 краевая резекция в пределах здоровых тканей
- 3 выжидательная тактика
- 4 оперативное лечение не показано
- 5 операция проводится только в случае бурного роста остеомы

23 Прогноз после хирургического лечения губчатой и компактной остеомы

Варианты ответов

- 1 часто наблюдаются рецидивы образования
- 2 высокий процент озлокачествления
- 3 прогноз благоприятный, рецидивов после оперативного лечения не бывает
- 4 в случаях неполного удаления остеомы наблюдается продолжительный рост образования
- 5 правильный ответ 3 и 4

24 Наиболее характерными клиническими признаками остеонидной остеомы при локализации ее в области длинных трубчатых костей являются

Варианты ответов

- 1 ограничение функции близлежащего сустава
- 2 постоянные боли в месте локализации, местное повышение температуры
- 3 ночные боли в пораженной области
- 4 атрофия мышц конечности
- 5 правильно 3и4

25 Характерным рентгенологическим признаком при остеонидной остеоме является

Варианты ответов

- 1 разрежение костной ткани на участке остеонидной остеомы
- 2 реакция надкостницы в виде луковичного периостата
- 3 реакция надкостницы в виде гиперостоза
- 4 наличие гнезда остеонидной остеомы в сочетании с окружающим склерозом и периостальной реакцией
- 5 реакция надкостницы на очаг остеонидной остеомы не отмечается

26 При остеонидной остеоме

Варианты ответов

- 1 показана консервативная терапия
- 2 показана рентгенотерапия
- 3 показана сегментарная резекция кости с аллопластикой дефекта
- 4 достаточно удалить гнездо без удаления склерозированной кости в области периостита
- 5 необходимо удаление склерозированной гиперостозной костной ткани с гнездом остеонидной остеомы

27 Хондробластома (опухоль Кодмана) поражает чаще

Варианты ответов

- 1 диафизы длинных трубчатых костей
- 2 плоские кости скелета
- 3 метафизы длинных трубчатых костей
- 4 эпифизы длинных трубчатых костей
- 5 эпифизы и прилежащие отделы метафизов без распространения на диафиз

28 Ведущим клиническим симптомом при хондробластоме является

Варианты ответов

- 1 сильная боль в пораженном суставе
- 2 выраженная припухлость и сосудистый рисунок над пораженной областью

3 ограничение объема движений в суставе с незначительной припухлостью и реактивным синовитом

4 повышение местной температуры, изменение цвета кожных покровов (гиперемия)

29 Больному с эпифизарной хондробластомой показана

Варианты ответов

1 лучевая терапия

2 химиотерапия

3 комбинированное лечение

4 операция - резекция суставного конца кости

5 резекция с удалением опухоли и сохранением суставного хряща, электрокоагуляцией полости замещением ее трансплантатами

30 Наиболее часто хондрома встречается

Варианты ответов

1 в телах позвонков

2 в длинных трубчатых костях-диафизах

3 в коротких трубчатых костях стопы и кисти

4 в плоских костях таза и лопатки

5 в ребрах, в груди

31 При солитарных энхондромах кисти

Варианты ответов

1 оперативное лечение не показано даже после патологического перелома

2 показана сегментарная резекция кости (диафиза фаланги) с замещением дефекта трубчатым аллотрансплантатом

3 показана краевая резекция или экскохлеация с замещением дефекта

4 операция показана после консолидации патологического перелома - краевая резекция с замещением дефекта кортикальными трансплантатами

32 При гигантоклеточной опухоли (остеобластокластоме)

Варианты ответов

1 прогноз благоприятный

2 в 40% случаев наступает озлокачествление и метастазирование

3 не наступает перерождение и метастазов не бывает

4 потенциально все остеобластокластомы злокачественны

33 При гигантоклеточной опухоли показана

Варианты ответов

1 химиотерапия

2 лучевая терапия с последующей операцией

3 операция краевой резекции с аллопластикой

4 операция сегментарной (околосуставной резекции) или резекция суставного конца с пластикой суставным концом или замещением эндопротезом

34 Наиболее характерными клиническими признаками неостеогенной фибромы являются

Варианты ответов

1 постоянные боли в области неостеогенной фибромы кости

2 выраженная припухлость и болезненность при пальпации

3 нарушение функции близлежащего сустава и нарушение опорности конечности

4 часто первым признаком является патологический перелом на уровне локализации неостеогенной фибромы

35 Травматический эпифизеоллиз у детей наиболее часто локализуется

Варианты ответов

1 на границе между эпифизом кости и хрящевой растущей пластинкой

2 по растущей пластинке в зоне пролиферации

3 по растущей пластинке в зоне гипертрофии

4 по растущей пластинке в зоне окостенения

36 Контрактура Фолькмана наиболее часто связана

Варианты ответов

1 с переломами запястья

2 с переломами обеих костей предплечья

3 с вывихом в локтевом суставе

4 с чрезмышечковыми переломами плеча

37 "Усталостные" переломы, переломы от перенапряжения, ползучие переломы, стрессовые переломы, нагрузочные остеохондропатии, патологическая функциональная перестройка костной ткани - это

Варианты ответов

1 различные нозологические формы

2 патологические состояния различных участков костной ткани в различных сегментах конечностей и туловища

3 различные названия одного и того же патологического состояния

4 повреждения костной ткани травматической этиологии

5 заболевание костной ткани обменного характера

38 У пожилых и старых больных происходят значительные изменения в опорно-двигательном аппарате в виде всего перечисленного, исключая

Варианты ответов

1 остеопороз

2 остеолит

3 остеоартроз

4 декальцинацию, уменьшение содержания кальция в костях

39 Из перечисленных ниже локализаций перелома реже всего встречаются у лиц пожилого и старческого возраста

Варианты ответов

1 медиальные и вертельные переломы бедра

2 переломы хирургической шейки плеча

3 переломы лучевой кости в типичном месте

4 переломы диафиза костей предплечья

40 Показанием к эндопротезированию при переломах шейки бедра и ложных суставах у старых людей является все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 вколоченного перелома шейки бедра

2 субкапитального перелома шейки бедра

3 несросшегося перелома (ложный сустав) шейки бедра

4 асептического некроза головки и шейки бедра

41 Развитие ложного сустава при переломе шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено всеми перечисленными причинами, кроме

Варианты ответов

1 нарушения кровоснабжения головки и шейки бедра

2 неустойчивой фиксации отломков

3 недостаточной репозиции отломков

4 ранней нагрузки на поврежденную конечность

5 возраста больного

42 Особенностью чрезвычайных переломов у лиц пожилого и старческого возраста является все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 хорошего кровоснабжения фрагментов

2 редки ложные суставы

3 при консервативном лечении больные быстро начинают ходить

4 целесообразен остеосинтез

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

Варианты ответов

1 оперативного лечения

2 лечения скелетным вытяжением

3 аппаратного лечения

44 При остром гематогенном остеомиелите продолжительность острого периода заболевания составляет:

Варианты ответов

1 до 1 месяца

2 2 - 3 месяца

3 4 - 8 месяцев

4 до 10 месяцев

5 до 1 года

45 Иммобилизация при остром гематогенном остеомиелите в послеоперационном периоде не обеспечивает:

Варианты ответов

1 необходимый покой

2 уменьшение болей и ограничение воспалительной реакции

3 предупреждение развития контрактур

4 предупреждение развития вывихов и деформаций

5 ускорения восстановления костной ткани

46 Ошибкой в хирургической тактике у больных с эпифизарным остеомиелитом считают:

Варианты ответов

1 пункцию сустава

2 сквозное дренирование сустава

3 дренирование параартикулярного пространства

4 артротомию

5 повторные пункции сустава

47 Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде заболевания при сформированной секвестральной коробке показано:

