



ФГБОУ ВО Ижевская государственная  
медицинская академия  
Минздрава России  
КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ,  
ОРТОПЕДИИ И ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ  
ХИРУРГИИ



**Федоров В.Г.**  
**ТРАВМАТОЛОГИЯ**  
**СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ**



**Учебное пособие для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.66 – травматология и ортопедия, студентов, обучающихся по ФОГС ВО 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО, 31.05.02 ПЕДИАТРИЯ, а также для врачей практического здравоохранения**

**Ижевск 2018**

УДК 616-001

ББК 54.58

Ф 33

**Федоров Владимир Григорьевич**, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации профессор **Наталья Борисовна Щеколова**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации профессор **Светлана Николаевна Стяжкина**

Протокол кафедрального заседания № 5 от 18.12.2017 г.

*Рекомендовано ЦКМС ИГМА (протокол № 3 от 20 февраля 2018 г.)*

© В.Г. Федоров 2018

Авторских листа 2,23

Печатных листов (Усл. печ. л.) 3,37

## Содержание

|  |    |
|--|----|
| Сокращения                                   | 4  |
| Введение                                     | 5  |
| Требования к результатам освоения дисциплины | 8  |
| Клинические задачи                           | 11 |
| Ответы на задачи                             | 34 |
| Список литературы                            | 55 |
| Приложения                                   | 56 |

## **Сокращения**

RW – реакция Вассермана.

HU - единицы Хаунсфилда (денситометрические показатели, англ.); шкала единиц Хаунсфилда - шкала линейного ослабления излучения по отношению к дистиллированной воде, рентгеновская плотность которой была принята за 0 HU (при стандартных давлении и температуре); одна единица Хаунсфилда соответствует 0,1 % разницы в ослаблении излучения между водой и воздухом, или приблизительно 0,1 % коэффициента ослабления воды, так как коэффициент ослабления воздуха практически равен нулю. Кость имеет денситометрические показатели от +150 до +1000 HU и даже выше.

НПВС - нестероидные противовоспалительные средства.

ЛФК – лечебная физическая культура.

ПАК - полный анализ крови.

ПАМ - полный анализ мочи.

ПХО – первичная хирургическая обработка.

ФТЛ – физиотерапевтическое лечение.

ЧКО – чрескостный компрессионный остеосинтез.

ЭКГ – электрокардиограмма.

ЯМР - томограмма - ядерная магнито-резонансная томография.

## Введение.

Данное учебно-методическое пособие предназначено для формирования определенных компетенций (competere от лат. - соответствовать, подходить), т.е. формирования способности, на основе полученной информации, практически применять в своей профессиональной деятельности знания и умения при решении задач, постоянно возникающих в течение практической деятельности.

Основные компетенции, которые будут формироваться при решении задач в данном сборнике:

| Индекс компетенций               | Название компетенции                                 | Характеристика компетенции  |
|----------------------------------|--|---|
| <b>УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ</b> |  |   |
| УК-1                             | Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | <b>Знает:</b> сущность методов системного анализа и системного синтеза; понятие «абстракция», ее типы и значение.<br><b>Умеет:</b> выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных, не существенных; анализировать учебные и профессиональные тексты; анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; выявлять основные закономерности изучаемых объектов, прогнозировать новые неизвестные закономерности.<br><b>Владеет:</b> навыками сбора, обработки информации по учебным и профессиональным проблемам; навыками выбора методов и средств решения учебных и профессиональных задач. |

| Индекс компетенций                  | Название компетенции  | Характеристика компетенции   |
|-------------------------------------|---|--|
| <b>ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ</b> |   |  |
| 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 заболеваний, их раннюю | <b>Знает:</b> - методику исследования здоровья взрослого и детского населения;<br>- основные проблемы и направления современного общественного здравоохранения и международной политики в этой области;<br>- права пациентов и основные юридические механизмы их обеспечения;<br>- методы сохранения и укрепления здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний;<br>- основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья; хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности;<br>- главные составляющие здорового образа жизни, принципы реализации профилактических программ. |

