

**Министерство образования и науки Российской Федерации
Министерство образования и науки Кыргызской Республики**

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Кыргызско-Российский Славянский университет**

УТВЕРЖДАЮ

Декан медицинского факультета

профессор  А.Г. Зарифьян
«29» января 2019 г.



**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОВОЙ
АТТЕСТАЦИИ**

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.66

Травматология и ортопедия

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА

на заседании кафедры травматологии и
ортопедии

Зав. кафедрой травматологии и ортопедии

к.м.н. доцент  Мирджалилов В.М.

«21» декабря 2019 г.

Бишкек 2019

Программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1098 и Постановление Правительства КР №303 от 31.07.2007г.

**Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче
и сдачу государственного экзамена**

Программу составили:

**Заведующий кафедрой к.м.н , доцент Мирджалилов Валерий
Миргиязович
к.м.н , доцент Дюшеналиев Бакыт Боджоевич**

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	5
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	5
1.2. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	6
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	10
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	10
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	13
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	25
3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	69

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

(УК-3) - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Профессиональные

Профилактическая деятельность:

(ПК-1) готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения травматологических и ортопедических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

(ПК-2) - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения травматологических и ортопедических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

(ПК-3) готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

Диагностическая деятельность:

(ПК-5) - готовность к диагностике травматологических и ортопедических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

Лечебная деятельность:

(ПК-6) - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании травматологической и ортопедической медицинской помощи

(ПК-7) - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.;

Реабилитационная деятельность:

(ПК-8) - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов с травматологической и ортопедической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении;

Психолого-педагогическая деятельность:

(ПК-9) - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике травматологических и ортопедических заболеваний.;

Организационно-управленческая деятельность:

(ПК-10) – готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

(ПК-11) - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медикостатистических показателей.

(ПК-12) - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1098

1.2. Порядок проведения государственного экзамена

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланчного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в Национальном Госпитале при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики, в отделении проктологии.

Клинический разбор больного необходимо проводить по следующей схеме плана обследования травматологического и ортопедического больного:

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО. 1. Теоретическая подготовка к курации больного (ознакомление с тематикой страдающего больного). 2. Распределение пациентов среди ординаторов. 3. Установление доверительного контакта с пациентом. 5. Сбор жалоб и анамнеза болезни и жизни больного. 6. Осмотр и обследование больного по системам внутренних органов. 7. Осмотр и описание клинического статуса. 8. Постановка предварительного диагноза. 9. Сбор лабораторных данных исследования больного. 10. Постановка клинического диагноза. 11. Определение тактики предполагаемого лечения. 12. Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в учебной истории больного. 13. Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению по современным данным литературных источников. 14. Обсуждение учебной истории болезни в группе среди ординаторов и с преподавателем кафедры.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ. Ординатор заполняет историю болезни согласно указанной схеме: 1. Общие сведения о больной; 2. Жалобы. 3. Анамнез болезни (anamnesis morbi). 4. Анамнез жизни (anamnesis vitae). 5. Объективное исследование. 6. Травматологический (ортопедический) статус. 7. Предварительный диагноз с обоснованием. 8. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования. 9. Клинический диагноз. 10. Обоснование клинического диагноза. 11. Лечение. 12. Дневник. 13. Эпикриз. 14. Использованная литература.

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать

Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.66 **Травматология и ортопедия**.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.66. **Травматология и ортопедия** проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача – травматолога и ортопеда в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное и при необходимости эндоскопическое обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты рентгенологического и других лучевых методов исследования, результаты бактериологического исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой **отлично** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
- Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;

- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Организовывает необходимую и адекватную травматологическую и ортопедическую помощь;
- Быстро и профессионально оказывает неотложную травматологическую и помощь.
- Глубоко и профессионально оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования травматологических и ортопедических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных травматологическую и ортопедических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе к травматологическую и ортопедической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить постановку проблемы и оценивать ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную травматологическую и ортопедическую помощь;
- Не вполне профессионально оказывает неотложную травматологическую и ортопедическую помощь.
- Достаточно хорошо оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования травматологических и ортопедических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных Травматологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе травматологическую и ортопедической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не ставит постановку проблемы и не оценивает ее альтернативные решения

- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организывает необходимую и адекватную травматологическую и ортопедическую помощь;
- Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную травматологическую и ортопедическую помощь.
- Не достаточно хорошо оценивает состояние больного и слабо умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методикой комплексного обследования травматологических и ортопедических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных травматологическую и ортопедических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе травматологической и ортопедической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Неудовлетворительно - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием. Ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить поставленную задачу.

При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам травматологии и ортопедии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (купирование гипертонического криза, остановка кровотечения из различных источников, неотложная помощь при анафилактическом шоке, комах различной этиологии, стенозах и т.д.)

При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выразить свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Отметкой **отлично** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение органов брюшной полости и таза для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию органов брюшной полости и таза;
- Методики исследования состояния и функций органов брюшной полости и таза;
- Симптоматологию заболеваний органов брюшной полости и таза;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Ординатор продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение органов брюшной полости и таза для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию органов брюшной полости и таза;
- Методики исследования состояния и функций органов брюшной полости и таза;
- Симптоматологию заболеваний органов брюшной полости и таза;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Ординатор демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускаются одна - две неточности в ответе.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение органов брюшной полости и таза для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию органов брюшной полости и таза;
- Методики исследования состояния и функций органов брюшной полости и таза;
- Симптоматологию заболеваний органов брюшной полости и таза;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **неудовлетворительно** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности “Травматология и ортопедия”.

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-травматолог и ортопед” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-травматолог-ортопед”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию:

1. Вклад Н.Н. Приорова в развитие травматологии и ортопедии.
2. Классификация травматизма.
3. Детский травматизм и пути его профилактики.
4. Особенности обследования больных с травмой конечности.
5. Диагностика стабильных и нестабильных переломов позвонков в шейном отделе.
6. Методы консервативного лечения переломов.
7. Ось верхней конечности, относительная и абсолютная длина нижней конечности.
8. Ось нижней конечности, относительная абсолютная длина верхней конечности.
9. Достоверные и вероятные признаки переломов.
10. Основные методы обследования взрослых детей с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.
11. Особенности рентгенодиагностики травматолого-ортопедических больных.
12. Механизм травмы, классификация вывихов ключицы.
13. Диагностика и лечение переломов поперечных и остистых отростков.
14. Механизм травмы, классификация вывихов плеча
15. Измерить объем движений в тазобедренном суставе.
16. Как измерить радиоулярный угол, чему он равен в норме? Виды укорочения. Измерить функциональное укорочение нижней конечности.
17. Механизм травмы и классификация переломов ключицы и лопатки.
18. Выбор метода обезболивания при вправлении вывихов.
19. Показания к оперативному лечению переломов ключицы.
20. Особенности лечения вывиха акромиального конца ключицы.
21. Диагностика осложненных вывихов и перелома-вывиха плеча.
22. Особенности вправления перелома-вывихов плеча.
23. Транспортная иммобилизация с использованием стандартных и импровизированных шин, повязок.
24. Компрессионо-дистракционный остеосинтез аппаратами Илизарова, Калинберза, Гудушури, Волкова-Оганяно.
25. Паранефральная блокада по Вишневскому, показания, техника исполнения, количество анестетика.
26. Какие виды гипсовых повязок вы знаете?
27. Шейная вагосимпатическая блокада по Вишневскому. Показания, техника исполнения, количество анестетика.

28. Методы вправления свежих вывихов плеча.
29. Измерить объем движений в плечевом и локтевом суставе.
30. Механизм травмы, классификация вывихов предплечья.
31. Признаки повреждения легкого при закрытой травме груди.
32. Механизм повреждения и классификация переломов ребер и грудины.
33. Особенности консервативного и оперативного лечения флотирующих (окончатых) переломов ребер.
34. Лечение простых и множественных переломов ребер.
35. Лечение открытого, клапанного напряженного пневмоторакса.
36. Особенности обследования больных с травмой груди.
37. Техника вправления вывихов предплечья.
38. Измерить объем движений в коленном и голеностопном суставе.
39. Виды пневмоторакса, классификация, диагностика напряженного пневмоторакса, лечение.
40. Функциональный метод лечения переломов позвонков в грудном и поясничном отделах.
41. Профилактика и лечение дефектов осанки.
42. Ранняя диагностика сколиоза, виды лечения.
43. Классификация. Патогенез. Степени сколиоза.
44. Показания к оперативному лечению осложненных переломов позвоночника.
45. Консервативное лечение сколиоза. Показания к оперативному лечению.
46. Остеохондроз позвоночника. Классификация, этиология и патогенез.
47. Клиника, диагностика вывихов бедра. Техника вправления вывихов.
48. Консервативное лечение переломов костей таза.
49. Особенности выявления доминирующего повреждения при множественных и сочетанных повреждениях на догоспитальном этапе.
50. Общие принципы – техника наложения повязок. Ошибки.
51. Виды обезболивания при различных методах остеосинтеза.
52. Пункция сустава, техника выполнения. Очередность оказания помощи при различных вариантах политравмы.
53. Скелетное вытяжение. Цель и техника применения.
54. Особенности обследования больных с множественными и сочетанными повреждениями.
55. Особенности течения шока при политравме.
56. Признаки повреждения магистральных сосудов и нервов.
57. Техника первичной хирургической обработки открытых переломов голени и стопы.
58. Техника анестезии диафизарных переломов длинных костей.
59. Показания к выбору методов лечения диафизарных переломов голени.
60. Признаки необратимой ишемии.
61. Профилактика и лечение раневых осложнений при переломах костей голени и стопы.
62. Мышечная кривошея. Определение понятия. Значение ранней диагностики. Виды оперативных вмешательств при мышечной кривошее.
63. Клиника-рентгенологическая картина асептического некроза головки бедра у взрослых.
64. Профилактика врожденного вывиха бедра.
65. Диагностика врожденного вывиха бедра у детей второго полугодия жизни и в более старшем возрасте.