Варианты ответов

1 оперативное вмешательство по Ворончихину

2 секвестрэктомия

3 наблюдение

4 курс физиотерапии

5 внутрикостное введение антибиотиков

48 Декомпрессивная остеоперфорация при остром гематогенном остеомиелите не позволяет:

Варианты ответов

1 уточнить диагноз в неясных случаях

2 получить отделяемое из костномозгового канала для цитологического исследования

3 снизить внутрикостное давление

4 снять боль

5 полностью санировать очаг поражения

49 Строгую иммобилизацию конечности при остром гематогенном остеомиелите при благоприятном течении целесообразно применять не более:

Варианты ответов

- 1 1 недели
- 2 1,5 недель
- 3 2 – 3 недель
- 4 1 месяца
- 5 2 – 3 месяцев

50 Наиболее типичными рентгенологическими признаками хронического остеомиелита являются:

Варианты ответов

- 1 остеосклероз, формирование секвестров, облитерация костномозгового канала
- 2 периостальная реакция
- 3 уплотнение структуры параоссальных тканей
- 4 размытость и нечеткость кортикального слоя кости
- 5 явление пятнистого остеопороза

Ситуационные задачи

Задача 1.

В хирургическое отделение районной больницы после бытовой травмы обратился больной И. 65 лет. Больного осмотрел дежурный хирург больницы. Выставлен диагноз: закрытым переломом левой лучевой кости в типичном месте со смещением отломков. Хирургом пациенту оказана следующая медицинская помощь: местная анестезия раствором новокаина, закрытая ручная репозиция костных отломков, гипсовая иммобилизация, рентгенологический контроль – удовлетворительное стояние костных отломков. Больному рекомендовано следующее лечение: гипсовая иммобилизация 4 недели, анальгетики, через 4 недели - реабилитационные мероприятия. Через двое суток резко усилился болевой синдром. Больной повторно обратился к хирургу, который расценил это как следствие травмы и больному рекомендовал: анальгетики, возвышенное положение конечности. Через неделю болевой синдром купировался, отек спал. В реабилитационном периоде было выявлено: перелом сросся, имеется умеренный отек кисти и области лучезапястного сустава, движения в пальцах кисти и лучезапястного сустава резко ограничены, больной предъявляет жалобы на чувство онемения и зябкость пальцев кисти. Реабилитационные мероприятия имели минимальный успех.

Какое осложнение возникло в результате лечения данной травмы? Укажите на ошибку врача хирурга. Профилактика и лечение возникшего осложнения.

Задача 2.

Больной 42 лет, жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, иррадирующие в нижние конечности, быструю утомляемость, частые приступы радикулита. В анамнезе - травма ДТП 6 лет тому назад. После происшествия лечился в стационаре в течение 3 недель по поводу сотрясения мозга 1 степени, переломов У1-УП-УШ ребер справа. Болела спина. Лечащий врач объяснил боли ушибом. Через год после травмы заболел радикулитом, по поводу которого 4-5 раз в году лечился амбулаторно и в стационарах. Боли полностью не исчезают. В период последней госпитализации произведена рентгенография, выявлено снижение тела второго поясничного позвонка на 2/3 высоты. Последний несколько выступает впереди. Структура сохранена.

Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику и оценку проводимого лечения.

Задача 3.

Больной К., 28 лет. Обстоятельства травмы: подскользнулся и при этом резко согнул правую ногу. Жалобы на боли в коленном суставе, особенно при сгибании, в положении «на корточках», не может полностью разогнуть ногу в коленном суставе из-за резкой боли. При осмотре: пальпация медиальной щели болезненна, чувствительность здесь же повышена, контуры сустава сглажены, надколенник баллотирует, ходит с опорой на палочку.

Сформулируйте диагноз. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях.

Задача 4.

Прием в поликлинике. Больной П. 37 лет. Изолировщик кабельного завода. Жалобы на боли в левом коленном суставе на протяжении последнего года после травмы при падении с велосипеда. Отмечает частые боли в суставе, "блокады", появление выпота и боли. Боли возникают после работы, или во время ее. Иногда отмечает под кожей наличие "инородного тела". При осмотре: уверенная отечность левого коленного сустава. Небольшое баллотирование надколенника. Временами ощущает "хруст" в суставе.

Сформулируйте диагноз. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях.

Задача 5.

Больной С., 41 года, грузчик мясокомбината. Жалобы на боли в нижних конечностях, иррадирующие в бедра, голени, боли усиливаются во второй половине дня,

к вечеру отмечается умеренная отечность мягких тканей тыла стопы. При осмотре: выраженные отклонения первых пальцев обеих стоп кнаружи, боли при ходьбе и в положении стоя, припухлость передних отделов стоп, на подошвенной поверхности стоп – натоптыши. Носит широкую обувь, на 1-2 размера больше обычной, боли усиливаются к смене погоды, сезона, смене обуви, при прыжках и беге.

Сформулируйте диагноз. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях. Решите вопросы реабилитации больного.

Задача 6.

Больной В., 58 лет, инженер-проектировщик. Жалобы на боли в области шеи постоянного характера, боли начинаются после сна, нарастают по интенсивности при попытке повернуть голову и после нагрузки, иногда движения головы сопровождаются хрустом в области шеи. При осмотре: тугоподвижность и напряжение шейных мышц. Боли иррадируют в верхние конечности, выражено похолодание конечности и нарушение чувствительности.

Сформулируйте диагноз. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях. Решите вопросы реабилитации больного.

Задача 7.

Прием в кабинете поликлиники. Больная С. 43 года, разнорабочая. Жалобы на боли в правом тазобедренном суставе. Считает себя больной на протяжении последних 3-х лет. В анамнезе тяжелая работа. Ходит с опорой на палочку. При осмотре: контуры правого тазобедренного сустава сглажены. Движения болезненны и ограничены, при отведении и ротации бедра отмечается "хруст". Имеется небольшой перекос таза, умеренный сколиоз. При ходьбе в последнее время появляются боли в стопах, икрах.

Сформулируйте предварительный диагноз и проведите дифференциальный диагноз. Предложите план лечения для амбулаторных и стационарных условий.

Задача 8.

На прием к врачу обратился больной с жалобами на боли в коленном суставе, резкое ограничение движений, нарушение походки. Боли усиливаются во время ходьбы и полностью исчезают в покое. Из анамнеза выяснили, что за 8 лет после травмы левого коленного сустава больной за помощью не обращался. Последнее время появились боли. При осмотре коленный сустав обычной формы и конфигурации. При пальпации температура в области сустава в пределах нормы, болезненность локализуется по ходу медиальной связки, активные и пассивные движения в пределах нормы. На рентгенограмме левого коленного сустава в передне-задней проекции резкое сужение суставной щели, краевые костные разрастания больше по медиальной поверхности, субхондральный склероз:

Какой предварительный диагноз? С какими заболеваниями коленного сустава необходимо провести дифференциальную диагностику? Ваш план лечения?

Задача 9.

Девочка, 4-х лет, припадает на левую ногу. При осмотре: конечность укорочена. Большой вертел расположен выше линии Розера-Нелатона на 3 см, лёгкая 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 надецетабулярной области. Шеечно-диафизарный угол равен 130°.

1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы Вам для уточнения диагноза? 3. Недостатки оказанной помощи на предыдущих этапах? 4. Ваша лечебная тактика и возможные варианты?

Задача 10.

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

1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы Вам для уточнения диагноза? 3. Недостатки оказанной помощи на предыдущих этапах? 4. Ваша лечебная тактика и возможные варианты?