| Индекс компетенций                  | Название компетенции   | Характеристика компетенции   |
|-------------------------------------|--|--|
| <b>ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ</b> |  |  |
|                                     | <p>диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>         | <p><b>Умеет:</b> - использовать информацию о здоровье взрослого и детского населения в деятельности медицинских организаций;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализировать информацию о состоянии здоровья населения.</li> <li>- составлять перечень мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности профилактической помощи населению и формированию здорового образа жизни;</li> <li>- работать с законами, подзаконными нормативными актами, нормативно методической литературой, регулирующими правоотношения в сфере охраны здоровья;</li> <li>- использовать в работе статистические отчетные данные Министерства здравоохранения РФ и УР о структуре заболеваемости и смертности;</li> <li>- формировать средства наглядной агитации для проведения мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, укрепление здоровья и профилактику хронических неинфекционных заболеваний;</li> <li>- разрабатывать профилактические программы.</li> </ul> <p><b>Владеет:</b> - методикой исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методами организации гигиенического образования и воспитания населения;</li> <li>- методикой формирования и реализации профилактических программ;</li> <li>- навыками восприятия и анализа нормативно-правовых документов, регулирующих вопросы охраны здоровья;</li> <li>- методикой определения влияние факторов окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп.</li> </ul> |
| ПК-5                                | <p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией</p> | <p><b>Знает:</b> методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая СКТ, МРТ, эндоскопические, рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику).</p> <p><b>Умеет:</b> - сформулировать клинический диагноз;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- разработать план хирургических (терапевтических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;</li> <li>- намечать объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;</li> </ul>   |

| Индекс компетенций                  | Название компетенции   | Характеристика компетенции  |
|-------------------------------------|--|---|
| <b>ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ</b> |  |   |
|                                     | болезней и проблем, связанных со здоровьем   | <p>- обследовать пациентов при различных травматических повреждениях, с гнойно-септическими состояниями, выявлять жизнеопасные нарушения при кровотечениях, накладывать транспортные шины, бинтовые и косыночные повязки, вводить медикаменты через дренажи и микроирригаторы, оценивать пригодность крови и ее препаратов к трансфузии, проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания.</p> <p><b>Владеет:</b> на основе полученной информации диагностировать патологическое состояние, наметить дополнительные методы обследования.</p>   |
| ПК-6                                | <p>Готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи.</p>       | <p><b>Знает:</b> клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа; методику определения площади обожженной поверхности, особенности наложения контурных повязок при ожоговой болезни и холодовой травме.</p> <p><b>Умеет:</b> обследовать пациентов с травмами и ортопедической патологией, выполнять основные лечебные мероприятия при травмах и ортопедических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия.</p> <p><b>Владеет:</b> - основными способами лечения пациентов с травмами и больных с ортопедической патологией, адекватного хирургического и консервативного лечения в соответствии с поставленным диагнозом, - владеет алгоритмом выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;</li> <li>- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.</li> </ul> |
| ПК-8                                | <p>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов,</p> | <p><b>Знает:</b> - методы лечения и показания к их применению; механизм лечебного действия лечебной физкультуры и физиотерапии, показания и противопоказания к их назначению, особенности их проведения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- знает показания и противопоказания при назначении лекарственной терапии.</li> </ul> <p><b>Умеет:</b> наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни для решения вопроса о применении природных лечебных факторов,</p>  |

| Индекс компетенций                  | Название компетенции  | Характеристика компетенции   |
|-------------------------------------|---|--|
| <b>ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ</b> |   |  |
|                                     | нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении. | лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.<br><b>Владеет:</b> алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента на соответствующее реабилитационное лечение. |

### **Требования к результатам освоения дисциплины**

#### **По окончании обучения врач травматолог - ортопед должен знать:**

- ✓ анатомию опорно-двигательного аппарата, основные вопросы нормальной и патологической физиологии, биомеханики;
- ✓ основные закономерности регенерации тканей опорно-двигательного аппарата; оптимальные условия регенерации костной и хрящевой ткани, а также биомеханические основы остеосинтеза;
- ✓ общие и специальные методы клинического обследования ортопедо-травматологического больного;
- ✓ механизм возникновения переломов, вывихов, туннельных синдромов и методы их лечения;
- ✓ классификацию механических травм: переломов костей скелета и вывихов;
- ✓ генетические аспекты ортопедической патологии, классификацию врожденных ортопедических заболеваний;
- ✓ диагностические критерии переломов костей скелета, повреждений суставов, связок, сухожилий, сосудов, нервов конечностей и заболеваний опорно-двигательной системы, основные принципы рентгенодиагностики в травматологии и ортопедии, преимущества компьютерной томографии и ЯМР-томографии;
- ✓ должен знать общие вопросы дифференциальной диагностики травм и заболеваний опорно-двигательной системы;
- ✓ должен знать клиническую симптоматику и рентгенологическую диагностику многочисленных вариантов травм и заболеваний опорно-двигательной системы;
- ✓ клиническую картину и диагностику переломов костей скелета, повреждений суставов, связок, сухожилий, сосудов, нервов;
- ✓ знать принципы оказания специализированной помощи при сочетанных и комбинированных повреждениях, в частности, при термических поражениях;
- ✓ клинику и диагностику доброкачественных и злокачественных опухолей скелета;
- ✓ основы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с травмами и заболеваниями органов опоры и движения;
- ✓ показания к реэндопротезированию;
- ✓ тактику оказания помощи при переломах таза, осложненных повреждением тазовых органов;
- ✓ принципы асептики в медицине, хирургии и травматологии и ортопедии;
- ✓ диагностику и тактику оказания лечебной помощи при: жировой эмболии, тромбэмболии;



