

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 11.06.2024 09:19:54
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bdfcf836

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ
Травматология и ортопедия**

Код, направление подготовки	31.05.02
Направленность (профиль)	Педиатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Хирургических болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

«Итоговое занятие (контрольная работа)- История болезни».

Контрольная работа проводится с целью контроля усвоения студентами знаний лекционного курса, оценки знаний и навыков, приобретенных в ходе практических занятий, а также для проверки умения решать различного рода задачи, развивающие профессиональные способности в соответствии с требованиями квалификационной характеристики специалиста. Контрольная работа проводится по расписанию в часы учебных занятий в объеме, предусмотренном рабочей программой по дисциплине и учебной нагрузкой преподавателя. Время на подготовку к контрольной работе входит в число часов самостоятельной работы студентов и не должно превышать 4-х часов. Контрольная работа оценивается дифференцированной оценкой. В случае неудовлетворительной оценки, полученной студентом, назначается новый срок написания контрольной работы во внеучебное время.

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

Написание клинической истории болезни

Обучающийся самостоятельно выбирает нозологическую форму, разрабатывает и защищает историю болезни по предложенной схеме (Приложение №2 Схема истории болезни)

Основные этапы написания клинической истории:

Титульный лист (отдельная страница)

1. Паспортная часть.
2. Жалобы: основные и найденные при опросе по системам органов.
3. Анамнез основного и сопутствующих заболеваний.
4. Анамнез жизни.
5. Данные объективного исследования больного.
6. Обоснование предварительного диагноза и его формулировка.
7. План обследования.
8. Данные лабораторных и инструментальных исследований, заключения консультантов.
9. Окончательный клинический диагноз (обоснование и формулировка).
10. Лечение больного и его обоснование.
11. Прогноз.
12. Профилактика (первичная и вторичная).
13. Эпикриз.
14. Дневник курации.

15. Список использованной литературы.

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ Задания включают оценку теоретических знаний и оценку практических навыков – билет содержит 3 вопроса (2 теоретических и 1 ситуационная задача).

Вопросы для проведения промежуточной аттестации

1. Методы обследования в травматологии.
2. Переломы костей.
3. Виды переломов, морфологические изменения в области травмы, общие принципы лечения.
4. Определение качества гипса.
5. Основные правила наложения гипсовых повязок.
6. Гипсовые повязки при повреждениях верхней конечности.
7. Гипсовые повязки при повреждениях нижней конечности.
8. Особенности течения репаративного процесса при переломах костей и влияние на костеобразование механических факторов.
9. Травматический шок.
10. Противошоковые мероприятия при травмах.
11. Методика обследования ортопедических больных.
12. Клинические формы черепно-мозговой травмы.
13. Сотрясение головного мозга
14. Переломы ребер. Лечение переломов ребер.
15. Переломы лопатки. Классификация, клиника, лечение.
16. Травматические вывихи бедра.
17. Клиника, диагностика и лечение переломов шейки бедра.
18. Переломы диафиза бедренной кости, методы лечения.
19. Переломы костей таза. Механизмы травмы. Лечение.
20. Переломы надколенника. Виды переломов, лечение.
21. Переломы лодыжек, повреждение связок голеностопного сустава.
22. Диафизарные переломы костей голени – диагностика, лечение.
23. Переломы таранной и пяточной костей. Диагностика и лечение
24. Травмы стопы, перелом пяточной кости. Диагностика лечение.
25. Диагностика растяжения и повреждения связок голеностопного сустава.
26. Переломы лодыжек, диагностика лечение.
27. Переломы плюсневых костей и фаланг пальцев.
28. Травмы стопы, перелом пяточной кости. Диагностика лечение.
29. Переломы таранной кости, диагностика и лечение.
30. Особенности восстановления сухожилий, виды швов сухожилий
31. Переломы проксимального конца бедренной кости.
32. Переломы тел позвонков: клиника, диагностика и лечение
33. Переломы ключицы. Диагностика, лечение.
34. Клинические симптомы врожденного вывиха бедра у детей старше года.
35. Остеохондропатия II – III плюсневых костей (болезнь Келлера II)
36. Остеохондропатия позвонков – болезнь Шейермана – Мау. Диагностика, лечение
37. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (Осгуда – Шлаттера)
38. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга – Кальве - Пертеса).
39. Остеохондропатии патоморфология на примере болезни Пертеса