Задача №11

Вы произвели измерение длины нижних конечностей у больного. Анатомическая длина (посегментное измерение обоих бедер и голеней - одинакова, а при измерении относительной длины выявлено отличие в длине правой нижней конечности на 5 см.

Какие причины приводят к возникновению подобной разности?

Задача №12

У больного 14 лет врожденный вывих бедра, походка ныряющая.

Какие опознавательные линии и измерения дадут нам основание клинически установить диагноз вывиха бедра?

Задача №13

При измерении объема движений в коленном суставе Вы получили данные: сгибание до 90°, разгибание до 160°.

Как называется такая установка, ее разновидность причины возникновения патологических установок в суставах?

Задача №14

При осмотре больного угол между осью бедра и голени открыт кнаружи.

Как называется такая деформация в области коленного сустава (латинское название), чем и как ее определить?

Задача №15

При осмотре больного угол между осью бедра и голени открыт кнутри.

Как называется такая деформация (латинское название), чем и как ее измерить?

Задача №16

Больной не ходит, движения в коленных суставах отсутствуют. При измерении установки в коленных суставах под углом 145°.

Как называются такие установки, причины их возникновения?

Задача №17

При осмотре больного (в нагрузке) стопа распластана и отклонена вместе с пяткой кнаружи. Какая называется деформация? (латинское название).

Задача №18

У больного вследствие заболевания сохранился только крючковый и щипковый захваты кисти. Какие виды захвата кисти выпали?

Задача №19

У больного, вследствие неправильно сросшегося перелома костей голени возникла деформация с углом открытым кпереди.

Как определяется и называется деформация?

Задача №20

У больного, вследствие неправильно сросшегося перелома костей голени возникла деформация с углом открытым кзади.

Как определяется и называется деформация?

Билеты зачета

БИЛЕТ №1

1. Эндокринные заболевания костей и суставов.
2. Методы определения осанки.
3. Аномалии развития коленного сустава.

БИЛЕТ №2

1. Деформации, вызванные недостатком или избытком витаминов.
2. Понятия и виды нормальной осанки.
3. Деформации костей голени. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №3

1. Деформации шеи и грудной клетки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Плоская стопа. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Псориатическая артропатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №4

1. Онтогенетическое формирование осанки.
2. Врожденные деформации верхних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Урогенный артрит (болезнь Рейтера). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №5

1. Нарушения осанки. Лечение нарушений осанки. Профилактика нарушений осанки.
2. Полая стопа. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Остеохондроз позвоночника. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №6

1. Сколиотическая болезнь. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Пяточные шпоры. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Подагра. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №7

1. Недоразвитие верхних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Туннельный синдром. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №8

1. Дисплазия тазобедренного сустава и врожденный вывих бедра. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Инфекционно-аллергический артрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Остеохондропатии позвонков. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №9

1. Врожденная косолапость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Остеохондропатии верхних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Общие правила ампутации.

БИЛЕТ №10

1. Остеохондропатии нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Принципы реампутации.
3. Общие принципы ортезирования.

БИЛЕТ №11

1. Приобретенные деформации стоп. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Экзартикуляция конечности.

БИЛЕТ №12

1. Остеоартроз (деформирующий артроз). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Контрактуры Дюпюитрена, Ледерхоза. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Протезирование после ампутации конечностей.

БИЛЕТ №13

1. Периартрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Ортопедические аппараты.
3. Плоскостопье. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №14

1. Эпикондилит, бурсит, лигаментит, тендовагинит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Остеохондропатии костей таза. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Ортезирование верхней конечности.

БИЛЕТ №15

1. Ортезирование позвоночника.
2. Организация травматологической и ортопедической помощи в Мордовии и Российской Федерации.
3. Цитологическая и гистологическая диагностика в травматологии и ортопедии.

БИЛЕТ №16

1. Юридическая ответственность врача травматолога-ортопеда.
2. Этиология, морфология, клиника, диагностика, профилактика замедленной консолидации и ложных суставов.
3. Основные сведения о развитии скелета в процессе антропогенеза.

БИЛЕТ №17

1. Травматический остеомиелит, классификация, клиника, диагностика, лечение.
2. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у взрослых.
3. Основные принципы анализа рентгеновского изображения скелета.

БИЛЕТ №18

1. Общие принципы и методы лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.
2. Ортопедическая обувь.
3. Эндопротезирование крупных суставов конечностей.

БИЛЕТ №19

1. Радионуклидные исследования в травматологии и ортопедии.
2. Артроскопические методы лечения.
3. Ортезирование нижней конечности.

БИЛЕТ №20

1. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у детей.
2. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у взрослых.
3. Лабораторные исследования крови.

БИЛЕТ №21

1. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у детей.
2. Компьютерная и магнитно-резонансная томография.
3. Остеохондроз позвоночника, Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

1.1.5. Раздел Б1.Б.1.5 «Хирургия травматических повреждений грудной клетки»

(дифференцированный зачет IV семестр 2-го года обучения)

Контрольные вопросы

1. Анатомия грудной клетки.
2. Классификация травм грудной клетки.
3. Закрытые травмы грудной клетки с повреждением внутренних органов.
4. Закрытые травмы грудной клетки без повреждения внутренних органов.
5. Диагностика травматических повреждений грудной клетки.
6. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при закрытой травме грудной клетки.
7. Открытые неогнестрельные ранения грудной клетки
8. Огнестрельные ранения грудной клетки.
9. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при открытой травме грудной клетки.
10. Основы раневой баллистики, морфология и особенности огнестрельной раны. Хирургическая обработка ран.
11. Характеристика и структура современной боевой патологии.
12. Политравма: определение, классификация, сортировка.
13. Торакоабдоминальные повреждения.
14. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при политравме.
15. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при торакоабдоминальных ранениях.
16. Медицинская сортировка при повреждениях груди.
17. Действия медицинского персонала при оказании неотложной помощи при травмах грудной клетки.
18. Методика и техника торакотомии, выбор оперативного доступа, принципы ревизии раневого канала грудной стенки и органов грудной полости, последовательность ревизии плевральной полости и средостения
19. Оказание медицинской помощи в локальных вооруженных конфликтах.
20. Специализированная помощь.
21. Первая доврачебная помощь.
22. Первая врачебная помощь.
23. Квалифицированная помощь
24. Первая медицинская помощь.
25. Переломы ребер: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
26. Переломы грудины: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
27. Пневмоторакс: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
28. Гемоторакс: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
29. Пункция и дренировании плевральной полости, особенности обезболивания, иммобилизации.
30. Повреждение сердца: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
31. Пункция перикарда.
32. Повреждение легкого: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
33. Лёгочное кровотечение. Этиология. Классификация. Методы диагностика.

34. Повреждение диафрагмы: клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
35. Эмфизема. Травматическая асфиксия.
36. Травматические пневмонии, их профилактика. Лечение травматической пневмонии.
37. Плевропульмональный шок Этиология Профилактика шока. Лечение шока.
38. Плевриты. Понятие о плеврите и эмпиеме плевры. Методы диагностика.

