ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

 ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

 ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ



**МЕТОДИЧЕСКИЕ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ**

**ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ**

**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»**

**Тема: «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»**

**(СРОК ОСВОЕНИЯ 144 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСА)**

**ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ**

12.1 Формы промежуточной аттестации: зачет

12.2 Форма итоговой аттестации: экзамен

Для оценки исходного уровня знаний слушателей предусмотрено проведение базового контроля знаний.

 Для оценки текущего уровня освоения образовательной программы проводится периодический тестовый контроль.

 Освоение программы завершается итоговой аттестацией (сертификационным экзаменом), состоящей из решения тесовых заданий, ситуационных задач, собеседований с членами экзаменационной комиссии и определения практических навыков.

Лицам, не прошедшим итоговой аттестации или получившим на итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также лицам освоившим часть дополнительной профессиональной программы и (или) отчисленным из организации, выдается справка об обучении или периоде обучения.

**12.2.2 Примерная тематика контрольных вопросов итоговой аттестации:**

1. Современные методы лечения в травматологии и ортопедии.

2. Повреждения сухожилий. Диагностика и лечение.

3. Переломы и вывихи костей предплечья. Механизмы травмы. Диагностика . Лечение.

4. Повреждения голеностопного сустава. Повреждение связок. Перелом и вывих таранной кости. Диагностика и лечение.

5. Перелом костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца. Диагностика и лечение.

6. Остеохондропатии: Болезнь Келлер I, Келлер II, Болезнь Кинбека, Болезнь Кальве, Болезнь Шеермана-Мау.

7. Паралитическая деформация. Спастический паралич. Вялый паралич. Диагностика и лечение.

8. Деформация стоп. Плоскостопие, полая стопа, деформация I-го пальца стопы, молоткообразные пальцы. Диагностика и лечение.

9.Регенерация и репарация костной ткани (организующие системы костной ткани, типы костного сращения, стадии).

10. Общие принципы лечения повреждений ОДС (на примере переломов длинных трубчатых костей).

11. Консервативные и оперативные методы лечения ортопедо-травматоло-гических больных (общая характеристика).

12. Этиология и патогенез травматического шока. Интенсивная терапия при травматическом шоке.

13. Политравма. Классификация. Особенности диагностики и тактики лечения.

14. Переломы лучевой кости в типичном месте (механизм травмы, диагностика, лечение).

15. Переломы локтевого отростка (механизм травмы, клиника, лечение).

16. Травматический вывих предплечья (механизм травмы, клиника, лечение).

17. Диафизарные переломы плеча (механизм травмы, диагностика, лечение).

18. Переломы хирургической шейки плеча (механизм травмы, диагностика, лечение).

19. Травматический вывих плеча (механизм травмы, клиника, лечение).

20. Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости (механизм травмы, клиника, лечение).

21. Повреждение акромиально-ключичного сочленения, вывих акромиального конца ключицы (механизм травмы, клиника, диагностика, лечение).

22. Переломы ключицы (механизм травмы, клиника, лечение).

23. Переломы ребер (механизм травмы, диагностика, лечение).

24. Стабильные и нестабильные переломы позвоночника (механизм травмы, диагностика, лечение).

25. Клиника, диагностика и лечение переломов костей таза. Методы лечения переломов костей таза с нарушением целостности тазового кольца.

26. Травматические вывихи бедра (механизм травмы, клиника, лечение).

27. Переломы шейки бедренной кости (механизм травмы, клиника, лечение).

28. Диафизарные переломы бедренной кости (механизм травмы, клиника, лечение).

29. Повреждение связок коленного сустава (механизм травмы, клиника, лечение).

30. Переломы надколенника (механизм травмы, клиника, лечение).

31. Повреждение менисков коленного сустава (механизм травмы, клиника, лечение).

32. Внутрисуставные переломы костей коленного сустава (механизм травмы, клиника, лечение).

33. Диафизарные переломы костей голени (механизм травмы, клиника, лечение).