40. Мышечная кривошея: диагностика, лечение.
41. Лечение дистрофических и атрофических процессах в костях.
42. Современный взгляд на этиологию и патогенез дисплазии
43. Врожденный вывих бедра. Консервативное лечение.
44. Врожденная косолапость и ее лечение.
45. Врожденный вывих бедра, ранние симптомы и лечение.
46. Статические деформации – кифоз, сколиоз (диагностика, лечение)
47. Сколиоз. Профилактика и лечение.
48. Сколиоз. Этиология и лечение.
49. Плоскостопие, вальгусное отклонение I пальца стопы, клиника, лечение
50. Остеохондроз позвоночника: этиология, патогенез, диагностика и лечение.
51. Деформирующий артроз коленного сустава.
52. Деформирующий артроз тазобедренного сустава. Лечение
53. Врожденная кривошея
54. Внутрисуставные переломы коленного сустава.
55. Переломы лопатки, ключицы. Диагностика и лечение.
56. Виды плоскостопия. Лечение.
57. Остеогенная саркома.
58. Этиология, клиника церебрального спастического паралича.

Перечень ситуационных задач

Ситуационная задача №1

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

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

Ситуационная задача № 2

Молодая женщина ходила по бревну и, забавляясь, подкидывала на руках ребенка 4 лет. При неосторожном движении ребенок сорвался с рук и ударился спиной о бревно. За квалифицированной помощью мать с ребенком не обращалась. Только через полгода мальчика доставили в специализированное лечебное учреждение. Ребенка беспокоят постоянные боли в области травмы. У него плохой сон, снижен аппетит. Движения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника ограничены. Ребенок не может долго стоять прямо, а вынужден опираться руками о бедра. При внешнем осмотре обращает на себя внимание выпячивание остистых отростков III, IV и V поясничных позвонков, которые образовали gibbus. При поколачивании пальцами по остистым отросткам этих позвонков отмечается болезненность. Боли в поясничном отделе позвоночника при надавливании ладонью на голову. Чувствительная и двигательная функции в обеих нижних конечностях сохранены в полном объеме.

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

Ситуационная задача № 3

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

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

Ситуационная задача № 4

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

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

Ситуационная задача №5

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

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

Ситуационная задача №6

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

Каков диагноз? Как снять кольцо?

Ситуационная задача №7

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

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

Ситуационная задача №8

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

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

Ситуационная задача № 9

У подростка правая кисть попала в движущийся агрегат во время сельскохозяйственных работ. В результате травмы ногтевая фаланга

III пальца размозжена. В тот же день обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре IV пальца правой кисти ногтевая фаланга раздавлена. Кожные покровы в этой области разорваны. Рана сильно загрязнена землей и технической смазкой. При пальпации ногтевой фаланги под кожей прощупываются раздробленные мелкие костные отломки. Кровотечение из рваной раны небольшое.

Ваш диагноз? Какова тактика?

Ситуационная задача №10

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

Ваше заключение о патологии.

Ситуационная задача №11

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

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Ситуационная задача №12

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

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

Ситуационная задача №13

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

Ситуационная задача №14

У ребенка, 3 лет, врожденная косолапость. При попытке вывести стопу из порочного положения отмечается ригидность тканей по задневноутреннему краю стопы. Какое вмешательство следует произвести для исправления деформации?

Ситуационная задача №15

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

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

Ситуационная задача №16

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

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

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

Ситуационная задача №17

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

Назначьте лечение соответственно заболеванию и возрасту.

Ситуационная задача №18

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

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

Какое заболевание у ребенка, какие дать рекомендации?

Ситуационная задача №19

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

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Ситуационная задача №20

Бригадой скорой медицинской помощью доставлена девочка 2 лет с подозрением на перелом верхней трети костей левого предплечья. Анамнез: час назад, во время прогулки ребенка с матерью, ребенок оступился, при этом мама, пытаясь удержать ребенка, потянула за руку на себя. В момент травмы мамы услышала «хруст» в руке. Объективно: положение конечности вынужденное: предплечье слегка согнуто в локтевом суставе, пронировано, рука свисает вдоль туловища. Локальный статус. Отека нет. Изменений контуров области локтевого сустава нет. Пальпация болезненна в проекции лучевой кости. Активные движения в локтевом суставе резко ограничены. Попытка супинации предплечья болезненна.