66. Клиническая диагностика врожденного вывиха бедра у детей первых месяцев жизни.
67. Врожденный вывих бедра, классификация, этиология, патогенез.
68. Классификация, механизм травмы, приводящей к вывиху бедра.
69. Ранняя рентгенодиагностика врожденного вывиха бедра у детей.
70. Функциональное лечение в зависимости от степени врожденного вывиха бедра и возраста ребенка.
71. Техника наложения скелетного вытяжения за бугристости большеберцовой кости, за пяточную кость.
72. Признаки необратимой ишемии.
73. Механизм травмы, клиника, диагностика переломов анатомической, хирургической шейки плеча.
74. Показания к оперативному лечению врожденного вывиха бедра у детей.
75. Техника шва и пластика ахиллова сухожилия.

76. Клиника, диагностика диафизарных переломов плеча.
77. Диагностика вторичных изменений в тазобедренном суставе в поздние сроки врожденного вывиха бедра.
78. Показания к оперативному лечению переломов пяточной кости.
79. Рентгенологические признаки перелома.
80. Клиника, диагностика надмышельковых переломов плеча.
81. Этиопатогенез. Стадии остеохондропатии. Принципы диагностики.
82. Клиника, диагностика лечения вывиха в суставе Шопара.
83. Клинико-рентгенологические признаки сращения перелома.
84. Показания, методы остеосинтеза переломов локтевого отростка.
85. Болезнь Пертеса. Клиника. Рентгенодиагностика. Консервативное лечение.
86. Клиника, диагностика, лечение вывиха в суставе Лисфранка.
87. Переломы лодыжек. Классификация, механизм травмы, лечение.
88. Вальгусное отклонение I пальца. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
89. Клинико-рентгенологические признаки длительного несращения перелома и ложного сустава.
90. Лечение перелома-вывихов костей предплечья (повреждение типа Монтеджи и Галеации).
91. Оперативное лечение остеохондропатии головки бедра.
92. Техника лапароцентеза.
93. Классификация, механизм переломов проксимального отдела бедра.
94. Болезнь Осгуд-Шлаттера. Диагностика. Консервативное лечение.
95. Внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову.
96. Методы оперативного лечения переломов.
97. Показания к выбору метода лечения переломов шейки бедра.
98. Болезнь Кенига. Диагностика. Консервативное лечение. Оперативное лечение болезни Кенига в фазе «суставной мышцы».
99. Синдром сдавления груди. Клиника, диагностика, лечение.
100. Внеочаговый чрезкостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации (виды аппарата).
101. Лечение повреждений таза типа Мальгенья. Лечение повреждений вертлужной впадины.
102. Классификация, механизм травмы диафизарных переломов бедра.

103. Диагностика типичной формы косолапости у детей разных возрастных групп. Консервативное лечение.
104. Механизм возникновения перелома Дюпюитрена.
105. Показания к оперативному лечению диафизарных переломов бедра.
106. Показание к оперативному лечению косолапостью.
107. Характеристика множественных, сочетанных повреждений опорно-двигательного аппарата.
108. Классификация, механизм травмы, приводящей к повреждению связок коленного сустава.
109. Продольное плоскостопие. Этиология. Патогенез. Диагностика. Профилактика. Лечение.
110. Клиника, диагностика повреждений менсков.
111. Механизм травмы, классификация диафизарных переломов костей голени.
112. Методы обследования костных опухолей.
113. Этиология. Патогенез. Классификация. Стадии остеоартроза.
114. Диагностика остеоартроза крупных суставов.
115. Методы лечения диафизарных переломов костей голени.
116. Особенности лечения в зависимости от степени ожога и периода клинического течения ожоговой болезни.
117. Классификация, диагностика и клиническое течение отморожения.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию:

1.

Во время игры в футбол мальчик 11 лет упал на разогнутую руку и почувствовал резкую боль в области правого локтевого сустава, где возникла выраженная деформация. Ребенок поддерживал травмированную конечность здоровой рукой, движения ограничены.

Вы врач скорой помощи. Ваш предварительный диагноз и объем неотложной помощи на догоспитальном этапе, план обследования и лечения.

2.

Во время оказания акушерского пособия в родах новорожденный получил травму правой ручки. При осмотре в клинике - ручка свисает вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны в локтевом суставе. При ротационных движениях в локтевом суставе определяется легкая крепитация.

Определить объем неотложной помощи в условиях родильного дома и тактику педиатра. Показания и сроки перевода в хирургию новорожденных, диагноз, тактика лечения, возможные осложнения.

3.

Мальчик 10 лет в течение нескольких часов находился на сильном морозе за городом. Замерзающего ребенка обнаружили лыжники, которые доставили его в ближайшую районную больницу.

Диагностировано глубокое отморожение обеих кистей и пальцев стоп. Тактика лечения на догоспитальном и госпитальном этапе /общее и местное лечение/.

4.

Девочка 12 лет во время занятий спортом выполняла кувырок и при падении почувствовала боль в спине. Была кратковременная задержка дыхания. На следующий день обратилась в поликлинику к педиатру с жалобами на боли в спине.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

5.

Трехлетний ребенок упал с высоты второго этажа. Отмечалась кратковременная потеря сознания, однократная рвота. Доставлен в стационар машиной скорой помощи. Объективно: в теменно-височной области слева имеется травматическая припухлость. Неврологический статус - без отклонений от нормы. На рентгенограммах костей черепа травматических повреждений не выявлено. При динамическом наблюдении через 10 часов после травмы состояние больного ухудшилось - появилось беспокойство, светобоязнь, головная боль. Вскоре ребенок потерял сознание, отмечались клонико-тонические судороги слева и правосторонний парез. Выявлена анизокория /левый зрачок шире правого/, брадикардия. Артериальное давление 80/40 мм р.ст.

Ваш предварительный диагноз. Определите необходимый объем обследований при поступлении в стационар. Тактика лечения.

6.

В родильном доме педиатром при осмотре новорожденного обнаружен симптом “щелчка” при отведении правого бедра, ограничение разведения бедер.

К Вам на прием родители обратились, когда ребенку исполнилось три недели.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения ребенка.

7.

Отец, подбрасывая своего годовалого ребенка, случайно уронил его на пол. Мальчик ударился головой, была кратковременная потеря сознания, задержка дыхания, бледность кожных покровов, однократная рвота. Вскоре ребенок уснул. В приемное отделение больницы ребенок доставлен родителями на такси.

При осмотре - в теменной области справа имеется вдавление на участке 3 x 2 см. и на глубину до 0,7 см. неврологическом статусе - патологических симптомов нет.

Ваш предварительный диагноз. Тактика обследования и лечения.

8.

Девочка 2 лет потянула скатерть со стола и опрокинула на себя чайник с кипятком. Получила ожог лица, передней поверхности шеи и груди, а также обеих кистей рук.

Ваши мероприятия на догоспитальном этапе. Методы определения степени ожоговой травмы, площади поражения.

Противошоковые мероприятия на догоспитальном этапе.

9.

Ребенок трех лет шел по улице с мамой, оступился и стал падать. Мама потянула за руку и удержала его от падения, но в ту же минуту ребенок стал жаловаться на боль в руке. Внешне форма локтевого сустава не изменилась. Движения в локтевом суставе ограничены, супинация и пронация невозможны из-за боли.

Ваш диагноз, тактика лечения.

10.

Ребенок 8 месяцев дома упал на пол с дивана. Сразу заплакал, была однократная рвота. Спал беспокойно. Ребенок был осмотрен участковым

педиатром - состояние средней тяжести, вял, сонлив, негативно реагирует на осмотр. В неврологическом статусе локальных симптомов не выявлено. Отмечен горизонтальный нистагм при максимальном отведении глазных яблок. Сухожильные, брюшные рефлексы равные, но быстро истощаются. Наружной краниогематомы нет.

Ваш диагноз. План обследования, тактика лечения.

11.

Больной 8 лет поступил в отделение реанимации через 40 минут после автомобильной катастрофы. Состояние крайней тяжести, сознание отсутствует, кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Отмечается сглаженность правой носогубной складки, анизокория. Левое бедро на уровне $\frac{1}{3}$ деформировано. Множественные ссадины. В теменной области слева определяется гематома. Из левой ушной раковины - ликворея. Мышечная гипотония. Дыхание частое поверхностное проводится с обеих сторон. Тоны сердца 140 уд. в 1 мин. приглушены. Пульс слабого наполнения. АД 60/30 мм рт.ст.

Ваш предварительный диагноз, тактика врача скорой помощи.