34. Переломы лодыжек (механизм травмы, клиника, лечение).

58. Диагностика и лечение наиболее часто встречающихся переломов лодыжек (типа Дюпюитрена, типа Десто).

35. Переломы пяточной кости (механизм травмы, клиника, лечение).

36. Переломы костей предплюсны (механизм травмы, клиника, лечение).

37. Организация ортопедо-травматологической помощи в РФ.
38. Применение компрессионно-дистракционных аппаратов в ортопедии.
39. Причины минерального дисбаланса костной ткани. Понятие остеопороза, классификация, профилактика, диагностика, коррекция, лечение.
40. Патологические и сенильные переломы. Диагностика, пути профилактики и лечение.
41. Врожденная мышечная кривошея. Диагностика, принципы лечения.
42. Врожденный вывих бедра. Этиология, патогенез. Ранняя диагностика.
43. Консервативное лечение дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра.
44. Оперативное лечение врожденного вывиха бедра.
45. Отдаленные ортопедические последствия врожденного вывиха бедра, их профилактика.
46. Врожденная косолапость. Клиника и принципы лечения.
47. Статические деформации стоп. Виды плоскостопия. Принципы диагностики и лечения.
48. Вальгусное отклонение I пальца стопы. Диагностика, консервативное лечение, показания к оперативному лечению.
49. Остеохондропатии. Этиология и патогенез. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легг-Кальве-Пертеса) диагностика, принципы лечения.
50. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуд-Шлаттера), рассекающий хондрит коленного сустава (болезнь Кенига) – диагностика, принципы лечения.
51. Остеохондропатия позвонков (болезнь Шойермана-Мау) – диагностика, принципы лечения. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника. Этиология и патогенез остеохондроза позвоночника.
52. Спондилолистез. Клинико-рентгенологическая картина, лечение.
53. Сколиотическая болезнь. Этиология, патогенез. Классификация сколиозов.
54. Принципы клинической и рентгенологической диагностики сколиоза. Прогнозирование.
55. Комплексное консервативное лечение сколиоза. Оперативное лечение.
56. Принципы ортопедического лечения ревматоидного полиартрита.
57. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиопатогенез, классификация, диагностика, принципы лечения.
58. Варусная деформация шейки бедренной кости. Этиология, клиника, лечение.
59. Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов. Классификация, этиология, патогенез.
60. Клинико-рентгенологическая диагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов. Особенности ранней диагностики дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного и коленного суставов.
61. Консервативное лечение остеоартроза крупных суставов. Показания и варианты оперативного лечения остеоартроза крупных суставов.
62. Асептический некроз головки бедренной кости у взрослых. Ранняя диагностика и лечение.
63. Эндопротезирование крупных суставов при заболеваниях и повреждениях. Показания к эндопротезированию, типы эндопротезов.
64. Доброкачественные опухоли костей. Классификация, принципы лечения.
65. Злокачественные опухоли костей. Классификация, принципы лечения.
66. Виды операций при злокачественных новообразованиях костей. Современные взгляды на тактику оперативного лечения.
67. Способы ампутации конечностей. Показания и противопоказания к протезированию. Болезни ампутационной культи.
68. Диспансеризация ортопедо-травматологических больных.
69. Отличие травматического шока от ожогового (клинические проявления, оценка степени тяжести, особенности противошоковой терапии).
70. Классификация кровотечений. Временная и окончательная остановка. наружного кровотечения. Способы остановки наружного кровотечения.

71. Причины, профилактика, способы остановки вторичного наружного кровотечения.
72. Виды иммобилизации при повреждении конечностей, таза и позвоночника.

73. Классификация ран. Особенности морфологии огнестрельной раны и клинического течения раневого процесса при огнестрельных ранениях.
74. Хирургическая обработка ран, ее виды, показания, общие принципы. Виды швов, накладываемых на рану после хирургической обработки. Сроки их наложений.
75. Техника первичной хирургической обработки огнестрельных ран. Показания к дренированию и виды дренажей.
76. Минно-взрывная травма: классификация, диагностика, принципы лечения.
77. Классификация местных и общих осложнений раневого процесса.
78. Ранняя диагностика и принципы лечения анаэробной инфекции, ее основные клинические отличия.