Вопросы.

Какой диагноз наиболее вероятный у данной пациентки?

Дети какой возрастной группы страдают данной травмой?

Составьте и обоснуйте план лечения.

Критерии вправления подвывиха. Ваши рекомендации по иммобилизации при выписке.

Ситуационная задача №21

Пациент Н. 28 лет находился под обломками разрушенного в результате обвала здания в течение 10 часов. Обе нижние конечности до уровня нижней трети бедер были придавлены обломками здания. После извлечения из-под завала пациент предъявляет жалобы на незначительные боли в обеих нижних конечностях. Состояние тяжелое, бледен, заторможен. Пульс 120 уд/мин, АД 70/20 мм рт. ст. Локальный статус. Обе нижние конечности от уровня нижней трети бедер с выраженным отеком, пульсация периферических артерий отсутствует. Отмечается отсутствие 23 чувствительности, активных и пассивных движений в коленных и голеностопных суставах.

Вопросы. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
Укажите, какие мероприятия необходимы перед транспортировкой.
План лечения в стационаре.
Мероприятия после стабилизации тяжелого состояния
Ваши рекомендации при выписке.

Ситуационная задача №22

На прием к ортопеду обратилась девочка 11 лет, с жалобами на боли в правой пятке, усиливающиеся во время и после физической нагрузки. Боли беспокоят около 1 месяца после травмы пяточной кости в области ахиллова сухожилия – ударилась о шведскую стенку. Больная регулярно занимается спортивной гимнастикой – до травмы боли не беспокоили. Ночью боль не беспокоит. Объективно: походка обычная. Ходьба на пятках болезненна справа. Телосложение пропорциональное. Грудная клетка обычной формы. Нарушений осанки нет. Оси конечностей правильные. Конечности симметричные. Стопы в физиологическом положении. Локальный статус. Кожные покровы физиологической окраски. В области пятки определяют припухлость, поверхностная пальпация слегка болезненна в области пяточного бугра, при глубокой пальпации данной локализации боль усиливается. Функция голеностопного сустава - имеется небольшое ограничение сгибания-разгибания, гиперестезия кожи пораженной области.

Вопросы.
Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?
Составьте и обоснуйте план обследования.
Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Составьте план лечения данной пациентки.
Ваши рекомендации по лечению данной пациентки

Ситуационная задача №23

Бригадой скорой медицинской помощью доставлен мальчик 10 лет с подозрением на перелом нижней трети костей левого предплечья. Анамнез: час назад, во время игры в футбол, ребенок упал на ладонь вытянутой руки. Объективно: положение конечности вынужденное: предплечье согнуто под углом 100 градусов в локтевом суставе, пронировано, здоровая рука поддерживает за кисть больную. Локальный статус. Целостность кожных покровов не нарушена. Отек незначительный. Деформация в области дистального эпиметафиза лучевой кости. Пальпация болезненна в нижней трети лучевой кости. Активные движения в смежных суставах ограничены, болезненны. Рентгенография нижней трети костей предплечья в двух взаимно перпендикулярных проекциях: отделение эпифиза лучевой кости единым блоком от метафиза на половину поперечника кости в тыльную сторону.

Вопросы.
Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
Обоснуйте поставленный Вами диагноз: отличие остеоэпифизеолиза от эпифизеолиза.
Составьте план дополнительного обследования.
Составьте план лечения данного пациента, укажите допустимое смещение после репозиции на Р-грамме.

Ваши рекомендации при выписке.