- ✓ основы инфузионной терапии при травматическом шоке, кровопотере, интоксикации, характеристику препаратов крови и кровезаменителей;
- ✓ клинику и диагностику синдрома длительного сдавливания мягких тканей или ишемии и показания к оперативному лечению;
- ✓ методы обезболивания в травматологии и ортопедии; показания к общему обезболиванию; место перидуральной анестезии; местной анестезии при лечении травм опорно-двигательного аппарата;
- ✓ оборудование и оснащение операционных, отделения реанимации, инструментарий и специальную технику, применяемая при травматолого-ортопедических операциях;
- ✓ организацию травматолого-ортопедической помощи в Российской Федерации, а также систему оказания скорой медицинской помощи;
- ✓ основы фармакотерапии, физиотерапии, роль санаторно-курортного лечения при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата;
- ✓ основы законодательства и директивные документы по вопросам организации здравоохранения;
- ✓ принципы врачебной этики и деонтологии.

**По окончании обучения врач травматолог - ортопед должен уметь:**

- ✓ анализировать результаты своей клинической работы;
- ✓ классифицировать различные ранения, уметь произвести первичную и вторичную хирургическую обработку ран и вести адекватно в послеоперационном периоде, своевременно распознать гнойные осложнения;
- ✓ обследовать и выявлять ортопедическое заболевание как у детей, так и взрослых: врожденный вывих и дисплазию бедра, тазобедренного сустава, нарушение осанки, остеохондроз позвоночника, спондилолистез; выявлять симптоматику при повреждениях менисков, боковых и крестообразных связок коленного сустава; диагностировать аваскулярный некроз головки бедра и болезнь Пертеса; диагностировать импинджмент-синдром плечевого сустава; диагностировать перелом ладьевидной кости запястья и другие заболевания опорно-двигательной системы;
- ✓ интерпретировать результаты общеклинических, биохимических и иммунологических исследований;
- ✓ проводить ПХО, наложить шов при повреждениях магистрального сосуда;
- ✓ обосновать методику обезболивания у больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата;
- ✓ обосновывать наиболее целесообразный план операции при повреждениях мягких тканей, травматических вывихах и переломах;
- ✓ проводить клиническое обследование ортопедотравматологических больных; определить алгоритм специальных методов исследования (биохимических, рентгенологических, ультразвуковых и др.), уметь интерпретировать их результаты;
- ✓ определять степень тяжести травматического шока, обеспечить инфузионную терапию шока, проводить новокаиновые блокады зон поражения;
- ✓ осуществлять профилактику послеоперационных осложнений;
- ✓ оформить медицинскую документацию;
- ✓ оформлять необходимую медицинскую документацию;
- ✓ оценивать тяжесть состояния, принимать необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определять объем и последовательность

- реанимационных мероприятий, оказывать необходимую срочную первую помощь; оценивать динамику симптоматики в процессе курации ортопедотравматологических больных;
- ✓ проводить консервативное лечение (ручная репозиция, лечение на скелетном вытяжении, контролировать лечение в гипсовой иммобилизации), оперативное лечение (ПХО, производить ампутацию или реконструкцию культи конечности,
  - ✓ производить накостный, внутрикостный, чрескостный, интрамедуллярный остеосинтез при переломах, сшивать сухожилия, связки, производить резекцию доброкачественных опухолей скелета;
  - ✓ пунктировать сустав и устранить гемартроз;
  - ✓ распознать на ранних стадиях заболевания опорно-двигательного аппарата приобретенного и врожденного характера;
  - ✓ участвовать в системе выявления ортопедических заболеваний у новорожденных и детей раннего возраста;
  - ✓ читать рентгенологические снимки, компьютерные и ЯМР-томограммы, данные ультразвукового обследования, ангиографии, радионуклидного сканирования, функциональных методов исследования, в том числе электрокардиографии, электромиографии.