Составить план обследования ребенка в стационаре, тактика лечения.

12.

Вы осматриваете новорожденного ребенка в возрасте 3-х недель, родившегося с симптомами перенесенной перинатальной гипоксии. Определяется выраженный гипертонус мышц конечностей. Отведение бедер ограничено.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения.

Ортопедия

13.

У ребенка 6 месяцев диагностирован левосторонний врожденный вывих бедра. Какие клинические и рентгенологические симптомы Вы выявите у этого ребенка.

Ваша тактика лечения и прогноз.

14.

Вы осматриваете ребенка 1 года 3-х месяцев, который только начал ходить. Походка “утиная” .

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.. Прогноз.

15.

Ребенок 5 лет последние 4 недели прихрамывает, жалуется на боли в правом коленном суставе.

При осмотре патологии со стороны коленного сустава не выявлено. Сгибание и ротационные движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Температура и анализы крови в норме.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

16.

Мальчик 13 лет (вес 52 кг) жалуется на боли в правой нижней конечности, прихрамывает при ходьбе.

При осмотре ротационные движения в тазобедренном суставе болезненны, других изменений не выявлено.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

17.

Вы осматриваете ребенка 14 дней и отмечаете, что он держит голову в положении наклона влево и поворота в правую сторону. При пальпации определяется веретенообразное уплотнение по ходу левой кивательной мышцы. Лимфоузлы не увеличены. Признаков воспаления нет.

Ваш диагноз и тактика лечения.

18.

У новорожденного ребенка 7 дней Вы выявили патологическую установку стоп - подошвенное сгибание и супинацию.

Ваш диагноз и тактика лечения. Осложнения при поздней диагностике.

19.

Мальчик 10 лет катался на велосипеде, упал и ударился животом о руль. Почувствовал боль в левом подреберье. Ребенок самостоятельно пришел домой. Через несколько часов усилились боли в животе, стали иррадиировать в левое надплечье. Была двукратная рвота. Мальчик все время занимал вынужденное положение на левом боку. Температура - 37,6, тахикардия, А/Д - 90/60 мм рт.ст. Стул и мочеиспускание в норме.

При осмотре в левом подреберье определяется болезненность, ригидность мышц и симптом Щеткина-Блюмберга.

Вы - дежурный врач неотложной помощи. Ваш диагноз и тактика лечения. План обследования на госпитальном этапе, тактика лечения.

20.

В течение 3-х месяцев ребенок 8 лет жалуется на боли в области средней трети голени, которые его беспокоят только к вечеру и ночью. В то же время в течение всего дня мальчик активен и занимается физкультурой в школе.

При осмотре голени никаких патологических симптомов не выявлено. Анализы крови, мочи, биохимия крови - в норме.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

21.

У новорожденного ребенка, рожденного путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, отмечено вынужденное, с отведением положение правой ножки. Активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны. На границе верхней и средней трети бедра

отмечается угловая деформация, крепитация и патологическая подвижность.

Диагноз, первая помощь, тактика врача родильного дома.
План обследования, тактика лечения и прогноз.

22.

Вы врач скорой помощи. Ребенок сбит автомашиной.
Обстоятельства травмы не помнит. Была кратковременная потеря сознания.

При осмотре жалобы на боль в правой паховой области и лобке. Сдавление костей таза болезненно. Положителен симптом “прилипшей пятки” с двух сторон. Ребенок самостоятельно помочился – моча без патологических примесей.

Ваш предварительный диагноз. Первая помощь на догоспитальном этапе. План обследования, тактика лечения.

23.

Вы осматриваете ребенка 1 года 3-х месяцев, который только начал ходить. При осмотре походка неустойчивая, хромота. Отмечается ассиметрия кожных складок, укорочение правой ножки. Ограничение отведения правого бедра.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения, прогноз.

24.

Во время урока труда у мальчика 12 лет рука попала в электропилу. Произошло отсечение 3,4,5 –го пальцев левой кисти. В тяжелом состоянии через 2 часа после травмы ребенок бригадой скорой помощи доставлен в клинику. Перед транспортировкой был наложен жгут. Внутримышечно введен анальгин и пипольфен в возрастной дозировке.

При поступлении кожные покровы бледные. Пульс слабый до 140 в мин., АД – 80/40 мм.рт.ст.

Отсеченные фрагменты пальцев доставлены в пакете со льдом.

Правильно ли оказана первая помощь на догоспитальном этапе, достаточны ли противошоковые мероприятия. Тактика лечения.

Новые

25.

У ребенка с рождения обнаружено сращение 3-4 пальцев кисти.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

26.

У ребенка с рождения обнаружен дополнительный пальчик на кисти.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

27.

У ребенка при купании случайно обнаружено плотное, неподвижное, безболезненное образование на голени.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

28.

Ребенок упал на руку. В связи болезненностью в травматологическом пункте выполнен рентгеновский снимок.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Травма-новые задачи

Задача 1

Вывих костей предплечья

В приёмное отделение обратился мальчик 14 лет в сопровождении учителя. Известно, что 30 минут назад ребенок на уроке физкультуры, во время игры в волейбол упал на пол, опираясь на правую руку. Возникла резкая боль и деформация в области локтевого сустава. Активные движения в локтевом суставе стали невозможны из-за выраженной болезненности. При осмотре рука находится на повязке-косынке, ребенок придерживает поврежденную конечность. Отмечается отек в области сустава, участки кровоизлияний в окружающие мягкие ткани. Движения в пальцах кисти сохранены, капиллярная реакция без существенных нарушений.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

Задача 2

Отрыв внутреннего надмыщелка плечевой кости

Ребенок 14 лет обратился с жалобой на сохраняющуюся контрактуру в локтевом суставе после снятия иммобилизирующей повязки и несмотря на проводимый ЛФК и массаж. Из анамнеза известно, что 6 недель назад ребенок получил травму – вывих костей предплечья. В условиях травмпункта произведено устранение вывиха. Контрольная рентгенограмма не выполнялась. Конечность была фиксирована в среднефизиологическом положении, в гипсовой лонгете в течение 3 недель..

Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

Задача 3

Патологический перелом на фоне кисты кости.

Ребенок 10 лет обратился с жалобами на умеренный боли в области верхней трети правой плечевой кости. Из анамнеза известно, что 3-и месяца назад ребенок получил травму на даче во время игры в футбол. Мяч попал в область плечевого сустава, после чего появилась резкая болезненность в верхней трети плеча. Нарушение функции было умеренным, деформации не определялось. Ребенок обратился в загородную больницу, где после рентгенографии был поставлен диагноз: “Закрытый перелом плечевой кости без смещения”, наложена гипсовая лонгета на 4 недели. На контрольной рентгенограмме положение отломков удовлетворительное.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

Задача 4

Костная опухоль. Перелом

Вы врач приемного отделения. К Вам обратились родители с ребенком 10 лет с жалобами на боли в области предплечья, которые появились после того, как 10 дней назад ребенок находившийся на заднем сидении автомобиля при резком торможении оперся на спинку переднего сиденья. При этом ребенок почувствовал боль и ощутил «хруст» в области нижней трети предплечья. Из анамнеза известно, что умеренные боли,

усиливающиеся в ночное время у ребенка отмечаются в течение 3 мес.

При осмотре конечность на повязке-косынке. В области верхней трети плеча отмечается припухлость, усиление сосудистого рисунка. Пальпация в области плеча болезненная, лихорадит до 37,5

Ваш предварительный диагноз.

План обследования и тактика лечения.

Задача 5

Поднадкостничный перелом.

Ребенок 5 лет обратился с жалобами на боли в нижней трети предплечья. Из анамнеза известно, что 2 часа назад ребенок, катаясь на коньках, упал на лед с опорой на руку, после чего появилась боль в указанной области.

При осмотре: визуально верхние конечности не изменены, функция без выраженных нарушений, повреждений мягких тканей нет. При пальпации отмечается умеренная болезненность в проекции нижней трети лучевой кости и пастозность мягких тканей над зоной травмы.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

Задача 6

Перелом по типу «зеленой веточки»

Родители ребенка 3-х лет, обратились с жалобой на боли в области предплечья. Из анамнеза известно, что 2 часа назад ребенок упал на игровой площадке с горки на руку. Сразу появилась угловая деформация, резкая боль в средней трети предплечья. Врачами скорой выполнена транспортная иммобилизация поврежденной конечности.

При осмотре конечность фиксирована шиной. Нейроциркуляторных нарушений не выявлено.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

Задача 7

Переломо-вывих костей предплечья

В травмпункт обратился ребенок 12 лет в сопровождении отца в связи с травмой верхней конечности. Из анамнеза известно,

что 3 часа назад ребенок катаясь на горных лыжах упал на собственную руку, после чего возникла резкая боль в области средней трети предплечья. Первая помощь оказана отцом. Одежда не снималась, поврежденная рука фиксирована бинтами к туловищу. Ребенок доставлен в травмпункт на автомашине отца.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Аккуратно снята верхняя одежда. При осмотре конечности отмечается угловая деформация предплечья в средней трети, выраженное ограничение ротационных движений предплечья. Выполнена рентгенография предплечья в области деформации. Выявлен перелом локтевой кости в средней трети.

Ваш предварительный диагноз.

План обследования и тактика лечения.