Ситуационная задача №24

Больная 45 лет. Обратилась в кабинет неотложной помощи травматолого-ортопедической поликлиники с жалобами на боль в правой руке. Анамнез заболевания. Два часа назад упала на улице у дома на правую кисть в положении разгибания в лучезапястном суставе. Почувствовала резкую боль, хруст кости, не смогла пользоваться конечностью. Локальный статус: имеется отек н/3 правого предплечья, его окружность больше на 4 см., имеется штыкообразная деформация н/3 правого предплечья. При пальпации резкая болезненность, крепитация костных отломков, патологическая подвижность в проекции н/3 лучевой кости правого предплечья. Функция правого лучезапястного сустава отсутствует из-за резкой боли. Функция и чувствительность пальцев кисти не нарушены. Пульсация лучевой артерии четкая. Под местной анестезией по Белеру 1% р-ром новокаина 20 мл выполнена дважды закрытая одномоментная ручная репозиция лучевой кости. На рентгенограмме определяется перелом лучевой кости правого предплечья в типичном месте (Коллиса) со смещением отломков. Радиоульнарный угол в боковой проекции 0 градусов, в боковой проекции минус 20 градусов. На контрольной рентгенограмме после двух попыток репозиции определяется перелом лучевой кости правого предплечья в типичном месте со смещением отломков. Радиоульнарный угол в прямой проекции 10 градусов, в боковой проекции 0 градусов.

Вопросы.

Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования.

Составьте план лечения данной пациентки.

Укажите какой радиоульнарный угол в норме.

Ваши рекомендации при выписке.

Ситуационная задача №25

На прием к травматологу обратился мальчик 13 лет с жалобами на боли в правом коленном суставе, усиливающиеся во время и после физической нагрузки. Боли беспокоят около 2 месяцев. Больной регулярно занимается футболом, во время игр были неоднократные травмы, последний раз два дня назад. 31 Объективно: походка обычная. Телосложение пропорциональное. Грудная клетка обычной формы. Нарушений осанки нет. Оси конечностей правильные. Конечности симметричные. Объем движений в суставах в норме. Стопы в физиологическом положении. Локальный статус: кожные покровы области правого коленного сустава физиологической окраски, отек отсутствует. При сравнительном осмотре обоих коленных суставов выявляется припухлость и небольшая отечность мягких тканей в области бугристости большеберцовой кости правой нижней конечности, окружность на уровне бугристости на 3 см длиннее чем на левой ноге. При глубокой пальпации эта припухлость бугристости большеберцовой кости резко болезненная при надавливании. При активном сгибании голени болевые ощущения усиливаются, при пассивном боль появляется только после сгибания коленного сустава больше угла 90 градусов.

Вопросы.

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования.

Составьте план лечения данного пациента в зависимости от полученной рентгенологической картины (какая картина будет при остеохондропатии и при травме). Ваши рекомендации при выписке.

Эталоны ответов:

1. **Закрытый компрессионный перелом тел X- XI грудных позвонков с полным разрывом спинного мозга.** Необходимо сделать рентгенологическое исследование позвоночника, магнитно-резонансную томографию, люмбальную пункцию с исследованием спинномозговой жидкости. Больного уложить на спину на кровать со щитом и жестким матрацем. Произвести постепенную репозицию поврежденных позвонков. Для этого под поясницу (область физиологического лордоза) подложить валик. Одновременно с репозицией следует проводить занятия лечебной физкультурой, массаж и физиотерапию. За больным надо осуществлять тщательный уход (профилактика пролежней и застойной пневмонии), следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря и кишечника. Пострадавшего должен регулярно наблюдать невропатолог.
2. **Туберкулезный спондилит III, IV и V поясничных позвонков.** Необходимо сделать рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, магнитно-резонансную томографию, лабораторные исследования. Ребенку следует рекомендовать длительный строгий постельный режим в санаторно-курортных условиях, включая применение воздушных и солнечных ванн (аэрогелиотерапия). Пораженному отделу позвоночника с помощью гипсовой кровати надо обеспечить покой. Для исправления деформации и предупреждения увеличения горба под него подложить плотный ватно-марлевый валик в виде крестика. Назначить туберкулостатические препараты. В дальнейшем — радикальная некрэктомия поясничных позвонков, пораженных туберкулезным процессом.
3. **Туберкулезный спондилит III, IV и V поясничных позвонков.** Необходимо сделать рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, магнитно-резонансную томографию, лабораторные исследования. Ребенку следует рекомендовать длительный строгий постельный режим в санаторно-курортных условиях, включая применение воздушных и солнечных ванн (аэрогелиотерапия). Пораженному отделу позвоночника с помощью гипсовой кровати надо обеспечить покой. Для исправления деформации и предупреждения увеличения горба под него подложить плотный ватно-марлевый валик в виде крестика. Назначить туберкулостатические препараты. В дальнейшем — радикальная некрэктомия поясничных позвонков, пораженных туберкулезным процессом.
4. **Сделать рентгенографию копчика.** Лечение консервативное, направлено на снятие боли в области травмы. Местно втирать НПВС, внутрь НПВС.
5. **Ушиб ладонной поверхности левой кисти.**
Для исключения перелома сделать рентгенографию кисти. Пострадавшему в течение первых суток следует постоянно прикладывать холод (пузырь со льдом). Кисть иммобилизовать тыльной гипсовой лонгетой от кончиков пальцев до