**По окончании обучения врач травматолог - ортопед должен владеть навыками:**

- ✓ вправления вывихов в: плечевом, локтевом, тазобедренном, коленном суставах;
- ✓ диагностики травматологических заболеваний;
- ✓ методиками обезболивания у больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата;
- ✓ методикой остеосинтеза стягивающей петлей (по Weber) при переломах локтевого отростка, надколенника;
- ✓ методом чрескостного остеосинтеза спицевыми и стержневыми аппаратами;
- ✓ навыками ассистента при выполнении оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате;
- ✓ наиболее распространенными врачебными манипуляциями;
- ✓ оформления медицинской документации;
- ✓ техникой первой хирургической обработки различных ран;
- ✓ экстренной медицинской помощью при травмах и угрожающих жизни состояниях;
- ✓ навыками использования компьютерной техники.

## **Необходимо ознакомиться с ситуацией и дать развернутые ответы**

### **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 иммобилизован 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

боль в грудной клетке справа с локализацией в области ключицы, наличие раны в области средней трети левого бедра и волосистой части головы.

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.

Анамнез. 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.

Рубленая рана волосистой части головы в лобно-теменной области справа длиной до 3 см.

В приемном покое продолжена инфузионная терапия – физ. р-р 250,0; УЗИ органов брюшной полости, 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.

### **Клиническая задача № 4**

Мужчина 38 лет. Находится в алкогольном опьянении. Беспокоит небольшая боль в левом плече, невозможность пользования левой верхней конечностью, наличие патологической подвижности в плече. Травма сегодня около 19-40, пошел в состоянии алкогольного опьянения (выпил около 0,5 литра водки) на родник (была гололедица), поскользнулся, упал. Друзьями была вызвана бригада ССМП, сотрудники которой наложили иммобилизацию шинами Крамера по «Турнеру», и больного доставили в приемный покой травмоцентра. В приемном покое АД 110/70 мм рт ст, пульс 80 в 1 мин. Больной в состоянии алкогольного опьянения, не помнит, что с ним случилось.

**Локальный статус.** Осмотр после снятия иммобилизации. Деформация, патологическая подвижность диафиза плечевой кости. Кисть «висит», отведение первого пальца невозможно. Отсутствует

активное разгибание в лучезапястном и пястно-фаланговых суставах. Невозможно сжатие кисти в кулак.

На рентгенограмме левой плечевой кости в прямой проекции выявляется винтообразный перелом диафиза левой плечевой кости на границе средней – нижней трети.

Больной госпитализирован в травматологическое отделение.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования.

Составьте план лечения данного пациента при госпитализации и в отделении.

Ваши рекомендации при выписке.

### **Клиническая задача № 5**

Мужчина 53 лет. Жалобы при госпитализации на боли в области правого тазобедренного сустава, усиливающиеся при движении, нарушение опорной и двигательной функций правой нижней конечности.

Анамнез. 10 мес. назад вследствие падения бедром на угол крыльца больной получил закрытый перелом шейки правого бедра, по поводу чего был оперирован - выполнено тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава протезом бесцементной фиксации. Лечение с положительной динамикой. Был выписан в удовлетворительном состоянии. Две недели назад запнулся о ковер, упал на правое бедро. При падении почувствовал сильную боль и резкую болезненность при движении в правом тазобедренном суставе. Госпитализирован в ЦРБ. В течение этого времени проводилось симптоматическое лечение, скелетное вытяжение. Затем переведён в ортопедическое отделение для дальнейшего оперативного лечения. Доставлен в вынужденном положении на спине, на каталке. Правая нижняя конечность на шине Белера.

**Локальный статус.** При общем осмотре состояние удовлетворительное. Положение вынужденное – на спине. По наружной поверхности правого бедра – послеоперационный рубец, размером приблизительно 25 см, без признаков воспаления.

Отёчность правого бедра + 1,0 см. При пальпации умеренная болезненность в верхней трети правого бедра, движения в правом тазобедренном суставе резко ограничены, болезненны. Ось правой нижней конечности правильная. Нарушений чувствительности в нижней конечности нет. Определяется положительный симптом «прилипшей пятки».

Рентгенологическое заключение: тотальный эндопротез правого тазобедренного сустава, подвертельный метадиафизарный косой перелом правой бедренной кости.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования.

Составьте план лечения данного пациента при госпитализации и в отделении. Возможные варианты оперативного лечения.

Ваши рекомендации при выписке.