79. Патогенез синдрома длительного сдавления (СДС). Стадии процесса, их клиническое течение.
80. Переломы таза. Возможные осложнения и особенности оказания помощи.
81. Признаки продолжающегося кровотечения в плевральную полость - гемоторакс.

**Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача травматолога-ортопеда**

1. Клиническое обследование больного с травмой опорно-двигательного аппарата;
2. Клиническое обследование больного с заболеваниями опорно-двигательного аппарата;
3. Проведение инфузионной терапии, определение объема необходимых для инфузии жидкостей;
4. Участие в реанимационных мероприятиях;
5. Проведение местной анестезии;
6. Проведение проводниковой анестезии;
7. Новокаиновые блокады при переломах ребер;
8. Обосновать план оперативного лечения;
9. Обосновать тактику реабилитации у больных с острой травмой и ортопедическими заболеваниями.
10. Оценка степени консолидации переломов по данным рентгенографии;

**Темы рефератов**

1. Переломы: классификация.

2. Ортопедические заболевания: этиопатогенез и классификация.

 3. Ампутации: виды и показания. Принципы протезирования верхних и нижних конечностей.

4. Ошибки и осложнения в лечении переломов.

5. Детский травматизм: характеристика и профилактика.

6. Вывихи: классификация, принципы лечения.

7. Протезирование и ортопедические аппараты в травматологии и ортопедии. Экспресспротезирование.

8. Ауто-алло- и гомопластика в травматологии и ортопедии.

9. Погружной металлостеосинтез: виды, показания к применению.

10. Скелетное вытяжение: виды, показания к применению.

11. Транспортная и лечебная иммобилизация: виды, показания к применению.

12. Остеогенез: классификация, характеристика, виды срастания перелома.

13. Обследование больных ортопедо-травматологического профиля.

14. Основные принципы лечения больных ортопедо-травматологического профиля. 15. Реанимация в травматологии.

Примеры тестовых заданий

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1.001 Формированию "болезни перелома" способствует:

а) ранняя функция

б) длительная иммобилизация

в) боль и нарушение функции конечности

г) потеря механической нагрузки конечности

д) правильно Б,В,Г (+)

е) правильно А,Б,В

1.002 Основными принципами внутреннего остеосинтеза являются:

а) анатомическая репозиция

б) стабильная внутренняя фиксация

в) сохранение кровоснабжения фрагментов кости

г) ранняя безболезненная функция конечности

д) дополнительная гипсовая иммобилизация

е) правильно А,Б,В,Г. (+)

1.003 Целью оперативного лечения переломов являются:

а) исключение длительной иммобилизации суставов

б) точная реконструкция внутрисуставных повреждений

в) ранняя и стабильная фиксация перелома

г) улучшение кровоснабжения кости

д) правильно А,Б,В. (+)

1.004 Стабильность накостного остеосинтеза обеспечивается:

а) качественными характеристиками металла

б) статическими и динамическими силами напряжения и жёсткости

конструкции

в) использованием большого количества винтов

г) увеличением размеров нагружаемой поверхности

д) правильно а,б,г (+)

1.005 Концепция накостного остеосинтеза имеет следующие цели:

а) минимальное интраоперационное нарушение кровоснабжения

б) улучшение консолидации под пластиной

в) минимальное повреждение кости

г) оптимальная переносимость тканями металла

д) использование прочных винтов

е) правильно а,б,в,г (+)

1.006 Стабильность при использовании стягивающих винтов

обеспечивается:

а) введением центрального винта под прямым углом к оси кости, а боковых –

под прямыми углами к поверхности перелома (+)

б) введением винтов под прямым углом коси кости

в) велением винтов под прямым углом к плоскости перелома

г) введением большего количества винтов

1.007 Защитная, или нейтрализационная пластина используется:

а) при выполнении фиксации перелома стягивающими винтами

б) при угрозе развития инфекции

в) при компрессионном остеосинтезе (+)

г) при поперечных переломах

1.008 Опорная пластина используется:

а) при диафизарных переломах

б) при оскольчатых переломах

в) при метафизарных и эпифизарных переломах (+)

г) при инфицированных переломах

Необходимым условием для фиксации стягиванием являются:

а) способность пластины или проволоки выдерживать действие растягивающих сил

б) способность кости выдерживать компрессию

в) дефект противоположного пластине кортикального слоя

г) интактность противоположного пластине кортикального слоя

д) правильно а,б,г (+)

1.010. Мостообразующие пластины применяют:

а) при переломе двух сегментов

б) при поперечных переломах

в) при оскольчатых переломах (+)

г) при внутрисуставных переломах

1.011 Использование интермедуллярного стержня с блокированием

обеспечивает:

а) ротационную стабильность

б) осевую стабильность

в) миниинвазивную технику операции

г) максимальную стабильность

д) профилактику осложнений

е) правильно а,б,в (+)

1.012 Перелом хирургической шейки лопатки со смещением необходимо

лечить:

а) гипсовой повязкой Дезо

б) Гипсовой торакобрахиальной повязкой

в) на отводящей торакобрахиальной шине с вытяжением за локтевой отросток

г) на скелетном вытяжении за локтевой отросток

д) открытая репозиция и фиксация пластиной

е) правильно в, д. (+)

1.013 Показанием к операции при переломах ключицы являются:

а) перелом диафиза ключицы со смешением

б) латеральный перелом ключицы со смещением

в) угроза перфорации кожи отломком

г) перелом, сопровождающийся нейроваскулярными нарушениями

д) открытые переломы

е) перелома, сочетающиеся с переломом хирургической шейки лопатки

ж) правильно б,в,г,д,е (+)

1.014 Показанием к операции при переломах хирургической шейки

плеча являются:

а) абдукционные переломы со смещением

б) переломо-вывихи

в) вколоченные переломы

г) нестабильные переломы

д) переломы большого бугра со смещением

е) интерпозиция сухожильем двуглавой мышцы

ж) Правильно б,г,д,е. (+)

1.015 При переломах плечевой кости в нижней 1/3 целесообразно

использовать доступ:

а) передний

б) внутренний

в) задний (+)

г) наружный

1.016 При переломах обеих костей предплечья целесообразно оперативно

фиксировать:

а) одну лучевую кость

б) обе кости (+)

в) одну локтевую кость

г) одну из костей с дополнительной гипсовой фиксацией

1.017 При переломах таза с нарушением непрерывности переднего и

заднего отделов в качестве противошоковых мероприятий

целесообразно использовать:

а) положение Волковича

б) скелетное вытяжение

в) стержневой аппарат

г) открытую репозицию и внутренний стабильный остеосинтез

д) ограничиться внутритазовой блокадой по Школьникову - Селиванову

е) правильно Б,В. (+)

1.018 При переломах диафиза бедренной кости целесообразно

использовать:

а) внутренний доступ

б) передний доступ

в) передне - наружный доступ

г) наружный в виде «почтового ящика» (+)

д) задний доступ

1.019 При закрытых оскольчатых переломах диафиза большеберцовой

кости целесообразно:

а) проводить в первые часы внутри канальный остеосинтез стержнем

б) накостный остеосинтез в первые сутки

в) ограничиться гипсовой повязкой

г) скелетным вытяжением (+)

д) в экстренном порядке провести внеочаговый остеосинтез аппаратом Илизарова

1.020. При оперативном лечении переломов лодыжек операция

начинается в последовательности:

а) фиксации внутренней лодыжки, наружной, межберцового синдесмоза,

заднего края большеберцовой кости

б) фиксации заднего края, внутренней лодыжки, наружной, межберцового

синдесмоза

в) фиксации межберцового синдесмоза, наружной лодыжки, внутренней,

заднего края

г) фиксации наружной лодыжки, заднего края, внутренней лодыжки,

межберцового синдесмоза (+)

**Примеры ситуационных задач**

**Клиническая задача № 1**

Мужчина 52 лет. Беспокоит постоянная ноющая боль в левом коленном суставе. Не может выполнять разгибательные движения в коленном суставе и передвигаться. При попытке разогнуть ногу боль усиливается.