середины предплечья. Пальцам придать полусогнутое положение. Кисть подвесить на косынке. Руку согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Назначить обезболивающие средства (анальгин, баралгин). Со 2-х суток назначить тепловые процедуры (теплую ванночку, грелку, электрогрелку) и спиртомасляные компрессы на ладонь. В дальнейшем проводить пассивную и активную гимнастику для пальцев, УВЧ-терапию

6. Сдавление кольцом IV пальца левой кисти.

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

7. Подногтевая гематома II пальца левой кисти.

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

8. Ушиб средней фаланги III пальца правой кисти.

С целью исключения перелома сделать рентгенографию III пальца правой кисти. Для обеспечения покоя наложить на палец гипсовую лонгету. Палец при этом немного согнуть. 1-е сутки после травмы к пальцу прикладывать холод, а со 2-х — тепло (ванночки, парафин). Рекомендовать УВЧ-терапию, лечебную физкультуру.

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

10. С учетом рентгенологических данных: головка бедренной кости расположена во впадине, а шеечно-диафазарный угол равен 90° , можно поставить диагноз «варусная деформация шейки бедра», несмотря на общность симптоматики с врожденным вывихом бедра: укорочение левой ноги, расположение большого вертела выше линии

Розер-Нелатона, ограничение отведения бедра. Клиническое отличие от вывиха: отрицательные симптомы Дюпоитрена и неисчезающего пульса.

11. У ребенка врожденный вывих левого бедра. Клинические признаки: укорочение конечности, ограничение отведения бедра, высокое состояние большого вертела – подтверждаются рентгенологическими симптомами: вертлужная впадина пустая и мелкая, верхний край ее скошен, головка бедренной кости вне впадины. Учитывая возраст, врач должен назначить оперативное вправление бедра с углублением вертлужной впадины.
12. На основании асимметрии бедренных складок и ограничения разведения бедер можно заподозрить дисплазию тазобедренных суставов. Рентгенологическое исследование проводить в 1,5- месячном возрасте преждевременно, так как чтение рентгенограммы затруднено отсутствием ядер окостенения головок бедренных костей. Тактика врача: назначить ЛВК для углубления вертлужных впадин (сгибательно-разгибательные и вращательные движения) и свободное пеленание. Можно рекомендовать и уплотненную промежуточную прокладку. Повторный осмотр в возрасте 3 месяцев, рентгенологическое обследование по показаниям (сохранение ограничения разведения бедер).
13. У ребенка вывих правого бедра. Лечение – ЛФК, фиксация конечностей на шине, например, ЦИТО, массаж ног и ягодичных
14. Можно выполнить операцию Зацепина на сухожильно-связочном аппарате стопы с последующим ношением ортопедической обуви в течение года.
15. После открытого вправления врожденного вывиха бедра у больной развился вторичный деформирующий коксартроз. Лечение консервативное: разгрузка конечности, ЛФК, массаж, физиотерапия, медикаментозное лечение. При отсутствии эффекта от длительного консервативного и санаторно-курортного лечения можно предложить оперативное лечение. Хороший эффект достигается декомпрессивной межвертельной аутомиоостеопластикой по А.Ф. Краснову.
16. Наиболее частая ошибка, допускаемая при этапном лечении врожденной косолапости, неполное устранение эквинуса, что в дальнейшем нарушает правильную установку стопы при ходьбе. Нарушается устойчивость стопы, она подвертывается внутрь, наступает рецидив косолапости. В данном наблюдении необходимо произвести подкожную ахиллотомию и наложить корригирующую гипсовую повязку на 6-8 недель. Затем повязку заменяют съемной гипсовой лонгетой для удержания правильного положения стопы. Назначают ЛФК, массаж ноги, теплые ножные ванны, ортопедическую обувь до года. Необходимо наблюдение ортопеда в течение последующих трех лет.