### **Клиническая задача № 6**

Женщина 60 лет доставлена бригадой СМП в приемный покой в экстренном порядке. Жалобы на резкие боли в левом бедре, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность пользоваться левой нижней конечностью.

Со слов пациентки травму получила сегодня утром – во дворе своего дома поскользнулась, упала на левую ногу с высоты своего роста, сразу же почувствовала резкую боль, вызвала СМП, которая доставила ее в дежурную травматологию.

В анамнезе детские инфекции, простудные заболевания, эпизоды повышения АД до 170/100 мм. рт. ст., периодические боли в области сердца.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, ЧСС - 76 ударов в минуту, АД рабочее 150/80 мм. рт. ст., физиологические отправления в норме.

**Локальный статус.** При осмотре пациентка лежит на каталке. Кожные покровы без повреждений. Левое бедро галифеобразно деформировано. Левая нижняя конечность несколько укорочена. В верхней трети левого бедра обширный кровоподтек 15x10 см



бордового цвета. При пальпации резкая болезненность в верхней трети, отек +3,0 см, крепитация отломков, патологическая подвижность, положительный симптом «осевой нагрузки» по оси левого бедра. Объем движений в левом тазобедренном и коленном суставах резко ограничен из-за болей. Чувствительных, двигательных расстройств не выявлено. Пульсация на артериях левой стопы определяется.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования.

Составьте план лечения данного пациента при госпитализации и в отделении.

Ваши рекомендации при выписке в зависимости от способа остеосинтеза.

### **Клиническая задача № 7**

Женщина 68 лет. Жалобы на ноющие боли в области левого голеностопного сустава, усиливающиеся при движении, невозможность в полной мере пользоваться левой нижней конечностью.

Со слов пациентки травму получила 2 недели назад – подвернула на улице левую ногу, почувствовала боль, за помощью обратилась в районную больницу, где диагностировали перелом. Наложили гипсовую лонгету без попытки репозиции и направили в травматологическое отделение.

В анамнезе детские инфекции, простудные заболевания, сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия II-й ст.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, ЧСС - 76 ударов в минуту, АД рабочее 155/90 мм. рт. ст., физиологические отправления в норме.

**Локальный статус.** При осмотре – гипсовая лонгета от кончиков пальцев до верхней трети голени. Значительный отек левой голени, стопы. Кожные покровы без повреждений. В области левого голеностопного сустава кровоподтек 10x8 см желтушного цвета. При пальпации болезненность в проекции внутренней и

наружной лодыжки левой голени, отек +3,0 см, крепитация отломков, патологическая подвижность. Объем движений в левом голеностопном суставе резко ограничен из-за болей. Чувствительных, двигательных расстройств не выявлено. Пульсация на артериях левой стопы определяется.

Проведено УЗИ вен левой нижней конечности. Выявлено: флотирующий тромб в задней большеберцовой вене, окклюзирующие тромбы в суральных, подколенной венах.

На рентгенограмме: перелом обеих лодыжек левой голени со смещением, разрыв дистального межберцового синдесмоза, подвывих стопы кнаружи.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?

Составьте и обоснуйте план обследования.

Первоочередная тактика.

Составьте план лечения данной пациентки в приемном покое скелетное вытяжение и в отделении.

Ваши рекомендации при выписке.

### **Клиническая задача № 8**

Больная 45 лет доставлена БСМП экстренно в приемное отделение городской больницы через 40 минут после ожоговой травмы пламенем. Из анамнеза известно, что после уборке в сарае решила покурить, попавший ранее на одежду бензин воспламенился. При поступлении состояние больной тяжелое. На туловище обрывки обгоревшей одежды. Жалобы на боли, холод, жажду. Кожные покровы лица бледные. PS 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт. ст. Больная заторможена, дрожит, была однократная рвота, дыхание неровное. В легких хрипов нет. Язык сухой. Живот несколько вздут. Мочи по уретральному катетеру 100 мл.

**Локальный статус.** После удаления одежды обнаружено, что на груди, животе, верхних конечностях циркулярно имеются множественные пузыри с геморрагическим содержимым. Часть пузырей лопнула. При этом определяются поверхностные ожоговые раны на различных участках поражения. Дно их сухое, тусклое, крапчатое или красно-черного цвета, боли при касании

отсутствует. На обеих кистях имеются струпы темно-коричневого и черного цвета, обугливание пальцев до кости.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Определите площадь и глубину поражения

Какую необходимо было оказать дврачебную помощь на догоспитальном этапе?

План лечения и обследования.

Принцип инфузионной терапии у данной больной.