Два дня назад при спуске с лестницы оступился, почувствовал резкую боль по передней поверхности бедра и дальше не смог самостоятельно передвигаться. Госпитализирован в хирургическое отделение по месту жительства. Наложена гипсовая лонгета, которая на другой день была заменена ортезом. Переведен в травматологическое отделение для оперативного лечения.

В анамнезе гипертоническая болезнь, нарушение ритма сердца по типу частой желудочковой экстрасистолии. Принимает этацизин 50 мг х 3 раза / сутки, нерипрел 5/1,25 х 1 раз сутки Операции: 20 лет назад по поводу узлового токсического зоба – принимает элтероксин 75 мг/сутки. 4 года назад артроскопия правого коленного сустава.

Локальный статус. Левая нижняя конечность находится в ортопедическом ортезе в разогнутом состоянии. После снятия ортеза – кожные покровы бледноватые, чистые, имеется отечность области коленного сустава +5 см. При пальпации выявляется болезненность мягких тканей по передней поверхности левого бедра и коленного сустава. В области проекции сухожилия 4-х главой мышцы бедра западение, усиливающееся при попытке разогнуть голень.

Вопросы. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента? Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Составьте и обоснуйте план обследования. Составьте план лечения данного пациента. Имеются ли абсолютные показания к оперативному лечению? Ваши рекомендации при выписке.

 **Клиническая задача № 2**

 Больная 27 лет. При госпитализации в травматологическое отделение беспокоит боль в области левого голеностопного сустава, в основном постоянная, усиливается по ночам, носит ноющий характер. Также беспокоит небольшая боль при пальпации грудины. Анамнез заболевания. Две недели назад попала в ДТП. Была водителем автомобиля. Не справилась с управлением – съехала в кювет, перевернулась. Транспортирована в ближайшую больницу.

Первая врачебная помощь оказана в хирургическом отделении ЦРБ. Выставлен диагноз: сочетанная травма. ДТП. Закрытая травма грудной клетки. Перелом тела грудины. Ушибы, ссадины грудной клетки, передней брюшной стенки. Закрытый пронационный перелом лодыжек со смещением отломков. После проведения лечения хирургической патологии больная переведена в травматологическое отделение для дальнейшего лечения пронационного перелома.

Локальный статус. Левый голеностопный сустав иммобилизирован гипсовой лонгетной повязкой. После ее снятия выявляется отечность области голеностопного сустава + 2см, болезненность при поверхностной пальпации, значительное ограничение амплитуды движения в голеностопном суставе как при активном, так и при пассивном движении. На рентгенограмме, датированной днем травмы, имеется пронационный «завершенный» перелом Дюпюитрена.

Вопросы. Какой диагноз необходимо выставить данной пациентке? Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Составьте и обоснуйте план обследования. Составьте план лечения данной пациентки. Ваши рекомендации при выписке.

**Клиническая задача № 3**

Мужчина 65 лет. Беспокоит выраженная боль в левом бедре и левом предплечье, невозможность осевой нагрузки и самостоятельного передвижения. Беспокоит менее выраженная 13 боль в грудной клетке справа с локализацией в области ключицы, наличие раны в области средней трети левого бедра и волосистой части головы.