17. Учитывая возраст ребенка, следует назначить консервативное лечение: ЛФК для укрепления мышц ног, тонизирующий массаж, электростимуляцию мышц большеберцовой группы, сгибателей пальцев, подошвенных мышц стопы, соленоводные ножные ванны, ночные корригирующие лонгеты, ортопедические ботинки с высоким и жестким задником, а для моделирования свода – супинатором.
18. У ребенка врожденная мышечная кривошея. После выписки родильного дома следует рекомендовать: тепло на область кивательной мышцы, корригирующие упражнения для головы, специальную укладку ребенка.
19. Врожденная мышечная кривошея. Учитывая возраст ребенка, лечение оперативное – удлиняющая пластика правой кивательной мышцы.
20. Диагноз. Закрытый пронационный подвывих головки лучевой кости левого предплечья.

Дети какой возрастной группы страдают данной травмой?. От 1 года до 3 лет. Также подвывих головки луча может возникать у грудных детей и у детей старше от 3 до 7 лет.

План лечения. Без предварительной анестезии врач одной рукой захватывает кисть и лучезапястный сустав ребенка, другой рукой локтевой сустав и, слегка надавливая большим пальцем на головку лучевой кости, производит тягу по оси предплечья, супинацию и сгибание. При неудачной попытке вправления возможно вместо супинации производить пронацию предплечья.

Критерии вправления подвывиха. Через 1-2 минуты больной безболезненно и в полном объеме производит активные и пассивные движения в локтевом суставе. Также в ряде случаев большим пальцем ощущается щелчок.

Иммобилизация при выписке. Иммобилизация не нужна. Только в случае затрудненного вправления подвывиха можно зафиксировать руку косыночной повязкой на 1-2 дня

21. Диагноз. Синдром длительного сдавления тяжелой степени обеих нижних конечностей. Необратимая ишемия нижних конечностей. Травматический шок III степени.
Укажите, какие мероприятия необходимы перед транспортировкой. Произвести иммобилизацию с помощью лестничных шин, наладить систему для внутривенного введения плазмозамещающих растворов из пластикового контейнера. Необходимо наложить жгут на обе конечности выше места сдавления. Дача обильного питья. Срочная эвакуация на этап специализированной медицинской помощи.
План лечения. Необходимо оценить жизнеспособность поврежденных конечностей. Производят новокаиновую блокаду бедренных и седалищных нервов 0,5% раствором новокаина. Внутривенно вводят кристаллоиды и низкомолекулярные коллоидные растворы с одновременной стимуляцией мочеотделения лазиксом и поддержанием диуреза не менее 300 мл/ч., 10 мл 10% хлорида кальция, наркотики, антибиотики, подкожно — 0,5 мл столбнячного анатоксина. Произвести катетеризацию мочевого

пузыря с оценкой цвета и количества мочи. Больной направляется в ПИТ. На каждые 500 мл кровезаменителей с целью устранения ацидоза вводится 100 мл 4% гидрокарбоната натрия для достижения рН мочи не менее 6,5. Вводят повторно 10% хлорид кальция, глюкокортикоиды, обезболивающие и седативные препараты.

Мероприятия после стабилизации тяжелого состояния. После стабилизации состояния выполняют ампутацию обеих нижних конечностей выше наложенных жгутов. При развитии ОПН гемодиализ.

Ваши рекомендации при выписке. Протезирование ЛФК, массаж, санаторно-курортное лечение.