Новые Ситуационные задачи по ортопедии

Задача №1

У новорожденного 3 недель жизни при декретированном осмотре педиатром обнаружено ограничение разведения бедер с обеих сторон и сомнительный симптом “щелчка”. В неврологическом статусе ребенка признаки мышечной дистонии постгипоксического генеза.

К Вам родители обратились, когда ребенку исполнилось 1 месяц
Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения
ребенка.

Правый сустав угол $\alpha=65^\circ$ угол $\beta=53^\circ$ Левый сустав угол
 $\alpha=63^\circ$ угол $\beta=51^\circ$

Задача №2

Девочке 6 месяцев жизни сделана рентгенография тазобедренных суставов, диагностирован левосторонний врожденный вывих бедра. С рождения ребенок осматривался в декретированные сроки педиатром, патология не заподозрена, УЗИ-скрининг тазобедренных суставов в 1 месяц не проводилось. Какие клинические и рентгенологические симптомы Вы выявите у этого ребенка.

Ваша тактика лечения и прогноз.

Задача №3

На прием к ортопеду обратились родители с девочкой в возрасте 2-х лет с жалобами на то, что ребенок ходит, переваливаясь с ноги на ногу. Известно, что семья проживает в сельской местности, ортопедом с рождения не наблюдалась. Из анамнеза известно, что ребенок начал ходить после года. При осмотре - походка “утиная”, разведение и ротационные движения в суставах ограничены, с обеих сторон выявляется симптом «щелчка».

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.
Прогноз.

Задача №4

Ребенок 5 лет последние 6 недель начал прихрамывать на правую ногу, появились жалобы на боли в правом коленном суставе. При осмотре патологии со стороны коленного сустава не выявлено. Сгибание и ротационные движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Температура и анализы крови в норме.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

Задача №5

Вы осматриваете ребенка 14 дней и отмечаете, что он держит голову в положении наклона вправо и поворота в левую сторону. При пальпации определяется

веретенообразное уплотнение по ходу правой кивательной мышцы. Лимфоузлы не увеличены. Признаков воспаления нет.
Ваш диагноз и тактика лечения.

Задача №6

У новорожденного ребенка 7 дней Вы выявили патологическую установку стоп - подошвенное сгибание и супинацию. Вывести стопу в среднефизиологическое положение не удастся. Данное состояние наблюдается у ребенка с рождения.
Ваш диагноз и тактика лечения. Осложнения при поздней диагностике.

Задача №7

У ребенка с рождения обнаружен добавочный палец правой кистей. Родители после выписки из родильного дома направлены на консультацию хирурга для решения вопроса об оперативном лечении.
Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задача №8

У мальчика 12 лет при диспансерном осмотре в школе выявлена асимметрия мышц спины при наклоне вперед, остистые отростки позвонков находятся не на одной линии, при осмотре в вертикальном положении со спины отмечается асимметрия лопаток. Ребенок отмечает, что при длительной нагрузке на позвоночник периодически возникают ноющие боли. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

Задача №9

Болезнь Шляттера

Мальчик 12 лет занимается в футбольной секции, последние 2 месяца стал жаловаться на боли в области правого коленного сустава после тренировки и нагрузок на ноги. При осмотре проекции бугристость большеберцовой кости увеличена в объеме и резко болезненна при перкуссии. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

Задача №10

Остеоид остеома

У мальчика 10 лет последние 8 месяцев отмечаются жалобы на ночные боли в области верхней трети правой голени, ребенок просыпается ночью и долго не может уснуть без приема обезболивающих препаратов. При клиническом осмотре патологии не выявлено, травмы в анамнезе не отмечено. Ребенку проводился курс физиотерапии по месту жительства по поводу артрита правого коленного сустава, мальчик был освобожден от занятий физкультурой, однако эффекта от проведенной терапии получено не было. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

Задача №11

Назофарингиальная кривошея

Девочка 6 лет во время прогулки на улице неудачно повернула голову, после чего возникло вынужденное положение головы, ребенок перестал поворачивать шейю. Из анамнеза известно, что ребенок наблюдается у ЛОР-врача по поводу хронического аденоидита. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

Задача №12

Плоско-вальгусные стопы

Родители девочки 4 лет обратились к ортопеду с жалобами на то, что их ребенок постоянно снашивает обувь по внутренней поверхности, при ходьбе дома без обуви виден «завал» стоп кнутри и вальгусная установка нижних конечностей. Из анамнеза известно, что роды протекали с осложнениями и ребенок длительно наблюдался невропатологом с гипертензионным синдромом. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

Задача №13

Косоруконость

При рождении в родильном доме у ребенка была выявлена патология правой верхней конечности, после выписки родителей направили на консультацию к ортопеду. При осмотре отмечено отклонение кисти в лучевую сторону, укорочение предплечья и отсутствие 1 пальца кисти. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

Задача №14

Амниотические перетяжки

Родители с ребенком в возрасте 7 недель обратились к ортопеду. При осмотре отмечается «странгуляционная» борозда (глубокая перетяжка) в нижней трети левой голени. Гиперемии и болезненности при пальпации не выявлено. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики и план лечения.

2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

Укажите определяющие признаки травматического вывиха:

1. отек области сустава
2. гиперемия области сустава
3. -разобщение суставных концов костей
4. -«симптом» упругой фиксации

Укажите достоверные признаки перелома:

1. -патологическая подвижность
2. -крепитация отломков
3. боль при пальпации
4. наличие кровоподтека
5. лимфодема
6. болезненность при осевой нагрузке в области травмы

7. -визуально определяются фрагменты кости

8. -рентгенологические признаки

Назовите основные виды хромоты:

1. -щающаяся, нещающаяся

2. -перемежающая

3. вальгизирующая

4. варизирующая

Назовите условия, необходимые для сращения отломков:

1.-анатомичная репозиция

2.-стабильная фиксация на весь период консолидации

3. фиксация до появления признаков костной мозоли

4. фиксация до появления контрактур в смежных суставах

5.-диастаз между отломками 50-100 мкм

Укажите методы остеосинтеза:

1. -накостный

2. -интрамедуллярный

3. боковой

4. медиальный

5. -внеочаговый

6. -стабильно-функциональный остеосинтез

Назовите наиболее часто встречающиеся ранние осложнения переломов трубчатых костей:

1. -травматический шок

2. -жировая эмболия

3. остеомиелит

4. подкожная эмфизема

5. -тромбоэмболия

6. -кровотечение

7. -повреждение сосудисто-нервного пучка

Укажите поздние осложнения переломов:

1. -ложные суставы

2. -контрактуры суставов

3. артриты

4. -травматический остеомиелит
5. хронический бронхит
6. эмфизема легких

Укажите виды ложных суставов:

1. -атрофический
2. ишемический
3. дегенеративный
4. -гипертрофический
5. -гипотрофический

Отметьте признаки ложного сустава:

1. -время сращения превышает два оптимальных срока консолидации
2. -эластичная подвижность в зоне перелома
3. боль при нагрузке по оси сегмента
4. гиперемия в области перелома
5. корешковый синдром на стороне поражения
6. -рентгенологические признаки (наличие линии перелома, закрыты костно-мозговые каналы, дефекты кости)

Укажите рентгенологические признаки гипертрофического ложного сустава:

1. -облитерация костномозгового канала
2. остеопороз костных отломков
3. -склероз концов костных отломков
4. -наличие щели между отломками
5. истончение кортикального слоя отломков
6. -выраженная периостальная костная мозоль

Какие связки повреждаются при вывихе акромиального конца ключицы:

1. клюво-плечевая
2. -ключично-акромиальная
3. грудино-ключичная
4. -ключично-клювовидная

Тракцией какой мышцы обусловлено смещение проксимального отломка ключицы кверху при переломе ее в средней трети?

1. -грудино-ключично-сосцевидной
2. лестничной
3. широкой

Укажите положение верхней конечности в момент повреждения при аддукционном переломе хирургической шейки плечевой кости:

1. отведение
2. -приведение
3. сгибание

Укажите положение верхней конечности в момент повреждения при абдукционном переломе хирургической шейки плечевой кости:

1. -отведение
2. приведение
3. сгибание

Укажите положение верхней конечности при лечении перелома большого бугорка плечевой кости:

1. приведение
2. -отведение до 90°
3. внутренняя ротация
4. -наружная ротация

Отметьте наиболее частое осложнение перелома плечевой кости в средней и нижней трети:

1. повреждение плечевой артерии
2. повреждение локтевого нерва
3. -повреждение лучевого нерва
4. повреждение двуглавой мышцы плеча

Выделите нарушения функций при повреждении лучевого нерва:

1. -невозможность разгибания основной фаланги 1-го пальца кисти
2. -невозможность противопоставления 1-го пальца
3. -отсутствие разгибания кисти
4. невозможность разведения пальцев кисти
5. потеря чувствительности на 1-ом пальце

Какой вид обезболивания используется при вправлении вывиха плеча:

1. проводниковая анестезия
2. -масочный наркоз
3. местная анестезия
4. -внутривенный наркоз с миорелаксантами

По какому краю ребра расположены реберная артерия и нерв:

1. по переднему
2. по верхнему
3. -по нижнему

Каков механизм травмы при переломах типа Монтеджа?