Анамнез. Травма сегодня около 19-40, ДТП. Пострадавший был за рулем ВАЗ-2105. Случилось лобовое столкновение со встречным автомобилем. Доставлен бригадой ССМП в травмоцентр первого уровня. В момент оказания помощи на дороге АД 90/60 мм рт ст., пульс 98 в 1 мин. Выполнено обезболивание, инфузионная терапия, наложена иммобилизация шинами Крамера на левое предплечье с захватом локтевого сустава, на правую н/конечность от кончиков пальцев до в/3 бедра. На рану в области ср/3 левого бедра наложена асептическая повязка.

В приемном покое АД 110/70 мм. рт. ст, пульс 80 в 1 мин. На левой нижней конечности кровоостанавливающий жгут, который не функционирует ввиду того, что практически болтается на конечности, имеется транспортная иммобилизация пластиковой шиной на всей конечности. Повязка на области средней – нижней трети левой голени значительно промокла кровью. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет; сердечные тоны ритмичные, 90 в 1 минуту, АД 100/60 мм. рт. ст., живот мягкий безболезненный во всех отделах. Локальный статус. Имеется выраженная деформация левого бедра на уровне средней трети, с наружной стороны в этой же области рана с неровными краями размером до 5 см с незначительным кровотечением. При пальпации определяется болезненность всего левого бедра, при перкуссии боль усиливается с иррадиацией в область деформации. Имеется абсолютное укорочение левой нижней конечности минус 5 см. Имеется выраженная деформация левого предплечья на уровне средней трети. При пальпации определяется болезненность всего левого предплечья. Имеется абсолютное укорочение левой верхней конечности минус 4 см за счет предплечья. Неврологической и сосудистой симптоматики в верхней и нижней левых конечностях нет. Локальная болезненность в области передней правой половины грудной клетки по ключице и ребрам до 4-5-го. 14 Рубленная рана волосистой части головы в лобно-теменной области справа длиной до 3 см.

В приемном покое продолжена инфузионная терапия – физ. рр 250,0;

УЗИ органов брюшной полсти, консультация хирурга и нейрохирурга. СКТ черепа, грудной клетки, брюшной полости. В перевязочной произведено наложение швов на рану головы и бедра под местной анестезией (новокаин 2% - 6,0), асептическая повязка, Проведена спица через бугристость большеберцовой кости для скелетного вытяжения под местной анестезией (лидокаин 2%- 4,0). Иммобилизация перелома костей предплечья гипсовой лонгетой от головок пястных костей до с/3 плеча. После консультации с реаниматологами больной транспортирован в экстренном порядке в ПИТ (палата интенсивной терапии).

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

**Ответы на клинические задачи по травматологии**

**Клиническая задача № 1**

Диагноз. Закрытый дегенеративный подкожный разрыв сухожилия четырехглавой мышцы левого бедра. Гипертоническая болезнь, нарушение ритма сердца по типу частой желудочковой экстрасистолии.

Обоснование диагноза. Диагноз выставлен на основании жалоб: не может выполнять разгибательные движения в коленном суставе и передвигаться. При попытке разогнуть ногу боль усиливается. На основании данных анамнеза заболевания: два дня назад травма. На основании данных локального статуса: имеется отечность области коленного сустава +5 см. При пальпации выявляется болезненность мягких тканей по передней поверхности левого бедра и коленного сустава. Значительная болезненность выявляется области прикрепления сухожилия 4-главой мышцы бедра к надколеннику. При попытке разогнуть голень боль усиливается

 План обследования. Готовить пациента к операции: ПАК, группа крови, ЭКГ, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты B и C. Для подтверждения диагноза можно выполнить МРТ и УЗИ исследование области коленного сустава.

 План лечения. Оперативное лечение – шов сухожилия четырехглавой мышцы левого бедра. Иммобилизация коленного сустава в разогнутом положении, физиопроцедуры, ЛФК.

Рекомендации при выписке:

1. Иммобилизация коленного сустава в течение 8 недель.

2. Прием хондропротекторов.

3. ЛФК, массаж.

4. Санаторно-курортное лечение.