22. Диагноз. Болезнь Хаглунда-Шинца справа. Ушиб области пяточного бугра, посттравматическую энтезопатию пяточного бугра правой пяточной кости.
План обследования. Необходимо произвести рентгенографию обеих пяточных костей в боковой проекции и в аксиальной проекции.
Обоснование диагноза. После рентгенографии будет выставлен окончательный диагноз. При болезни Хаглунда-Шинца на рентгенограмме - уплотненный апофиз пяточной кости. Пространство между апофизом и костью увеличено, на бугристости пяточной кости на этом уровне определяется шероховатость. Иногда апофизарное костное ядро оказывается фрагментированным. При ушибе и энтезпатии на рентгенограмме описанной выше патологии не будет.
План лечения. В всех случаях обезболивающее, сосудистые препараты, улучшающие микроциркуляцию, покой в виде ограничения нагрузки, ФТЛ - электрофорез с новокаином и хлоридом кальция.
Рекомендации по лечению данной пациентки. Ограничение физической нагрузки в течение 6 месяцев, мягкий подпяточник для амортизации.
23. Диагноз. Закрытый эпифизеолиз дистального эпиметафиза лучевой кости левого предплечья со смещением отломков.
Обоснование диагноза: отличие остеоэпифизеолиза от эпифизеолиза. 1. При эпифизеолизе линия перелома проходит только по зоне роста.
2. При остеоэпифизеолизе линия перелома проходит одновременно по зоне роста и по метафизу и/или диафизу.
План дополнительного обследования. Не требуется.
План лечения, допустимое смещение. Обезболивание – внутривенный наркоз. Закрытая одномоментная ручная репозиция, после которой допустимое смещение возможно до одной пятой поперечника кости. Лонгетная гипсовая повязка по тыльной стороне от головок пястных костей до верхней трети плеча.
Рекомендации при выписке. ЛФК, иммобилизация 3-4 недели.
24. Диагноз. Закрытый разгибательный перелом лучевой кости правого предплечья в типичном месте со смещением отломков.
Обоснование диагноза. Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза, объективных данных: имеется отек н/3 правого предплечья, его окружность больше на 4 см., имеется штыкообразная деформация н/3 правого предплечья. При пальпации резкая болезненность, крепитация костных отломков, патологическая подвижность в

проекции н/3 лучевой кости правого предплечья. Функция правого лучезапястного сустава отсутствует из-за боли.

План дополнительного обследования. ПАК, группа крови, ЭКГ, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С. Направление на оперативное лечение в стационар в связи с отсутствием полной репозиции.

План лечения. В условиях операционной под проводниковой анестезией повторная закрытая одномоментная репозиция лучевой кости, иммобилизация спицами, контрольная рентгенография и при создании правильных анатомических взаимоотношений в радиоульнарном сочленении (30 и 10 градусов) гипсовая иммобилизация. При отсутствии эффекта открытая репозиция.

Рекомендации при выписке. 1. Гипсовая иммобилизация 4 недели, через две недели освободить локтевой сустав. 2. ПМП, ЛФК. 51 3. Препараты, улучшающие реологию и восстанавливающие тонус вен. 4. Ортопедическая фиксация лучезапястного сустава при физической нагрузке 2 мес.

25. Диагноз. Ушиб области правого коленного сустава. Болезнь Осгуд-Шляттера справа.

Обоснование диагноза. Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза, объективных данных: отек правого плечевого сустава, верхней трети правого плеча, окружность бугристости на 3 см длиннее, чем на левой, кожные покровы области правого коленного сустава физиологической окраски, отек отсутствует. При сравнительном осмотре обоих коленных суставов выявляется припухлость в области бугристости большеберцовой кости правой нижней конечности высотой не менее 0,5 см. При глубокой пальпации эта припухлость бугристости большеберцовой кости резко болезненная при надавливании. При активном сгибании голени болевые ощущения усиливаются, при пассивном боль появляется только после сгибания коленного сустава больше угла 90 градусов.

План дополнительного обследования. Необходимо произвести сравнительную рентгенографию обоих коленных суставов в двух проекциях. УЗИ для исключения другой патологии.

План лечения. Лечение по месту медицинского обслуживания. При остеохондропатии на рентгенограммах - фрагментация апофиза большеберцовой кости не связанная с костью ядро окостенения. Ростковая зона при этом будет не равномерно/клиновидно расширена. При травме на рентгенограммах ростковая зона при этом будет лентовидной. Ограничение физической нагрузки до 6 месяцев в зависимости от стадии, бандаж на коленный сустав. НПВС, ФТЛ, препараты кальция. Рекомендации при выписке: 1. Динамическое наблюдение по месту медицинского обслуживания. 2. Ограничение физической нагрузки в течение 6 месяцев, бандаж на коленный сустав. 3. ФТЛ. 53 4. Препараты кальция.