Тестовые задания

1. Травма передней грудной стенки не может привести:

- 1) к гемотораксу
- 2) к желудочковой экстрасистолии
- 3) к парадоксальной эмболии
- 4) к инфарктоподобным изменениям на ЭКГ
- 5) к разрыву аорты

2. Для пневмоторакса при повреждениях грудной клетки характерно:

- 1) набухание шейных вен, расширение средостения, тахикардия
- 2) одышка, смещение средостения, тахикардия
- 3) расширение границ сердца, брадикардия, боли за грудиной
- 4) подкожная эмфизема, кровохарканье, глухость сердечных тонов

3. Для диагностики продолжающегося плеврального кровотечения

применяют пробы:

- 1) Петрова
- 2) Эфендиева
- 3) Зельдовича
- 4) Филлипса – Ван-Слайка
- 5) Рувилуа-Грегуара

4. Основные ЭКГ-признаки ушиба сердца:

- 1) инверсия зубца Т, желудочковая экстрасистолия
- 2) АВ-блокада, глубокий зубец Q, появление зубца U
- 3) фибриляция желудочков

5. При множественных двойных переломах ребер с образованием реберного

клапана возникает:

- 1) парадоксальное дыхание
- 2) патологический тип дыхания
- 3) парадоксальное движение участка грудной клетки
- 4) колебание средостения

6. Клинические проявления травматической асфиксии:

- 1) старангуляционная борозда на шее
- 2) экзофтальм, набухание шейных вен
- 3) мелкоточечные кровоизлияния на лице, шее, верхней половине туловища
- 4) одышка, цианоз, носовые кровотечения

7. Показанием для выполнения экстренной торакотомии является:

- 1) обширная подкожная эмфизема
- 2) тампонада сердца
- 3) тотальный гемоторакс
- 4) открытый пневмоторакс
- 5) двусторонний пневмоторакс

8. Для диагностики проникающего ранения грудной клетки используют:

- 1) прогрессивное расширение раны
- 2) зондирование раны

- 3) пальцевое исследование раны
- 4) плевральную пункцию на стороне поражения

9. При эвакуации крови из плевральной полости с целью ее последующей реинфузии на каждые 500 мл крови добавляют гепарин в дозе:

- 1) 1 мл
- 2) 3 мл
- 3) 0,2 мл
- 4) не добавляют

10. Критерием торакоабдоминального ранения является повреждение:

- 1) легкого
- 2) печени
- 3) селезенки
- 4) диафрагмы
- 5) сердца и перикарда

11. С целью обезболивания при множественном переломе ребер производят:

- 1) блокаду звездчатого узла на шее
- 2) паравертебральную блокаду
- 3) ретроплевральную блокаду
- 4) блокаду мест переломов
- 5) шейную вагосимпатическую блокаду на стороне поражения

12. Консолидация переломов ребер наступает через:

- 1) 7 дней
- 2) 10-14 дней
- 3) 21 день
- 4) 1 месяц
- 5) 3 месяца

13. Для фиксации реберного клапана применяют:

- 1) интрамедулярный остеосинтез
- 2) гипсовую повязку
- 3) скелетное вытяжение
- 4) продленную ИВЛ
- 5) накостный остеосинтез

14. При неадекватном лечении гемоторакса возникает:

- 1) пневмония
- 2) свернувшийся гемоторакс
- 3) посттравматический плеврит
- 4) перикардит
- 5) бронхоплевральный свищ

15. Последствием свернувшегося гемоторакса является:

- 1) абсцесс легкого
- 2) фиброторакс
- 3) эмпиема плевры
- 4) медиастенит
- 5) перикардит

16. Для лечения свернувшегося гемоторакса применяют:

- 1) физиотерапию
- 2) рентгенотерапию
- 3) дренирование плевральной полости и внутривнутриплевральное введение ферментов
- 4) торакотомию
- 5) торакоскопию

17. При свернувшимся гемотораксе эффективно внутривнутриплевральное введение:

- 1) пепсина

- 2) трипсина
- 3) хемотрипсина
- 4) стрептодеказы
- 5) террилитина

18. Впервые торакоцентез выполнил:

- 1) Гиппократ
- 2) Гален
- 3) Паре
- 4) Пирогов
- 5) Ларрей

19. Впервые в России рану сердца ушил:

- 1) Пирогов
- 2) Подрез
- 3) Греков
- 4) Джанелидзе
- 5) Склифосовский

20. Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре – выраженная болезненность при пальпации 5-7 ребер справа по передне-подмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации – ослабление дыхания справа. При перкуссии – тимпанит. Состояние больного удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов. Диагноз?

- 1) постравматическая пневмония справа
- 2) перелом 5-7 ребер
- 3) контузия правого легкого
- 4) перелом 5-7 ребер, травматический пневмоторакс
- 5) гематома грудной клетки в области травмы

21. Больной упал с высоты 7-го этажа, доставлен в тяжелом состоянии с явлениями шока 3 ст. Диагностированы – левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Дренирована плевральная полость. По дренажу в большом количестве поступает воздух, легкое не расправляется. Введение второго дренажа и активная аспирация – без эффекта, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения. Остается коллапс легкого. При бронхоскопии обнаружен разрыв стенки левого главного бронха, прикрытый сгустком крови. Тактика?

- 1) продолжить активную аспирацию по двум дренажам с увеличением вакуума
- 2) произвести верхнюю переднюю медиастенотомию
- 3) выполнить левостороннюю торакотомия, наложить первичный шов бронха
- 4) выполнить левостороннюю пневмоэктомию
- 5) нанести биологический клей на область разрыва

22. Больной сбит машиной, доставлен в бессознательном состоянии. Диагностирован – разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать и наложить первичный шов бронха. Наиболее оптимальный хирургический доступ?

- 1) передне-боковая торакотомия
- 2) боковая торакотомия по 4 межреберью
- 3) задне-боковая торакотомия
- 4) стернотомия
- 5) боковая торакотомия по 7 межреберью

23. Больной упал с высоты 5 метров, в результате чего произошел перелом 8-10 ребер слева по паравerteбральной и лопаточной линии и отрыв хрящей 7 и 8 ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки.

Диагностирован левосторонний пневмоторакс с коллапсом легкого на 1/3 его объема. Отмечается парадоксальное движение грудной клетки спереди. Тактика?

- 1) экстраплевральный остеосинтез 4-10 ребер
- 2) дренирование левой плевральной полости
- 3) широкая торакотомия, остеосинтез ребер и подшивание хрящей 7-8 ребер к груди
- 4) только подшивание хрящей 7-8 ребер к груди
- 5) ИВЛ

24. Больной попал в автомобильную катастрофу. Состояние при поступлении тяжелое, выраженная одышка, кровохарканье. Диагностирован левосторонний гемопневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки, переходящая на шею и лицо, нусавость голоса. Выявлен перелом 5-7 ребер по среднеключичной и средней аксиллярной линии, причем перелом 6 ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Тактика?

- 1) только дренирование плевральной полости
- 2) гемостатическая консервативная терапия
- 3) торакотомия, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого
- 4) ИВЛ
- 5) экстраплевральный остеосинтез

Травма сердца

1. Какие объективные признаки имеют значение в диагностике проникающего ранения сердца?

- 1) локализация раны в области сердца
- 2) тахикардия и снижение пульсового артериального давления
- 3) цианоз лица, рук, напряжение вен шеи
- 4) расширение сердечной тупости и резкое ослабление тонов сердца
- 5) все верно

2. Перечислите симптомы наиболее характерные для тампонады сердца:

- 1) снижение пульсового давления
- 2) цианоз лица
- 3) расширение границ сердца
- 4) глухость сердечных тонов
- 5) все верно

3. Для закрытой травмы сердца характерны:

- 1) изменения ЭКГ
- 2) боли в области сердца
- 3) снижение артериального давления
- 4) расширение границ сердца
- 5) все верно

4. Какие из перечисленных симптомов можно отнести к прямым рентгенологическим признакам ранения сердца?