1. падение на кисть
2. падение на локоть
3. -прямое воздействие на диафиз локтевой кости
4. прямое воздействие на диафиз лучевой кости

Одним из признаков перелома-вывиха предплечья типа Галеацци является:

1. угловая деформация предплечья «к тылу»
2. угловая деформация предплечья «к ладони»
3. -лучевая косорукость

Укажите типичный механизм травмы при переломах лучевой кости предплечья в «типичном месте»:

1. -падение с упором на кисть
2. удар по кисти
3. падение на локоть

Укажите типичное смещение дистального отломка при переломе Коллиса:

1. -к тылу
2. в ладонную сторону

3. -в лучевую сторону

4. в локтевую сторону

Укажите типичное смещение дистального отломка при переломе Смита:

1. в тыльную сторону

2. -в ладонную сторону

3. -в лучевую сторону

4. в локтевую сторону

В каком положении кисти накладывается гипсовая лонгета при переломе дистального метаэпифиза лучевой кости без смещения?

1. -в среднефизиологическом

2. в ульнарной девиации

3. в радиальной девиации

В каком положении кисти накладывается гипсовая лонгета после репозиции при переломе Коллиса?

1. в среднефизиологическом

2. в разгибании

3. -в ульнарной девиации

4. в радиальной девиации

В каком положении кисти накладывается гипсовая лонгета после репозиции при переломе Смита?

1. в среднефизиологическом

2. -в разгибании

3. в сгибании

4. -в ульнарной девиации

5. в радиальной девиации

Отметьте типичное смещение отломков при переломе диафизов пястных костей:

1. -под углом, открытым к тылу

2. под углом, открытым ульнарно

3. -под углом открытым к ладони

Признаком свежего полного повреждения сухожилий пальцев является:

1. ограничение пассивных движений в суставах пальцев

2. -невозможность активных движений в суставах пальцев

3. разболтанность в суставах пальцев

Для повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца кисти характерно:

1. отсутствие активного сгибания средней фаланги

2. -отсутствие активного сгибания дистальной фаланги

3. отсутствие активного сгибания пальца

Для повреждения сухожилия поверхностного и глубокого сгибателей характерно:

1. отсутствие активного сгибания дистальной фаланги

2. -отсутствие активного сгибания средней и дистальной фаланги

3. отсутствие активного сгибания всего пальца

Укажите перелом таза, при котором возможен разрыв уретры:

1. перелом седалищных костей

2. -перелом типа « бабочки»
3. перелом крыши вертлужной впадины

При переломах таза с целью иммобилизации используют следующее положение:

1. Тренделенбурга
2. -Волковича
3. Ортнера

Назовите позвонок, не имеющий тела:

1. -1-ый шейный
2. 1-ый поясничный
3. 1-ый крестцовый

Укажите, чем обусловлен «псевдоабдоминальный» синдром при переломах позвоночника:

1. сдавлением спинного мозга
2. раздражением мозговых оболочек
3. -раздражением корешков спинного мозга
4. повреждением внутренних органов брюшной полости

Для какой патологии характерен симптом «пуговчатого» кифоза:

1. идиопатический сколиоз
2. болезнь «Бехтерева»
3. компенсаторный сколиоз
4. -компрессионный перелом тел позвонков II-III ст.

Укажите, какие переломы бедренной кости относятся к медиальным:

1. -капитальные
2. -субкапитальные
3. -чресшеечные
4. чрезмышцелковые
5. надмышцелковые
6. -базоцервикальные

Укажите сроки консолидации медиальных переломов шейки бедренной кости:

1. 5-6 недель
2. 2-3 месяца
3. -6-9 месяцев
4. 10-12 месяцев

Для каких возрастных категорий больных наиболее характерны переломы проксимального отдела бедренной кости:

1. дети и подростки
2. лица зрелого возраста
3. -пожилые люди
4. -лица старческого возраста

Укажите в каком положении будет находиться проксимальный отломок бедренной кости при переломе ее в 1/3:

1. -сгибание
2. -отведение
3. -наружной ротации
4. разгибание

5. приведение

Какие методы лечения можно использовать при переломах диафиза бедренной кости, как самостоятельные:

1. иммобилизация задней гипсовой лонгетой
2. -скелетное вытяжение
3. -погружной остеосинтез
4. -osteосинтез аппаратами внешней фиксации (ВКДО)

Укажите наиболее тяжелые осложнения при переломах бедренной кости:

1. -травматический шок
2. -жировая эмболия
3. -тромбоэмболия
4. тромбоз
5. лимфодема

Укажите виды травматических вывихов бедра:

1. -передние
2. -задние
3. внутренние
4. наружные

Отметьте наиболее рациональный способ ведения больного после вправления вывиха бедра у взрослых:

1. задняя гипсовая лонгета
2. кокситная гипсовая повязка
3. -постоянное скелетное вытяжение
4. наложение аппарата внешней фиксации

Укажите наиболее часто встречающиеся поздние осложнения травматических вывихов бедра у взрослых:

1. -аваскулярный некроз головки бедра
2. тромбоз подкожных вен
3. -кокситроз
4. остеомиелит бедра

Укажите наиболее частый анамнестический и клинический симптом при повреждении мениска:

1. симптом поршня
2. -симптом блокады
3. патологическая подвижность в коленном суставе

Укажите симптомы, характерные для повреждения менисков коленного сустава:

1. -симптом блокады
2. -симптом Турнера
3. -симптом лестницы
4. симптом Лозинского
5. симптом Габая

Для повреждения каких анатомических образований наиболее характерен симптом «выдвижного ящика»:

1. разрыв собственной связки надколенника

2. разрыв медиального мениска

3. -разрыв крестообразных связок

Укажите консервативные способы лечения переломов костей голени:

1. -скелетное вытяжение

2. компрессионно-дистракционный остеосинтез

3. -фиксация гипсовой повязкой

4. костно-пластическая реконструкция

Остеосинтез бывает:

1. прямой

2. -внутрикостный

3. непрямой

4. -накостный

5. сочетанный

6. -стабильно-функциональный

7. -ситуационный

8. -компрессионно-дистракционный

Укажите отделы большеберцовой кости с наименее благоприятными условиями для сращения отломков:

1. верхняя треть диафиза

2. нижний метадиафиз

3. -нижняя треть диафиза

4. верхний метадиафиз

Укажите, какой вид гипсовой повязки наложите больному при переломе наружной лодыжки без смещения отломков?

1. кокситная

2. гонитная

3. -U-образная

4. окончатая

Выделите анатомо - морфологические признаки, характерные для дисплазии тазобедренного сустава у детей грудного возраста:

1. -гипоплазия вертлужной впадины

2. гиперплазия вертлужной впадины

3. -недоразвитие головки бедра

4. поворот верхнего конца бедра кзади

5. -замедленное окостенение головки бедра

Выделите положения стопы, составляющие элементы врожденной косолапости:

1. -сгибание стопы

2. -супинация стопы

3. -приведение переднего отдела стопы

4. поворот переднего отдела стопы кнаружи

5. тыльное сгибание стопы

6. пронация стопы

С какого возраста следует начинать консервативное лечение врожденной мышечной кривошеи.

1. 1 неделя

2. 1 месяц
3. -с момента отпадения пуповины
4. с момента держания головки

Укажите методы консервативного лечения врожденной мышечной кривошеи:

1. -корректирующая гимнастика
2. корректирующая редрессация
3. корректирующая остеотомия
4. -массаж
5. -корректирующая фиксация

Укажите симптомы, характерные для перелома шейки бедра:

1. -укорочение и наружная ротация конечности
2. удлинение и приведение конечности
3. укорочение и внутренняя ротация конечности
4. удлинение и отведение конечности

Укажите симптомы, характерные для заднего вывиха бедра:

1. отведение и наружная ротация конечности
2. -приведение и внутренняя ротация конечности
3. приведение и наружная ротация конечности
4. отведение и внутренняя ротация конечности

Укажите опасность переломов в н/3 бедра:

1. -повреждение подколенной артерии и б/берцевого нерва
2. повреждение бедренного нерва
3. тромбоз глубоких вен бедра
4. повреждение запирательного нерва

Основным источником регенерации костной ткани при диафизарных переломах у детей является:

1. межотломковая гематома
2. эндост
3. -периост
4. костный мозг

Основной причиной пониженной регенерации костной ткани при переломах у лиц пожилого и старческого возраста является:

1. синильный психоз
2. -изменения метаболизма с преобладанием катаболических процессов
3. недостаток витаминов и микроэлементов
4. атеросклероз сосудов

Стабильно-функциональный остеосинтез рационален при использовании:

1. -пластин с угловой стабильностью
2. винтов
3. спиц
4. -интрамедуллярных конструкций с блокированием

Что предусматривает функциональный метод лечения компрессионных стабильных переломов тел позвонков?