**Клиническая задача № 2**

Диагноз. ДТП. Сочетанная травма. Закрытый перелом малоберцовой кости в нижней трети со смещением отломков, Закрытый перелом внутренней лодыжки со смещением отломков, повреждение дистального межберцового синдесмоза, подвывих 35 левой стопы кнаружи. Закрытая травма грудной клетки. Перелом тела грудины без смещения. Ушибы, ссадины грудной клетки, передней брюшной стенки.

Обоснование диагноза. Диагноз выставлен на основании жалоб. На основании данных анамнеза заболевания: ДТП; на основании объективных данных: левый голеностопный сустав иммобилизирован гипсовой лонгетной повязкой. После ее снятия выявляется отечность области голеностопного сустава + 2 см, болезненность при поверхностной пальпации, значительное ограничение амплитуды движения в голеностопном суставе как при активном, так и при пассивном движении.

План дополнительного обследования. Готовить к операции: ПАК, группа крови, ЭКГ – cito!, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты B и C. Контрольная рентгенография голеностопного сустава в двух проекциях.

План лечения. Имеются ли абсолютные показания к оперативному лечению? Показания к оперативному лечению абсолютные, т.к. со дня травмы прошло две недели то эффективность консервативного лечения будет не эффективна. Открытая репозиция малоберцовой кости, остеосинтез пластинкой. Открытая репозиция внутренней лодыжки, остеосинтез внутренней лодыжки спицами и петлей или винтами. Остеосинтез межберцового синдесмоза позиционным винтом.

 Рекомендации при выписке:

1. Продлить лечение в амбулаторных условиях по месту медобслуживания.

2. Иммобилизация гипсовой повязкой в течение 1 мес. постоянно, затем ее снимать, заниматься ЛФК и одевать на ночь и при передвижении, пользоваться костылями 2,5 мес. 3. Через 2,5 мес. удаление позиционного винта в стационаре и контрольная рентгенограмма.

4. ЛФК, физиопроцедуры, хондропротекторы, препараты кальция.

5. После снятия гипсовой повязки сразу же использовать компрессионный гольф или чулок для профилактики венозных отеков

 **Клиническая задача № 3**

Диагноз. ДТП. Сочетанная и множественная скелетная травма. Открытый оскольчатый перелом левой бедренной кости в с/3-н/3 со смещением отломков (по Калан-Марковой IIБ). Закрытый перелом обеих костей левого предплечья в с/3 со смещением отломков. Закрытый перелом грудинного конца правой ключицы с небольшим смещением. Закрытый перелом 4,5,6,9 ребер справа. Рубленая рана волосистой части головы в лобно-теменной области справа. Травматический шок 1 ст.

Обоснование диагноза. Диагноз выставлен на основании анамнеза – ДТП, жалоб – боли в конечностях; на основании объективных данных, подтвержденных консультациями смежных специалистов (хирурга и нейрохирурга), УЗИ органов брюшной полости, СКТ черепа, грудной клетки, брюшной полости.

План обследования. ПАК, группа крови, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты B и C – в отделении. Повторное УЗИ органов брюшной полости, СКТ черепа, грудной клетки, брюшной полости в динамике. Рентгенография локализаций переломов. План лечения. Выведение из шока, подготовка к операции (остеосинтез бедренной кости БИОС, костей предплечья пластинкой, правой ключицы спицами или пластинкой) в плановом порядке. Профилактика столбняка. Антибиотики.

 Рекомендации при выписке: 1. После операции. Косыночная повязка на левую верхнюю конечность, контрольная рентгенограмма через 10 недель, затем решение вопроса о возможности осевой нагрузки.

2. После операции. На левую нижнюю конечность возможна нагрузка не более 30% от массы тела в течение 12 недель с момента, когда у пациента будет возможность пользоваться костылями. После контрольной рентгенограммы решение вопроса о возможности осевой нагрузки.

3. Через 8 недель провести контрольную рентгенографию бедренной кости для решения вопроса о динамизации интрамедуллярного стержня (у оперировавшего травматолога).

 4. ЛФК, массаж.