- 1) ограничение подвижности левого купола диафрагмы
- 2) расширение границ сердца, слаженность сердечных дуг, увеличение интенсивности тени сердца
- 3) наличие полоски воздуха между тенью сердца и перикарда
- 4) увеличение размеров сердца, уровень жидкости между тенью сердца и перикарда
- 5) наличие жидкости в левой плевральной полости
- 6) изменение пульсации сердца

5. Укажите показания к оперативному лечению закрытой травмы сердца:

- 1) нарушения ритма
- 2) нарастание сердечной недостаточности
- 3) гемоперикард
- 4) тампонада сердца
- 5) нарастающий гемоторакс

6. О ранении сердца свидетельствуют:

- 1) локализация раны
- 2) снижение артериального давления, тахикардия
- 3) внешний вид больного
- 4) повышение венозного давления
- 5) все верно

7. При тампонаде сердца наблюдается

- 1) снижение артериального давления
- 2) цианоз лица
- 3) расширение границ сердца
- 4) глухость тонов
- 5) все верно

8. Оптимальным доступом для ушивания раны сердца является:

- 1) передне-боковая торакотомия на стороне ранения
- 2) передне-боковая торакотомия слева
- 3) стеномия
- 4) задне-боковая торакотомия слева
- 5) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения

9. Для закрытой травмы сердца характерны:

- 1) изменения ЭКГ
- 2) боли в области сердца
- 3) снижения артериального давления
- 4) повышение венозного давления
- 5) все верно

10. Основные ЭКГ-признаки ушиба сердца:

- 1) инверсия зубца Т, желудочковая экстрасистолия, деформация комплекса QRS
- 2) АВ-блокада, глубокий зубец Q, появление зубца U
- 3) фибриляция желудочков

11. Основные клинические признаки ушиба сердца:

- 1) возбуждение больного, бледность кожи
- 2) одышка, тахикардия
- 3) гипотония, иногда утрата сознания
- 4) отек легких
- 5) все верно

12. Больной, 36 лет, около 3 часов назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Доставлен в тяжелом состоянии: эйфория, кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, ЧСС – 130 в минуту, АД – 80/70 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Рана грудной стенки 2 см, располагается слева по парастеральной линии на уровне третьего межреберья. Дыхание над левым легким резко ослаблено, в задненижних отделах – укорочение перкуторного звука. Какой диагноз наиболее вероятен?

- 1) ранение легкого
- 2) торакоабдоминальное ранение
- 3) ранение сердца
- 4) ранение крупных сосудов средостения
- 5) плевропульмональный шок

13. Какие лечебные мероприятия показаны при ранениях сердца?

- 1) комплекс реанимационных мероприятий
- 2) плевральная пункция
- 3) пункция перикарда
- 4) переливание крови
- 5) немедленная торакотомия

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной П. 34 лет поступил через час после получения закрытой травмы грудной клетки. Из анамнеза выяснено, что упал с крыши дачного домика. При поступлении состояние средней тяжести, в сознании. Грудная клетка симметричная, правая половина отстаёт в акте дыхания. При пальпации болезненность и патологическая подвижность 5 – 9-го ребер справа, подкожная эмфизема, распространяющаяся на шею и лицо. Перкуторно справа коробочный звук. Аускультативно дыхание резко ослаблено.

Назовите план обследования и лечения.

Задача 2

При рентгенологическом исследовании грудной клетки больного с закрытой травмой живота выявлено скопление жидкости в левой плевральной полости до уровня 6-го ребра.

Какие лечебно-диагностические мероприятия необходимо провести?

Задача 3

У больного 45 лет, поступившего 4 суток назад с клиникой закрытой травмы грудной клетки, перелома 4 – 6-го ребер слева, пневмоторакса, при вакуум-аспирации из левой плевральной полости сохраняется выраженная подсочка воздуха. На контрольной рентгенограмме расправления легкое не отмечено.

Каковы клинический диагноз и лечебная тактика?

Задача 4.

Больной И. 50 лет поступил в стационар через 6 дней после получения травмы груди. При обследовании выявлено скопление жидкости в левой плевральной полости до уровня 6-го ребра, повышение температуры тела до 38 °С. При плевральной пункции получено до 50 мл мутной геморрагической жидкости.

Какое осложнение развилось и какова дальнейшая хирургическая тактика?

Задача 5.

В стационар доставлен больной 18 лет с автомобильной аварией. Жалуется на резкую слабость, головокружение, тошноту. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледные. При пальпации грудной клетки обнаружена болезненность в проекции X – XI ребер слева. В легких дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. АД 60/0 мм рт. ст. Пульс 140 уд./мин, слабого наполнения и напряжения. Живот не вздут, мягкий, болезненный в левой подреберной области. Перкуторно по левому боковому каналу определяется притупление.

Каков предположительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования Вы назначите? Тактика хирурга.

Задача 6.

У больного на 8-е сутки после закрытой травмы грудной клетки с множественными переломами ребер, повреждением легкого и гемотораксом состояние ухудшилось: повысилась температура тела, появилась одышка. При пункции плевральной полости выделялось до 5 мл мутноватой желтовато-оранжевой жидкости, игла забивалась сгустками крови; на рентгеноскопии отмечено интенсивное негетогенное затемнение, не изменяющее положения при наклонах больного и латероскопии.

Каковы диагноз и тактика лечения?

Задача 7.

Больной П., 34 лет, поступил через час после получения закрытой травмы грудной клетки. Из анамнеза выяснено, что упал с крыши дачного домика.

При поступлении состояние средней тяжести, в сознании, артериальное давление 100 и 60 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, частота дыхательных движений 26 в минуту. Грудная клетка симметричная, правая половина отстает в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность и патологическая подвижность 5 – 9^{-го} ребер справа по средней подмышечной линии, крепитация подкожно-жировой клетчатки правой половины грудной клетки и шеи. Перкуторно справа определяется коробочный звук. Аускультативно дыхание справа не выслушивается, слева дыхание везикулярное, хрипов нет. Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, лейкоциты – $7,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 9 мм/ч. Общий анализ мочи без изменений.

Выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки (см. рисунок).

Вопросы

1. Каков предварительный диагноз?
2. Значение и анатомия плевральных синусов.
3. Какие методы обследования нужно провести больному.
4. Назовите рентгенологические признаки гемопневмоторакса и подкожной эмфиземы.
5. Какова хирургическая тактика при гемопневмотораксе.
6. Каковы клинические проявления клапанного пневмоторакса.
7. Назовите причины появления подкожной эмфиземы.
8. Какова цель рентгенологического контроля в послеоперационном периоде.
9. Показания к торакотомии при пневмотораксе.
10. Назовите показания к дренированию плевральной полости.
11. Опишите технику лечебной плевральной пункции.
12. Каковы ошибки и осложнения при пункции плевральной полости.
13. Назовите клинические симптомы повреждения трахеи и главных бронхов.
14. Что такое искусственный пневмоторакс.

Задача 8.

Больной П. 34 лет поступил через час после получения закрытой травмы грудной клетки. Из анамнеза выяснено, что упал в погреб. При поступлении состояние средней тяжести, в сознании. Грудная клетка симметричная, правая половина отстает в акте дыхания. При пальпации болезненность и патологическая подвижность 6 – 8-го ребер справа, подкожная эмфизема, распространяющаяся на шею и лицо. Перкуторно справа коробочный звук. Аускультативно дыхание резко ослаблено. Сделана рентгенограмма грудной клетки.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Опишите рентгенограмму легких.
3. Каков механизм попадания воздуха в плевральную полость и под кожу?
4. Какой метод инструментального исследования показан для исключения повреждения бронхов?
5. Какое экстренное лечебно-диагностическое вмешательство показано у данного больного?
6. О чём свидетельствует горизонтальный уровень жидкости в правой плевральной полости?
7. В чём будет заключаться экстренная помощь при нарастании эмфиземы средостения?
8. Какие изменения будут обнаружены при физикальном обследовании больного?
9. Приведите классификацию травм грудной клетки.
10. Когда будут показания к экстренной операции?