### **Клиническая задача № 9**

Больной Я. находился на зимней рыбалке, принимал алкоголь, курил. Вечером мороз усилился до минус 30 градусов Цельсия. Пациент почувствовал онемение стоп, колющие и жгучие боли в пальцах ног. Домой приехал ночью, в сильном алкогольном опьянении и лег спать. На следующий день боли в стопах усилились, появились цианоз, онемение. Растирал ноги водкой, прикладывал горячую грелку.

**Локальный статус.** Обе стопы сине-багровые, чувствительность и движение в них отсутствует, кожа цианотичная, имеются единичные пузыри с геморрагическим содержимым.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Факторы, способствовавшие развитию этой патологии.

Составьте и обоснуйте Ваши действия в дореактивном периоде.

Определите возможные осложнения (в дореактивном и раннем реактивном периоде) общие и местные.

План лечения.

### **Клиническая задача № 10**

Мужчина 24 лет получил травму, разбираясь с электрической проводкой, задел оголенный провод, напряжение которого не превышает 1000 В (низковольтная травма). Отмечает, что в

момент соприкосновения в верхней конечности было судорожное сгибание (плеча и предплечья).

Объективно: пострадавший в сознании, состояние удовлетворительное.

**Локальный статус.** На тыльной поверхности правой ладони виден участок омертвевших тканей черного цвета с четкими границами и светлым ободком. Выражен отек окружающих тканей и судорожное сокращение мышц.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Предположите вид и степень данной электротравмы.

Составьте план лечения (консервативного и хирургического).

Выделите характерные особенности течения электроожогов.

Какие осложнения характерны для электроожогов?

### **Клиническая задача № 11**

Мужчина 63 лет. Беспокоит ограничение подвижности (тыльное сгибание) в области правого голеностопного сустава, постоянная небольшая отечность сустава и стопы, усиливающаяся к вечеру, а также при физической нагрузке. Также беспокоит боль в левом плечевом суставе при движении и особенно, когда лежит на боку. Считает себя больным с момента травмы.

Травма 2,5 месяца назад. ДТП, сбит автомобилем. Диагноз: Сочетанная травма, множественная скелетная травма. Закрытый оскольчатый перелом правого бедра в с/3 со смещением отломков. Закрытый оскольчатый перелом левой плечевой кости в ср/3 со смещением отломков. Закрытый перелом обеих лодыжек правой голени с частичным повреждением дистального межберцового синдесмоза. Ушиб грудной клетки. Малый гидроторакс справа. Урогематома. Рубленая рана тыла правой кисти. Травматический шок 3-й ст.

Находился в травматологическом отделении в течение 25 дней. За это время были выполнены следующие операции.

В день госпитализации ПХО раны кисти.

Через 10 дней двумя бригадами:

- закрытая репозиция, остеосинтез правой бедренной кости блокируемым интрамедуллярным стержнем; открытая репозиция наружной лодыжки, остеосинтез наружной лодыжки пластиной;

- открытая репозиция внутренней лодыжки, остеосинтез винтом и спицами;

- закрытая репозиция, остеосинтез левой плечевой кости блокируемым интрамедуллярным стержнем.

Госпитализирован для удаления блокирующего винта из бедренной кости и, возможно, позиционного винта.

**Локальный статус.** Плечевые суставы визуально без патологии. Имеется ограничение функции в обоих суставах (см. таблицу). При пальпации небольшая боль в области обоих плечевых суставов.

Небольшая болезненность при глубокой пальпации в области перелома (средней трети правого бедра) (см. таблицу).

При осмотре правый голеностопный сустав увеличен в размере + 2см, в области наружной лодыжки имеется послеоперационный рубец длиной до 9 см. Цвет кожи, структура в области рубца без видимой патологии.

При пальпации (глубокой) болезненность области правого голеностопного сустава определяется (головка позиционного винта).

Амплитуда движения в голеностопном суставе (см. табл.).

| Амплитуда движений в суставах          | Правый      | Левый        |
|--|-------------|--------------|
| <u>Плечевой.</u> Сгибание /разгибание  | 140/0/10    | 130/0/10     |
| Отведение/приведение (без лопатки)     | град        | град         |
| Отведение/приведение (с лопаткой)      | 70/0        | 60/0         |
| Ротация                                | 140/0       | 130/0        |
| <u>Коленный.</u> Сгибание / разгибание | 130         | 90           |
| <u>Голеностопный.</u>                  | 110/0 град. | 140/0        |
| Тыльное сгибание/подошвенное сгибание  | 40/0/0 град | 50/0/10 град |

### ***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.

## Клиническая задача № 12

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.