1. вытяжение петель Глиссона

2. вытяжение за таз
3. -создание внутреннего мышечного корсета путём проведения массажа и лечебной гимнастики с первых дней после травмы
4. наложение гипсового корсета

Для анкилоза сустава характерно:

1. качательные движения
2. ограниченные движения
3. ротационные движения
4. -полная неподвижность

Главным недостатком метода постоянного скелетного вытяжения является:

1. -длительный срок постельного режима и гиподинамия
2. перерастяжение близлежащих к перелому суставов
3. инфицирование мягких тканей вокруг спиц
4. неврологические расстройства

Укажите причины контрактуры Фолькмана:

1. повреждение срединного нерва на уровне локтевого сустава
2. флеботромбоз верхней конечности
3. -ишемические нарушения в результате повреждения артериальных сосудов
4. длительная гипсовая иммобилизация при переломах предплечья

Для типичного подкожного разрыва ахиллова сухожилия характерно все перечисленное, кроме

1. разрыв сухожилия происходит на фоне дегенеративно-трофических изменений
2. разрыв сухожилия происходит после неожиданного некоординированного резкого сокращения трехглавой мышцы голени
3. -разрыв чаще локализуется в месте перехода мышцы в сухожилие

Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллова сухожилия проявляется

1. западением в области разрыва ахиллова сухожилия
2. невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги
3. -отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени
4. резком ограничении супинации стопы
5. ощущением щелчка при разрыве ахиллова сухожилия

Контрактура Фолькмана возникает вследствие

1. повреждения плечевого сплетения
2. -продолжительного значительного, но не полного нарушения артериального кровотока
3. короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
4. двойного перелома плечевой кости

Наиболее опасной локализацией для развития контрактуры Фолькмана при переломе плеча является

1. внутрисуставной перелом проксимального отдела плеча
2. перелом плеча в верхней трети
3. перелом плеча в средней трети
4. -перелом плеча в нижней трети

Наиболее часто вывихи возникают

1. в тазобедренном суставе
2. в коленном суставе
3. -в плечевом суставе
4. в локтевом суставе
5. в лучезапястном суставе

Вывих плеча часто сопровождается переломом

1. малого бугорка
2. -большого бугорка
3. шиловидного отростка лопатки
4. клювовидного отростка лопатки
5. ключицы

Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается

1. -с рождения
2. в возрасте 1 месяца
3. в возрасте 1-2 месяцев
4. в возрасте 3 месяцев и старше

Основным ранним клиническим симптомом деформирующего артроза тазобедренного сустава является

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

Дифференцировать коксартроз следует

1. с ревматоидным полиартритом
2. с туберкулезным процессом
3. с болезнью Бехтерева
4. -с остеохондрозом с корешковым синдромом
5. с сакроилиитом

Наиболее характерный рентгенологический признак коксартроза

1. сужение суставной щели
2. дегенеративная киста в головке и в крышке впадины
3. костные разрастания вокруг сустава
4. склероз субхондрального участка головки и впадины в области наиболее нагруженной части сустава
5. -все перечисленное

При разрыве передней крестообразной связки коленного сустава характерным симптомом является

1. блокада коленного сустава
2. -симптом «выдвижного ящика»
3. сгибательная контрактура в коленном суставе
4. симптом «прилипшей пятки»

Типичная локализация остеогенной саркомы

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

Какие виды переломов верхней конечности наиболее типичны для детского возраста?

1. -поднадкостничный перелом
2. оскольчатый перелом
3. -эпифизеолиз
4. поперечный перелом

С каким заболеванием необходимо дифференцировать травматические повреждения плечевой кости новорожденного?

1. лимфангиома плеча
2. -эпифизарный остеомиелит
3. -перелом ключицы
4. рахит

Укажите клинические признаки врожденной мышечной кривошеи:

1. -ассиметрия лица
2. -укорочение кивательной мышцы
3. выступающая лопатка
4. синостоз

Какие способы консервативного лечения применяют при врожденной косолапости?

1. -этапные циркулярные гипсовые повязки от с/3 бедра
2. тотальная тенолигаментокапсулотомия
3. -метод Виленского
4. бинтование по Финку-Эттингену

Укажите начало срока проведения консервативного лечения врожденной косолапости:

1. -с 5-7 дня раннего неонатального периода
2. 2 месяца
3. с 6 месяцев
4. после 1 года

Отметьте характерные изменения, имеющиеся при врожденной косолапости:

1. -порочное положение стопы
2. -атрофия мышц голени
3. укорочение нижней конечности
4. -ограничение движений в голеностопном суставе

Что вы понимаете под термином «сколиоз»?

1. усиление грудного изгиба позвоночника
2. усиление поясничного изгиба позвоночника
3. -боковое искривление позвоночника с торсией тел позвонков
4. асимметричное положение плечевого пояса

Какие признаки характеризуют 1 степень сколиоза?

1. фронтальный дефект осанки
2. -наличие реберного возвышения на стороне поражения
3. -наличие торсии позвонков, определяемой на рентгенограмме
4. угол первичной дуги искривления 18 градусов

Когда наиболее ярко проявляются признаки врожденной мышечной кривошеи в период новорожденности?

1. в первые 3-5 дней после рождения
2. на 10-14 день после родов
3. -в возрасте 1 месяца
4. в возрасте 3 месяца
5. клинические симптомы в этот период не выражены

Назовите наиболее достоверный признак врожденного вывиха бедра у новорожденного.

1. ограничение отведения бедер
2. -симптом Маркса-Ортолани, Барлоу, ротационной нестабильности (соскальзывание головки)
3. укорочение ножки
4. асимметрия кожных складок
5. наружная ротация ножки

В каком возрасте следует начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра?

1. -в период новорожденности
2. в первые полгода жизни
3. до 1 года
4. показано оперативное лечение
5. в возрасте от 1 года до 3 лет

Когда следует начинать лечение ребенка с врожденной косолапостью?

1. -в первые 2- 3 недели жизни
2. через 3 месяца после рождения
3. в полугодовалом возрасте
4. после года жизни
5. в возрасте от 1 года до 3 лет

Чем проявляется болезнь Пертеса?

1. варусной деформацией большеберцовой кости
2. аваскулярный некроз головчатого возвышения плечевой кости
3. нарушением роста костей предплечья
4. остеохондропатией ладьевидной кости стопы
5. -аваскулярным некрозом головки бедренной кости

Из консервативных методов лечения повреждений поясничного отдела позвоночника применяются:

1. -наложения гипсового корсета
2. -метода создания «мышечного корсета» по Гориневской – Древинг
3. -постепенной реклинации на валиках или специальном щите
4. -одномоментной реклинации с фиксацией гипсовым корсетом
5. фиксации места перелома «поясом штангиста»

К отрывным переломам костей таза относятся

1. перелом лонной кости
2. перелом седалищной кости
3. перелом вертлужной впадины
4. -перелом передне-верхней ости подвздошной кости
5. перелом крестца

К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся

1. перелом крыла подвздошной кости
2. перелом лонной кости
3. перелом губы вертлужной впадины
4. -перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
5. перелом лонной и седалищной костей с разных сторон

Не сопровождается разрывом тазового кольца

1. -перелом дна вертлужной впадины
2. разрыв крестцово-подвздошного сочленения с одной стороны
3. разрыв лонного сочленения и перелом подвздошной кости
4. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
5. разрыв лонного сочленения и вертикальный перелом крестца

Чаще всего при переломах костей таза повреждаются

1. простата у мужчин и яичники у женщин
2. -уретра, простатическая ее часть
3. дистальная часть мочеиспускательного канала
4. мочевого пузыря
5. влагалище у женщин и половой член у мужчин

При консервативном лечении перелома ключицы применяются для иммобилизации ключицы

1. -шины Кузьминского
2. -8-образной повязки
3. -колец Дельбе
4. гипсовой повязки по Турнеру

Показаниями к оперативному лечению перелома ключицы являются

1. открытые переломы с повреждением или сдавлением сосудисто-нервного пучка
2. оскольчатый перелом ключицы с опасностью ранения кожи
3. закрытый оскольчатый перелом
4. -все перечисленное

Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом

1. головки
2. анатомической шейки
3. бугорков
4. -хирургической шейки

При абдукционном переломе хирургической шейки плеча

1. угол, образованный фрагментами, открыт
2. кнутри и кзади
3. -кнаружи и кзади
4. кнутри и кпереди
5. углового смещения нет

При аддукционном переломе хирургической шейки плеча

1. отломки смещены так, что образуют угол, открытый
2. -кнутри и кзади
3. кнаружи и кзади

4. кнаружи и кпереди
5. кнутри и кпереди
6. углового смещения нет

Признаками мышечной интерпозиции при диафизарных переломах плеча являются

1. смещение фрагментов
2. отсутствие «костного хруста»
3. неудача при попытке репозиции
4. -все перечисленное

При разгибательном переломе дистального отдела плеча угол между фрагментами открыт

1. кпереди и кнаружи
2. -кзади и кнутри
3. кпереди и кнутри
4. углового смещения нет

При сгибательном типе перелома дистального отдела плеча угол между фрагментами открыт

1. кпереди и кнаружи
2. кзади и кнутри
3. -кпереди и кнутри
4. углового смещения нет

Повреждение лучевого нерва при переломе в нижней трети плеча вызывает

1. расстройства чувствительности в 4 и 5 пальцах
2. -свисания кисти и невозможности активного разгибания её основной фаланги пальцев
3. -понижения чувствительности на лучевой стороне кисти
4. -понижения чувствительности на разгибательной части предплечья

При переломе плеча в нижней трети, осложненным повреждением срединного нерва, возникает расстройство чувствительности

1. 4 и 5 пальцев
2. во 2-м пальце
3. только в 1-м пальце
4. только в 3-м пальце
5. -в 1, 2, 3 пальцах кисти и внутренней поверхности 4 пальца