11. Приведите классификацию дыхательной недостаточности.
12. Какие лекарственные препараты нужно назначить больному.

Задача 9.

У больного 45 лет, поступившего 4 суток назад с клиникой закрытой травмы грудной клетки, перелома 4 – 6-го ребер слева, пневмоторакса, при вакуум-аспирации из левой плевральной полости сохраняется выраженная подсочка воздуха. На контрольной рентгенограмме расправления легкое не отмечено. Каковы клинический диагноз и лечебная тактика?

Задача 10.

Больной И. 50 лет поступил в стационар через 6 дней после получения травмы груди. При обследовании выявлено скопление жидкости в левой плевральной полости до уровня 6-го ребра, повышение температуры тела до 38 °С. При плевральной пункции получено до 50 мл мутной геморрагической жидкости. Какое осложнение развилось и какова дальнейшая хирургическая тактика?

Задача 11.

Больной П. 34 лет поступил через час после получения закрытой травмы грудной клетки. Из анамнеза выяснено, что упал с крыши дачного домика. При поступлении состояние средней тяжести, в сознании. Грудная клетка симметричная, правая половина отстает в акте дыхания. При пальпации болезненность и патологическая подвижность 5 – 9-го ребер справа, подкожная эмфизема, распространяющаяся на шею и лицо. Перкуторно справа коробочный звук. Аускультативно дыхание резко ослаблено. Назовите план обследования и лечения

Задача 12.

Больной Н., 23 лет, госпитализирован в клинику через 2 часа после ножевого ранения груди. При осмотре лицо пепельносерого цвета, порывы холодным потом, губы цианотичны. Дыхание поверхностное, учащенное. Пульс 100, малый, мягкий, аритмичный. АД 100/80 мм.рт.ст. В 5 межреберье слева по передне-подмышечной линии имеется линейная рана длиной 1 см., не кровоточит. При пальпации в окружности раны определяется крепитация. Грудная клетка на стороне поражения малоподвижна, межреберные промежутки сглажены. Перкуторно определяется коробочный звук. При аускультации дыхание слева резко ослаблено.

Вопросы

1. Установите клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какие методы лечения необходимо применять в этом случае?
4. Какие изменения в состоянии больного потребуют торакотомии?

Задача 13.

Пострадавший доставлен для оказания первой врачебной помощи через 4 часа после ранения осколком в живот. Состояние тяжелое, бледен. Пульс 128 в 1 мин, мягкий, ритмичный. Промокшая кровью повязка на животе сбилась, частично прикрывает выпавший сальник. АД 90/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный при пальпации, отмечается положительный симптом Щеткина, выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки.

Ответьте на вопросы по тактике в отношении описанного больного.

1. Какой предварительный диагноз вы считаете вероятным?
2. Какую помощь необходимо оказать больному на месте происшествия?
3. Как провести сортировку?
4. Укажите тактику, которую вы избрали.
5. Если вы решите оперировать больного, то в чем будет заключаться предоперационная подготовка?
6. Какой объем помощи оперативного пособия вы проведете на этапе квалифицированной помощи (ЦРБ)?

7. Возможные послеоперационные осложнения.

8. Какое лечение вы назначите после операции?

Задача 14.

Рядовой К. ранен пулей в грудь. В МПП доставлен через 4 часа. Состояние тяжелое. Вынужденное полусидячее положение. Дыхание частое, поверхностное (боязнь вдоха). АД 140/80 мм рт. ст., пульс

120 уд/мин. Частота дыхания 36 в минуту. На левой половине груди в четвертом межреберье по передней подмышечной линии рана 1х1 см, подкожная эмфизема левой половины груди, распространяющаяся от реберной дуги до шеи.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Перечислите необходимые мероприятия первой и доврачебной помощи, расскажите порядок сортировки (примите решение по внутрипунктовой медицинской сортировке) и оказания (перечислите мероприятия) медицинской помощи в МПП и омедб, укажите направление дальнейшей эвакуации.

Задача 15.

Рядовой В. упал с высоты 4-го этажа. Доставлен в бессознательном состоянии в МПП через 20 минут после травмы на носилках. Состояние тяжелое. Пульс 104 уд/мин, ритмичный. АД 85 и 50 мм рт. ст. Реакция на боль сохранена, в ответ на болевое раздражение отдергивает конечности. Зрачки узкие, одинаковые. Определяются плавающие движения глазных яблок. В правой теменной области головы обнаружена кровоточащая рвано-ушибленная рана размером 12,0х4,0 см. Дыхание ритмичное, ЧДД 28 уд/мин, справа ослаблено. Определяется патологическая подвижность ребер и ограниченная подкожная эмфизема при пальпации правой половины груди. На животе единичные ссадины. Живот в дыхании участвует слабо, шумы кишечной перистальтики ослаблены. В области лона, мошонки, промежности определяется обширное кровоизлияние. Из наружного отверстия уретры выделилось несколько капель крови. Определяется подвижность костей таза при нагрузке на крылья подвздошных костей. При пальпации живота над лоном определяется плотное выпячивание, здесь же – притупление перкуторного звука. Правая нижняя конечность короче левой на 3,0 см. Правое бедро деформировано, увеличено в объеме, в нижней трети определяется патологическая подвижность. Чувствительность, пульсация дистальных отделов стопы не страдает.

Ответьте на вопросы по тактике и лечению описанного больного.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какой объем помощи вы окажете на месте происшествия?

3. Какую сортировку вы проведете больному на МПП?

4. Какой объем помощи необходим больному на этапе первой врачебной помощи?

5. Определите тактику.

6. Назовите возможные осложнения.

Задача 16

Пострадавший К. доставлен с места ДТП (сбит грузовиком). Общее состояние средней тяжести. Частота дыхания до 28 в мин. Умеренный цианоз. Болезненность при дыхании. ЧСС 80 в мин. АД 100/80 мм рт.ст. На правой половине грудной клетки – обширная гематома. Других видимых повреждений нет.

Установить предварительный диагноз. Провести медицинскую сортировку. Определить объем первой врачебной помощи и эвакуационное предназначение.

Задача 17

Во время взрыва на предприятии пострадавший В. получил удар каким-то предметом по передней поверхности грудной клетки. Состояние тяжелое (пульс частый, слабый, АД 80/60 мм рт. ст.). Дыхание затруднено, вынужденное полусидячее положение. При дыхании передняя поверхность грудной клетки на уровне 2-8 ребер с обеих сторон флотирует вместе с грудиной. Выражена подкожная эмфизема и цианоз кожи груди.

Установить предварительный диагноз. Провести медицинскую сортировку.

Определить объем врачебной помощи и эвакуационное предназначение.

**Билеты дифференцированного зачета
для промежуточной аттестации (IV семестр 2-го года обучения)**

БИЛЕТ №1

1. Анатомия грудной клетки.
2. Основы раневой баллистики, морфология и особенности огнестрельной раны.
Хирургическая обработка ран.
3. Медицинская сортировка при повреждениях груди.

БИЛЕТ №2

1. Классификация травм грудной клетки.
2. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при закрытой травме грудной клетки.
3. Действия медицинского персонала при оказании неотложной помощи при травмах грудной клетки.

БИЛЕТ №3

1. Закрытые травмы грудной клетки с повреждением внутренних органов.
2. Пневмоторакс: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
3. Пункция и дренирование плевральной полости, особенности обезболивания, иммобилизация.