## Клиническая задача № 13

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

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.

**Клиническая задача № 14**

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.

## Клиническая задача № 15

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.

## Клиническая задача № 16

Пациент 38 лет. Бригадой СМП доставлен в приемное отделение в экстренном порядке. Жалобы больного на наличие раны, резкую боль в области левого предплечья, невозможность пользоваться левой верхней конечностью. Травма бытовая, сегодня при работе в гараже на левое предплечье упал тяжелый предмет. Вызвал БСМП.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической



окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 130/90 мм. рт. ст. ЧСС – 78 уд в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

**Локальный статус.** При осмотре левое предплечье деформировано. По передневнутренней поверхности в средней трети рана в поперечном направлении около 5 см с неровными краями. Дно раны – мышцы предплечья, в ране видны костные отломки, осколки, разможенные участки мышц, инородные тела. Кровотечение из раны незначительное. При пальпации болезненность, крепитация отломков, патологическая подвижность в средней трети левого предплечья. Чувствительность, движения пальцев левой кисти сохранены. Пульсация на дистальном участке лучевой и локтевой артерии определяется.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте план обследования.

Составьте план лечения данного пациента.

Какие осложнения возможны при данном переломе?

### **Клиническая задача № 17**

Пациент 27 лет. Доставлен в приемное отделение в экстренном порядке бригадой СМП. Жалобы больного на резкую боль в области обеих голеней, невозможность пользоваться обеими нижними конечностями. Травма в результате ДТП, был пассажиром легкового автомобиля, который столкнулся с а/м Газель. Сидел на переднем пассажирском сидении.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, несколько заторможен, ориентирован в пространстве и времени. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 100/60 мм. рт. ст. ЧСС – 92 уд в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

**Локальный статус.** При осмотре пациент лежит на каталке. В верхней трети обеих голеней видимая деформация, кровоподтек бордового цвета. Кожные покровы целые. При пальпации резкая болезненность в той же области, отек + 3,0 см, крепитация

отломков, патологическая подвижность, положительный симптом осевой нагрузки.

Объем движений в обоих коленных суставах резко ограничен из-за болей. Чувствительность, движения пальцев левой кисти сохранены. Пульсация на дистальном участке лучевой и локтевой артерии определяется.

Помимо травматолога пациент осмотрен хирургом, нейрохирургом – свою патологию они исключили.

По данным рентгенографии определяется оскольчатый перелом обеих костей в верхней трети правой и левой голени со смещением отломков.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования.

Составьте план лечения данного пациента (консервативное и оперативное), количество раствора необходимого при данной степени шока за сутки.

Ваши рекомендации при выписке.

### **Клиническая задача № 18**

Женщина 50 лет доставлена бригадой СМП в приемный покой в экстренном порядке. Жалобы на резкие боли в левом тазобедренном суставе, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность пользоваться левой нижней конечностью.

Со слов пациентки травму получила сегодня днем – во дворе своего дома упала на левую ногу с высоты своего роста, сразу же почувствовала резкую боль, вызвала СМП, которая доставила ее в дежурную травматологию.

В анамнезе детские инфекции, простудные заболевания.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, ЧСС - 78 ударов в минуту, АД рабочее 135/80 мм. рт. ст., физиологические отправления в норме.

**Локальный статус:** при осмотре пациентка лежит на каталке. Кожные покровы без повреждений. Левая нижняя конечность слегка согнута в коленном суставе, несколько укорочена,

ротирована кнаружи. Левый тазобедренный сустав деформирован. Положительный симптом пружинящего сопротивления. Объем движений в левом тазобедренном суставе отсутствует. Чувствительных, двигательных расстройств не выявлено. Пульсация на артериях левой стопы определяется.

Описание рентгенограммы в прямой проекции: определяется надлонный вывих головки левой бедренной кости.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования.

Составьте план лечения данной пациентки.

Сроки скелетного вытяжения. Рекомендации при выписке.

### **Клиническая задача № 19**

Больной 20 лет. Обратился в кабинет неотложной помощи травматолого-ортопедической поликлиники с жалобами на боль в правом плече.

Анамнез заболевания. Два часа назад упал на правую руку. Почувствовал резкую боль, не смог пользоваться конечностью.