Треугольник Гютера определяется в положении

1. полного разгибания предплечья
2. частичного разгибания в локтевом суставе
3. -при согнутом предплечье под углом 90°
4. при пронированном предплечии

Линия Гютера—это

1. линия оси плеча
2. линия оси предплечья
3. -линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья
4. линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча

Повреждение Галиацци—это

1. изолированный перелом локтевой кости
2. изолированный перелом лучевой кости

3. перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
4. -перелом лучевой кости и вывих головки локтевой

Различают следующие виды вывихов

1. свежий
2. несвежий
3. застарелый
4. привычный
5. -все перечисленные

Вывих акромиального конца ключицы характеризуется

1. признаком Маркса
2. симптомом «треугольной подушки»
3. симптомом «клавиши»
4. пружинящим движением в плечевом поясе

Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит

1. при полном разрыве акромиально-ключичной и ключично-клювовидной связок
2. -при разрыве только акромиально-ключичной связки
3. при разрыве только клювовидно-ключичной связки
4. при растяжении ключично-акромиальной связки

В зависимости от положения головки различают следующие вывихи плеча

1. верхний
2. -нижний
3. -передний
4. -задний

К типу «передних» относятся вывихи плеча

1. подклювовидный
2. подлопаточный
3. подклюичный
4. -правильно 1. и 3.
5. правильно 2. и 3.

Вывих плеча часто сопровождается переломом

1. малого бугорка
2. -большого бугорка
3. шиловидного отростка лопатки
4. клювовидного отростка лопатки
5. ключицы

Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха составляет

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

Причиной возникновения привычного вывиха является

1. родовая травма
2. инфекционный артрит

3. вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
4. -повреждения в момент травматического вывиха
5. в сочетании с неправильной тактикой ведения после вправления вывиха

Вывихи обеих костей предплечья могут быть

1. -кпереди
2. -кзади
3. -с расхождением костей
4. -кнутри

Предплечье выглядит удлинненным при вывихе

1. -кпереди
2. кзади
3. с расхождением костей
4. кнутри

Наиболее характерным симптомом для вывиха является

1. сильная боль
2. «костный» хруст
3. возможность производить пассивные движения
4. -«пружинящие» движения

«Свежим» вывихом плеча называется вывих, давностью

1. -до 3 дней
2. 1 неделя
3. 3 недели
4. 4 недели
5. свыше 4 недель

«Несвежим» вывихом плеча называется вывих, давностью

1. до 2 недель
2. 1 неделя
3. -до 3 недель
4. 4 недели
5. свыше 4 недель

Застарелым вывихом плеча называется вывих давностью

1. до 2 недель
2. 1 неделя
3. 3 недели
4. -4 недели
5. свыше 3 недель

Чаще всего из костей запястья ломается

1. -ладьевидная кость
2. трехгранная кость
3. полулунная кость
4. крючковидная кость
5. большая многоугольная кость

Основными признаками перелома шейки бедра являются

1. -боли в тазобедренном суставе

2. -укорочение конечности
3. симптом Байкова
4. -симптом «прилипшей пятки»
5. ротация конечности внутрь

К наиболее часто встречающимся осложнениям травматического эпифизеолиза дистального конца бедра относятся

1. нарушение (тромбоз) магистрального кровотока конечности
2. -нарушение роста кости
3. невозможность закрытой репозиции
4. повреждение сосудисто-нервного пучка
5. жировая эмболия

Техника выполнения симптома «баллотирования» надколенника состоит

1. в сжатии коленного сустава
2. в сжатии надпателлярного заворота левой руки
3. в выдавливании кончиков пальцев на подколенник в передне-заднем направлении
4. -в сжатии надпателлярного заворота левой рукой и надавливании кончиками пальцев на надколенник в передне-заднем направлении
5. в перкуссии надколенника

При правосторонней мышечной кривошее

1. -подбородок отклонен влево
2. подбородок отклонен вправо
3. подбородок расположен по средней линии туловища

Консервативное лечение мышечной формы кривошеи в первые недели и месяцы жизни ребенка включает

1. фиксированное положение головы
2. ношение воротника Шанца
3. -рассасывающий массаж больной стороны

Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение

1. мумие
2. -инъекции лидазы
3. инъекции гидрокортизона
4. не существует

Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается

1. -с рождения
2. в возрасте 1 месяца
3. в возрасте 1-2 месяцев
4. в возрасте 3 месяцев и старше

Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава в раннем периоде является

1. тугое пеленание
2. гипсовые повязки
3. -функциональные шины
4. оперативный

Клиническая симптоматология врожденного вывиха бедра у детей старше 2 лет включает

1. -хромоту
2. -укорочение конечности
3. -положительный симптом Тренделенбурга
4. большой вертел ниже линии Розер – Нелатона
5. все перечисленное

Основные симптомы косолапости

1. -эквинсу стопы
2. экскаватус стопы
3. -супинация стопы
4. -варус стопы
5. вальгус стопы

Наиболее характерный рентгенологический признак коксартроза

1. сужение суставной щели
2. дегенеративная киста в головке и в крышке впадины
3. костные разрастания вокруг сустава
4. склероз субхондрального участка головки и впадины в области наиболее нагруженной части сустава
5. -все перечисленное

Предложите, оптимальную тактику при вывихе бедра

1. закрытое вправление под местной анестезией с последующей активизацией на костылях без нагрузки на больную ногу
2. -закрытое вправление под наркозом с последующим наложением скелетного вытяжения
3. закрытое вправление под наркозом с последующим наложением гипсовой кокситной повязки
4. закрытое вправление под наркозом с последующей активизацией на костылях без нагрузки на больную ногу
5. открытое вправление с наложением гипсовой кокситной повязки на 3,5 мес.

Укажите локализацию перелома плеча, при которой имеется наибольшая опасность повреждения лучевого нерва:

1. оскольчатый перелом верхней трети плеча со смещением
3. абдуктивный перелом шейки плеча со смещением
4. аддуктивный перелом шейки плеча со смещением
5. -перелом диафиза плеча на границе средней и нижней трети плеча со смещением
6. перелом головчатого возвышения плечевой кости

Центральный вывих бедра - это:

1. вывих головки бедра со смещением кпереди и медиально
2. вывих головки бедра со смещением в проксимальном направлении
3. вывих головки бедра со смещением кзади
4. -перелом дна вертлужной впадины со смещением головки бедра в полость таза
5. перелом крыши вертлужной впадины со смещением головки бедра в проксимальном направлении

При субкапитальном переломе шейки бедра методом выбора является:

1. остеосинтез 3-х лопастным гвоздем
2. функциональное лечение
3. -однополюсное эндопротезирование
4. остеосинтез спицами

5. лечение на вытяжении с последующим наложением укороченной гипсовой кокситной повязки

При переломах типа Дюпюитрена гипсовая повязка накладывается от кончиков пальцев до:

1. средней трети бедра
2. средней трети плеча
3. -верхней трети голени
4. верхней трети предплечья
5. средней трети голени

Шоковый индекс (индекс Алговер) - это:

1. отношение частоты пульса к уровню диастолического давления
2. -отношение частоты пульса к уровню систолического давления
3. отношение уровня систолического давления к частоте пульса
4. отношения уровня диастолического давления к частоте пульса
5. отношение уровня систолического давления к уровню диастолического давления

Перелом таза типа Мальгенья - это:

1. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
2. перелом крыла подвздошной кости
3. 2-х сторонний перелом лонных и седалищных костей
4. -перелом костей таза с нарушением целостности заднего полукольца
5. -перелом костей таза с одновременным нарушением целостности переднего и заднего полуколец

Что называется переломом лучевой кости в типичном месте?

1. перелом нижней трети лучевой кости в сочетании с вывихом головки локтевой кости
2. перелом шейки лучевой кости
3. -перелом дистального метаэпифиза лучевой кости на 2-3 см. выше суставной щели лучезапястного сустава
4. перелом диафиза лучевой кости в верхней трети
5. перелом головки лучевой кости

Какая деформация стопы возникает после травмы и паралича малоберцового нерва?

1. плоская стопа
2. пяточная стопа
3. -конская стопа
4. косолапость
5. ни одна из перечисленных

Какие наиболее типичные повреждения могут возникнуть при падении на разогнутую кисть?

- 1.-перелом Коллиса
2. перелом Смита
3. -перелом ладьевидной кости
4. перелом пястных костей

Укажите клинические симптомы при переломах костей таза:

1. -положительный симптом прилипшей пятки
2. -положительный симптом разводящей нагрузки на крылья подвздошных костей
3. -положительный симптом сдавливающей нагрузки на крылья подвздошных костей

4. относительное укорочение бедра на стороне перелома

Для остеохондропатии позвонков (болезни Шойермана-Мау) характерными рентгенологическими проявлениями являются:

1. -кифотическая деформация позвоночника
2. -клиновидная деформация тел позвонков
3. -нарушения в зоне апофизов тел позвонков
4. незаращение дужек позвонков

При изолированном переломе малоберцовой кости отмечается:

1. абсолютное укорочение голени
2. отсутствие спорности нижней конечности
3. деформация оси голени
4. -локальная болезненность

Ротация тел позвонков (торсия) может отмечаться при:

1. спондилезе
2. -приобретенном сколиозе
3. асимметричной осанке
4. компрессионном переломе тел грудных позвонков

Переломы лодыжек, сочетающиеся с переломом заднего или переднего краев большеберцовой кости с подвывихом стопы кпереди и кзади известны как переломы:

1. Дюпюитрена
2. -Потга
3. -Десто
4. Уотсон-Джонса
5. Мальгеня

Одним из симптомов повреждения мениска коленного сустава является:

1. -затруднение больных при спуске с лестницы
2. затруднение больных при подъеме на лестницу
3. затруднение при спуске и подъеме на лестницу

Какой из перечисленных синдромов патологии коленного сустава наиболее характерен для повреждения мениска?