БИЛЕТ №4

1. Закрытые травмы грудной клетки без повреждения внутренних органов.
2. Диагностика травматических повреждений грудной клетки.
3. Эмфизема. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.

БИЛЕТ №5

1. Открытые неогнестрельные ранения грудной клетки
2. Методика и техника торакотомии, выбор оперативного доступа, принципы ревизии раневого канала грудной стенки и органов грудной полости, последовательность ревизии плевральной полости и средостения
3. Оказание медицинской помощи в локальных вооруженных конфликтах.

БИЛЕТ №6

1. Огнестрельные ранения грудной клетки. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
2. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при торакоабдоминальных ранениях.
3. Повреждение сердца: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.

БИЛЕТ №7

1. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при открытой травме грудной клетки.
2. Характеристика и структура современной боевой патологии.
3. Плевриты. Понятие о плеврите и эмпиеме плевры. Методы диагностики.

БИЛЕТ №8

1. Политравма: определение, классификация, сортировка.
2. Пункция перикарда.
3. Плевропульмональный шок Этиология Профилактика шока. Лечение шока.

БИЛЕТ №9

1. Торакоабдоминальные повреждения.
2. Оказание медицинской помощи в локальных вооруженных конфликтах.
Квалифицированная помощь
3. Гемоторакс: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.

БИЛЕТ №10

1. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при политравме.
2. Оказание медицинской помощи в локальных вооруженных конфликтах. Первая врачебная помощь.
3. Повреждение легкого: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.

БИЛЕТ №11

1. Оказание медицинской помощи в локальных вооруженных конфликтах. Специализированная помощь.
2. Переломы грудины: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
3. Лёгочное кровотечение. Этиология. Классификация. Методы диагностика.

БИЛЕТ №12

1. Оказание медицинской помощи в локальных вооруженных конфликтах. Первая доврачебная помощь.
2. Первая медицинская помощь. Переломы ребер: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
3. Травматические пневмонии, их профилактика. Лечение травматической пневмонии.

БИЛЕТ №13

1. Оказание медицинской помощи в локальных вооруженных конфликтах.
2. Повреждение диафрагмы: клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
3. Гемопневмоторакс. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.

БИЛЕТ №14

1. Травматическая асфиксия. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
2. Прелом ребер. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
3. Свернувшийся гемоторакс. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.

БИЛЕТ №15

1. Инфицированный гемоторакс. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
2. Напряжённый пневмоторакс. Классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
3. Осложнения травм грудной клетки.

БИЛЕТ №16

1. Ожоги и ожоговая болезнь. Актуальность проблемы.
2. Общие изменения в организме при отморожении. Изменения системного и органного кровообращения.
3. Техника первичной хирургической обработки огнестрельных ран.

БИЛЕТ №17

1. Виды швов, накладываемых на рану после хирургической обработки.
2. Частота ожоговой травмы в мирное время (бытовые, производственные).
3. Лечение обожженных в состоянии ожогового шока.

БИЛЕТ №18

1. Этиологические факторы ожогов.
2. Летальность при шоке.
3. Хирургическая обработка ран, ее виды, показания, общие принципы.

БИЛЕТ №19

1. Причины ожогов в различных возрастных группах (у детей школьного возраста, грудников, подростков, взрослых, стариков) (отморожения и ожоги).
2. Общие принципы лечения обожженных в периоде реконвалесценции.
3. Классификация огнестрельных ран.

БИЛЕТ №20

1. Социальные аспекты решения проблемы предупреждения ожогов в различных возрастных группах.
2. Общие принципы хирургического лечения отморожений.
3. Особенности морфологии огнестрельной раны и клинического течения раневого процесса при боевых ранениях.

БИЛЕТ №21

1. Ожоги военного времени при массовых поражениях (катастрофы).
2. Общее лечение ожогов.
3. Основы раневой баллистики.

БИЛЕТ №22

1. Исходы ожогов. Летальность при ожогах.
2. Этиология, клинические формы и патогенез местной холодовой травмы.
3. Огнестрельная травма. Характеристика и структура современной боевой патологии.

БИЛЕТ №23

1. Нетрудоспособность при ожогах и их последствия.
2. Местное лечение ожогов.
3. Флегмона.

БИЛЕТ №24

1. Организация медицинской помощи обожженным.
2. Термоингаляционное поражение дыхательных путей.
3. Абсцесс.

БИЛЕТ №25

1. Классификация ожогов: глубина и площадь ожогового поражения.
2. Эпидемиология отморожений, социальная значимость.
3. Анаэробная инфекция ран. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение и профилактика данной патологии.

БИЛЕТ №26

1. Понятие об ожоговой болезни и ее патогенетических механизмах.
2. Локализация отморожений. Клиническая картина и диагностика отморожений. Степени отморожений.
3. Столбняк. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение и профилактика данной патологии.

БИЛЕТ №27

1. Классификация ожоговой болезни.
2. Исходы ожоговой болезни. Реабилитация перенесших ожоги. ЛФК. МСЭ. Социальная и психологическая реабилитация.
3. Столбняк. Плановая и экстренная профилактика столбняка.

БИЛЕТ №28

1. Ожоговый шок.
2. Последствия отморожений и их лечение.
3. Объем медицинской помощи больным с термической травмой на всех этапах медицинской эвакуации.

БИЛЕТ №29

1. Клинические и лабораторные признаки ожогового шока.
2. Фазы раневого процесса. Виды заживления раны.

3. Принципы антибактериальной терапии.

БИЛЕТ №30

1. Классификация тяжести ожогового шока по степеням.
2. Эпидемиология, классификация холодовой травмы.
3. Инфекционные осложнения открытых повреждений.

БИЛЕТ №31

1. Продолжительность ожогового шока. Признаки выхода больного из шока.
2. Основные принципы активной хирургической тактики при термических поражениях.
3. Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Микробиологические аспекты раневой инфекции.

БИЛЕТ №32

1. Особенности ожогового шока у детей, лиц престарелого возраста, у пострадавших с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.
2. Острая ожоговая токсемия.
3. Хирургическая обработка ран. Первичная хирургическая обработка. Вторичная хирургическая обработка.

БИЛЕТ №33

1. Ожоговая септикотоксемия.
2. Определение трудоспособности при термических поражениях и их последствиях.
3. Лечение больных в дореактивном периоде при отморожениях. Оказание первой помощи.

БИЛЕТ №34

1. Реконструктивно-восстановительное лечение при термических поражениях.
2. Период реконвалесценции при термических поражениях.
3. Принципы антибактериальной терапии при гнойных осложнениях в травматологии.

БИЛЕТ №35

1. Эндокринные заболевания костей и суставов.
2. Методы определения осанки.
3. Аномалии развития коленного сустава.

БИЛЕТ 36

1. Деформации, вызванные недостатком или избытком витаминов.
2. Понятия и виды нормальной осанки.
3. Деформации костей голени. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №37

1. Деформации шеи и грудной клетки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Плоская стопа. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Псориатическая артропатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №38

1. Онтогенетическое формирование осанки.
2. Врожденные деформации верхних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Урогенный артрит (болезнь Рейтера). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ 39

1. Нарушения осанки. Лечение нарушений осанки. Профилактика нарушений осанки.
2. Полая стопа. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Остеохондроз позвоночника. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №40

1. Сколиотическая болезнь. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Пяточные шпоры. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Подагра. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №41

1. Недоразвитие верхних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Туннельный синдром. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №42

1. Дисплазия тазобедренного сустава и врожденный вывих бедра. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Инфекционно-аллергический артрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Остеохондропатии позвонков. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №43

1. Врожденная косолапость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Остеохондропатии верхних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Общие правила ампутации.