1. «переднего выдвигного ящика»
2. «заднего выдвигного ящика»
3. -«блокады»
4. боли и хруста
5. нестабильности

При подвздошном травматическом вывихе бедра:

1. нога резко согнута, приведена и ротирована внутрь
2. -нога слегка согнута, приведена и ротирована внутрь
3. -укорочение ноги до 5-7 см
4. укорочение ноги до 1-2 см
5. определяется симптом пружинящей фиксации

Симптом усиленной пульсации бедренных сосудов под пупартовой связкой при переломах шейки бедра на месте повреждения описан:

1. А.В.Вишневым

2. А.В.Капланом
3. Г.И.Турнером
4. -С.С.Гирголавым
5. Т.Бильротом

Наилучшим видом обезболивания при вправлении вывиха бедра является:

1. внутрисуставное введение местного анестетика
2. проводниковая анестезия
3. фулярная блокада по А.В.Вишневскому
4. внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову
5. -наркоз с миорелаксантами

Анкилозом называют:

1. ограничение нормальной амплитуды движения в суставе
2. незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
3. -полную неподвижность в пораженном суставе
4. тугую подвижность в области ложного сустава

Контрактурой называют:

1. полную неподвижность в пораженном суставе
2. незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
3. наличие тугой подвижности в области ложного сустава
4. -ограничение нормальной амплитуды движения в суставе

Симптом «перерванного вдоха» характерен для перелома:

1. ключицы
2. лопатки
3. -ребра

Какие из нижеперечисленных переломов проксимального отдела плеча относят к внутри-суставным?

1. переломы бугорков
2. -головки
3. хирургической шейки
4. чрезбугорковые
5. -анатомической шейки

Переломы лучевой кости в «типичном месте» делят на:

1. супинационные и пронационные
2. абдукционные и аддукционные
3. -сгибательные и разгибательные

Переломовывих Монтеджа это:

1. -вывих головки лучевой кости и перелом верхней трети диафиза локтевой кости
2. вывих головки локтевой кости и перелом нижней трети диафиза лучевой кости
3. переломовывих I пястной кости

Срок сращения переломов шейки бедренной кости.

1. 3 мес
2. -6 мес
3. 9 мес

Что нарушено при переломе надколенника:

1. активное сгибание голени
2. -активное разгибание голени
3. активная ротация голени

Вытяжение при травме шейного отдела позвоночника проводят с помощью:

1. колец Дельбе
2. овала Титовой
3. -петли Глиссона

Симптом вожжей - это:

1. приспособление для вытяжения позвоночника
2. -напряжение мышц спины
3. напряжение мышц передней брюшной стенки

Симптом «щелчка» характерен для:

1. врожденной кривошеи
2. -врожденного вывиха бедра
3. врожденной косолапости

Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития:

1. трапециевидной мышцы
2. -кивательной мышцы
3. подключичной мышцы

Сколиоз-искривление позвоночника:

1. кпереди
2. кзади
3. -боковое

Клинически ось нижней конечности проходит через все следующие образования, исключая

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

3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Баиндурашвили А.Г., Волошин С.Ю., Краснов А.И. Врожденный вывих бедра у детей грудного возраста: клиника диагностика, консервативное лечение. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 95 с.
2. Бургенер Ф.А., Кормано М., Пудас Т. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов: руководство-атлас. Пер. в англ. В.В. Пожарского; под ред. С.К. Тернового, А.И Шехтера. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 552 с.
3. Демичев Н.П., Арустамян Э.Э. Криохирургическое лечение хондром. Астрахань: ГП АО «ИПК «Волга», 2012. – 146 с.
4. Демичев Н.П., Войнов С.А Криохирургия гигантоклеточных опухолей костей. Астрахань: ГП АО «ИПК «Волга», 2009. – 176 с.

5. Карданов А.А. Хирургия переднего отдела стопы в схемах и рисунках. – М.: Издательский дом «Медпрактика-М», 2012. – 144 с.
6. Ортопедия. Национальное руководство. Под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова. 2010.
7. Тарасов А.Н. Патологические переломы: этиология, симптоматика, криохирургическое лечение. Saarbrucken, Germany: Palmarium academic publishing, 2012. – 209 с.
8. Травматология. Национальное руководство. Под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова. 2011.
9. Вельшер Леонид Зиновьевич. Клиническая онкология. Избранные лекции : учебное пособие / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - М : "ГЭОТАР - Медиа", 2009. - 486с. : ил. Библиогр. : 485-486.
10. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. Неврология и нейрохирургия. М., 2010 г., Т. 1, Т 2.
11. Методика неврологического обследования: учебное пособие, дополненное переиздание Шлейфер С.Г, Мусабекова Т.О., Андриановой Е.В., Рекаевой М.И. 2012г.
12. А. О. Гуша, С. О. Арестов: Эндоскопическая спинальная хирургия — Санкт-Петербург, ГЭОТАР-Медиа, 2010 г.- 96 с.
13. А. Ю. Болотина: Немецко-русский, русско-немецкий медицинский словарь / Deutsch-Russisch, Russisch-Deutsch Worterbuch der Medizin — Москва, АБИ Пресс, 2009 г.- 904 с.
14. Г. Майер, Й. Бюттнер: Периферическая региональная анестезия. Атлас — Москва, Бином. Лаборатория знаний, 2010 г.- 260 с.
15. Е. А. Ланцев, В. В. Абрамченко: Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве. Руководство для врачей — Москва, МЕДпресс-информ, 2011 г.- 624 с.
16. Майкл Малрой: Местная анестезия. Иллюстрированное практическое руководство — Санкт-Петербург, Бином. Лаборатория знаний, 2009 г.- 304 с.
17. Марк С. Гринберг: Нейрохирургия — Москва, МЕДпресс-информ, 2010 г.- 1008 с.
18. Джумабеков С. А., Сулайманов Ж.Д., Мырзахат уулу Абас, Сабыралиев М.К. Улучшение оперативного доступа при лечении осложненных нестабильных переломов грудного отдела позвоночника Б.: ОсОО ИПК «МАКСАТ», 2011

19. Джумабеков С. А., Мирджалилов В.М., Мырзахат уулу Абас, Краткое руководство по оказанию первой медицинской помощи Б.: ОсОО ИПК «МАКСАТ», 2011
20. Джумабеков С. А., Сулайманов Ж.Д., Мырзахат уулу Абас, Сабыралиев М.К. Хирургическое лечение посттравматического стеноза позвоночного канала Б.: ОсОО ИПК «МАКСАТ», 2011
21. Джумабеков С. А., Сулайманов Ж.Д., Сабыралиев М.К., Усенов А.С. Хирургическое лечение нестабильных форм пояснично-крестцового остеохондроза Б.: «Махprint», 2006
22. Джумабеков С. А., Сулайманов Ж.Д., Нарынбеков Ч.Н., Сабыралиев М.К. Хирургическое лечение нестабильных форм пояснично-крестцового остеохондроза спаренным корпородезом Б.: ОсОО ИПК «МАКСАТ», 2011
23. Джумабеков С. А., Сулайманов Ж.Д. Хирургическое лечение повреждений, их последствий и дегенеративных поражений груднопоясничного отдела позвоночника Б.: ОАО «УЧКУН»
24. Михайлов Л.К. Неотложная травматология М.: ООО «Диалект», 2012
25. Джумабеков С. А., Мирджалилов В.М., Иманалиев А.Б., Б.: ОсОО «Дизайн эстет центр», 2008
26. Джумабеков С. А., Мирджалилов В.М., Голев М.А., Б.: КРСУ, 2013
27. Атлас общей хирургии: ФолькерШумпелик, РейнхардКарперк, Михаэль Штумпф — Санкт-Петербург, Издательство Панфилова, Бином. Лаборатория знаний, 2010 г.- 604 с.
28. А.П. Середа, А.А. Грицюк, К.Б. Зеленьяк, А.Б. Серебряков. Факторы риска инфекционных осложнений после эндопротезирования коленного сустава. //Ж. «Инфекции в хирургии» //, 2010, Том 8, № 4, С. 67 – 76.

Перечень ресурсов "Интернет"

1.Электронная библиотека КРСУ	http://lib.krsu.edu.kg
2.Студенческая электронная библиотека	http://www.studentlibrary.ru
3.Научная электронная библиотека	https://elibrary.ru
4.Электронная библиотека	http://www.studmedlib.ru
5.Все о медицине	http://www.meduniver.com
6.Медицинская литература	http://www.booksmed.com
7.Медицинская база данных	http://www.medline.com
8.Периодика по онкопроктологии	http://abvpress.ru