БИЛЕТ №44

1. Остеохондропатии нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Принципы реампутации.
3. Общие принципы ортезирования.

БИЛЕТ №45

1. Приобретенные деформации стоп. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Экзартикуляция конечности.

БИЛЕТ №46

1. Остеоартроз (деформирующий артроз). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Контрактуры Дюпюитрена, Ледерхоза. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Протезирование после ампутации конечностей.

БИЛЕТ №47

1. Периартрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Ортопедические аппараты.
3. Плоскостопье. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

БИЛЕТ №48

1. Эпикондилит, бурсит, лигаментит, тендовагинит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
2. Остеохондропатии костей таза. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.
3. Ортезирование верхней конечности.

БИЛЕТ №49

1. Ортезирование позвоночника.
2. Организация травматологической и ортопедической помощи в Мордовии и Российской Федерации.
3. Цитологическая и гистологическая диагностика в травматологии и ортопедии.

БИЛЕТ №50

1. Юридическая ответственность врача травматолога-ортопеда.
2. Этиология, морфология, клиника, диагностика, профилактика замедленной консолидации и ложных суставов.
3. Основные сведения о развитии скелета в процессе антропогенеза.

БИЛЕТ №51

1. Травматический остеомиелит, классификация, клиника, диагностика, лечение.
2. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у взрослых.
3. Основные принципы анализа рентгеновского изображения скелета.

БИЛЕТ №52

1. Общие принципы и методы лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.
2. Ортопедическая обувь.
3. Эндопротезирование крупных суставов конечностей.

БИЛЕТ №53

1. Радионуклидные исследования в травматологии и ортопедии.
2. Артроскопические методы лечения.
3. Ортезирование нижней конечности.

БИЛЕТ №54

1. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у детей.
2. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у взрослых.
3. Лабораторные исследования крови.

БИЛЕТ №55

1. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у детей.
2. Компьютерная и магнитно-резонансная томография.
3. Остеохондроз позвоночника, Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения, реабилитация.

Основная литература:

1. Травматология и ортопедия : учебник / Рос.мед. акад. последиплом. образования ред.: Г. М. Кавалерский, А. В. Гаркави. - Москва : Академия, 2013. - 640 с.
2. Котельников, Геннадий Петрович. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] : учеб.с компакт-диском / Г. П. Котельников, С. П. Миронов, В. Ф. Мирошниченко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с. - Режим доступа :<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970413760.html>
3. Военно-полевая хирургия : учеб.для студентов мед. вузов / 66 (196 с учетом УМО по мед. и фармац. образованию вузов России ред. Е. К. Гуманенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 763 с.
4. Котельников, Геннадий Петрович. Травматология и ортопедия : учеб. с компакт-диском / Г. П. Котельников, С. П. Миронов, В. Ф. Мирошниченко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 397 с.
5. Котельников, Геннадий Петрович. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] : учеб.с компакт-диском / Г. П. Котельников, С. П. Миронов, В. Ф. Мирошниченко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с. - Режим доступа :<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970413760.html>
6. Военно-полевая хирургия : учеб.для студентов мед. вузов / 66 (196 с учетом УМО по мед. и фармац. образованию вузов России ред. Е. К. Гуманенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 763 с.

Дополнительная литература:

1. Военно-полевая хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для студентов мед. вузов / УМО по мед. и фармац. образованию вузов России ред. Е. К. Гуманенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. - Режим доступа :
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970431993.html>
2. Резник, Леонид Борисович. Избранные лекции по травматологии и ортопедии [Электронный ресурс] : учеб. пособие. Ч. 1. - Омск : Изд-во ОмГМА, 2013. - 119 с. - Режим доступа : <http://weblib.omskosma.ru/fulltext/k308.html>
3. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов [Электронный ресурс] : руководство / ред.: Е. К. Гуманенко, И. М. Самохин. - Москва : Гэотар-Медиа, 2011. - 672 с. - Режим доступа :
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970419014.html>
4. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии [Электронный ресурс] : учеб. пособие для последипл. образования / В. К. Носков [и др.]. - Омск : Изд-во ОмГМА, 2011. - 217 с. - Режим доступа : <http://weblib.omsk-osma.ru/fulltext/t1264.html>

5. Афанасьев В.В. Травматология челюстно-лицевой области [Электронный ресурс] : руководство / В. В. Афанасьев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 356 с. - Режим доступа : <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414781.html>
6. Военно-полевая хирургия. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / М. В. Лысенко, В. К. Николенко, Л.В. и др. Шаплыгин ; ред. М. В. Лысенко. - Москва : Гэотар-Медиа, 2010. - 576 с. - Режим доступа : <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970413111.html>
7. Епифанов В.А. Реабилитация в травматологии [Электронный ресурс] : руководство / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 336 с. - Режим доступа : <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970416853.html>
8. Хирургическое лечение глубокой периэндопротезной инфекции тазобедренного сустава [Электронный ресурс] : (мед. технология) / Л. Б. Резник, Г. Г. Дзюба, С. А. Ерофеев. - Омск, 2010. - Режим доступа : <http://weblib.omsk-osma.ru/fulltext/k166.html>
9. Практикум по военно-полевой хирургии : учеб. пособие для студентов мед. вузов / УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России ред. Е. К. Гуманенко. - Санкт-Петербург : ФОЛИАНТ, 2006. - 307 с.
10. Военно-полевая хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для студентов мед. вузов / УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России ред. Е. К. Гуманенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. - Режим доступа : <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970431993.html>
11. Резник, Леонид Борисович. Избранные лекции по травматологии и ортопедии [Электронный ресурс] : учеб. пособие. Ч. 1. - Омск : Изд-во ОмГМА, 2013. - 119 с. - Режим доступа : <http://weblib.omsk-osma.ru/fulltext/k308.html>
12. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов [Электронный ресурс] : руководство / ред.: Е. К. Гуманенко, И. М. Самохин. - Москва : Гэотар-Медиа, 2011. - 672 с. - Режим доступа : <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970419014.html>
13. Клинические методы обследования в травматологии и ортопедии [Электронный ресурс] : учеб. пособие для последипл. образования / В. К. Носков [и др.] . - Омск : Изд-во ОмГМА, 2011. - 217 с. - Режим доступа : <http://weblib.omsk-osma.ru/fulltext/t1264.html>
14. Афанасьев В.В. Травматология челюстно-лицевой области [Электронный ресурс] : руководство / В. В. Афанасьев . - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 356 с. - Режим доступа : <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414781.html>
15. Военно-полевая хирургия. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / М. В. Лысенко, В. К. Николенко, Л.В. и др. Шаплыгин ; ред. М. В. Лысенко. - Москва : Гэотар-Медиа, 2010. - 576 с. - Режим доступа : <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970413111.html>

16. Елифанов В.А. Реабилитация в травматологии [Электронный ресурс] : руководство / В. А. Елифанов, А. В. Елифанов . - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 336 с. - Режим доступа : <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970416853.html>
17. Хирургическое лечение глубокой периэндопротезной инфекции тазобедренного сустава [Электронный ресурс] : (мед. технология) / Л. Б. Резник, Г. Г. Дзюба, С. А. Ерофеев . - Омск, 2010. - Режим доступа : <http://weblib.omskosma.ru/fulltext/k166.html>
18. Анонимы и термины в травматологии и ортопедии : учеб. пособие для студентов мед. вузов / В. К. Носков [и др.] . - Омск : Изд-во ОмГМА, 2007. - 250 с
19. Практикум по военно-полевой хирургии : учеб. пособие для студентов мед. вузов / УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России ред. Е. К. Гуманенко. - Санкт-Петербург : ФОЛИАНТ, 2006. - 307 с.