**Локальный статус:** правое надплечье опущено. Правая рука находится в положении отведения, согнута в локтевом суставе. Ось правого плеча проходит через ключицу. В области дельтовидной мышцы определяется неровная плоская поверхность вследствие отсутствия головки в суставной впадине. Над этой поверхностью пальпируется акромиальный отросток лопатки. Активные движения в правом плечевом суставе отсутствуют. При пассивных движениях определяется «упругая фиксация» плеча, пружинящее сопротивление. Локтевой сустав невозможно привести к туловищу. Определяется разлитая болезненность в проекции плечевого сустава. При пальпации головка правого плеча пальпируется в нижнем отделе подмышечной впадины. Пульсация лучевой артерии четкая до и после вправления. Чувствительность и функция пальцев правой кисти не нарушены.

На рентгенограмме определяется подклювовидный вывих головки правой плечевой кости.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

Допустимая одномоментная доза новокаина при выполнении обезболивания при лечении данной травмы.

Составьте план лечения данного пациента.

Ваши рекомендации при выписке.

### **Клиническая задача № 20**

Больной 20 лет. Обратился в кабинет неотложной помощи травматолого-ортопедической поликлиники с жалобами на боль в правой ноге.

Анамнез заболевания. Два часа назад во время игры в футбол подвернул правую ногу и упал на правый коленный сустав. Почувствовал резкую боль, не смог пользоваться конечностью.

**Локальный статус:** имеется отек правого коленного сустава, его окружность больше окружности левого коленного сустава на 3 см. При пальпации определяется разлитая резкая болезненность по внутренней поверхности коленного сустава в проекции внутренней боковой связки. В верхнем завороте правого коленного сустава определяется выпот. Положительный симптом «баллотирования» надколенника правого коленного сустава. Функция правого коленного сустава 0/5/90 град. Ходит без нагрузки на правую ногу. Функция и чувствительность пальцев правой нижней конечности не нарушены. Пульсация магистральных сосудов правой нижней конечности четкая.

На рентгенограмме костных повреждений нет.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования.

Составьте план лечения данного пациента.

Ваши рекомендации при выписке.

## Клиническая задача № 21

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.

## **Клиническая задача № 22**

Больной 78 лет. Обратился в кабинет неотложной помощи травматолого-ортопедической поликлиники с жалобами на боль в правом плече. Анамнез заболевания. Два часа назад упал на отведенную правую руку. Почувствовал резкую боль, хруст кости, не смог пользоваться конечностью.

В анамнезе инфаркт миокарда (три года назад), сахарный диабет первого типа 12 лет.

Локальный статус: контуры правого плечевого сустава сглажены, сохранены. Имеется отек правого плечевого сустава, верхней трети правого плеча, окружность увеличена на 4 см в верхней трети правого плеча. Пальпация верхней трети правого плеча резко болезненна, определяется патологическая подвижность, крепитация костных отломков. Движения в правом плечевом суставе ограничены, резко болезненны. Пальцы правой кисти подвижны, чувствительность сохранена, пульсация на *a. radialis* справа четкая.

На рентгенограмме перелом хирургической шейки правой плечевой кости с небольшим смещением отломков под углом примерно 10 градусов, открытым снаружи с отрывом большого бугорка.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования.

Составьте план лечения данного пациента (консервативный и оперативный методы) обоснуйте.

Ваши рекомендации при выписке.

## **Клиническая задача № 23**

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.

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 сгибании 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.

### **Клиническая задача № 24**

Мужчина 48 лет. В приемный покой травматологического отделения доставлен на скорой помощи в алкогольном опьянении после бытовой травмы около 3:00. Жалобы на боли в области левой ключицы и выраженную боль в грудной клетке. Из анамнеза: за 2 часа до поступления в больницу упал во дворе дома, находясь в алкогольном опьянении. При осмотре в области левой ключицы имеется дефект, при пальпации определяется крепитация. При пальпации грудной клетки определяется болезненность по передней поверхности слева.

Произведена рентгенография грудной клетки и ключицы - выявлен перелом ключицы со смещением.

На ЭКГ острый инфаркт миокарда.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования.

Составьте план лечения данного пациента.

Ваши рекомендации при выписке.

### **Клиническая задача № 25**

Больной 25 лет. Беспокоит выраженная боль в левой голени, невозможность осевой нагрузки и самостоятельного передвижения. Беспокоит наличие ран в области ср/3- н/3 голени и выступающий в рану костный фрагмент.

Травма сегодня около 20-00, ДТП. Пострадавший, не имея водительских прав, совершил наезд на встречный автомобиль. Фельдшерской бригадой доставлен в приемный покой травматологического отделения.

В приемном покое АД 110/70 мм рт. ст., пульс 80 в 1 мин. Больной в состоянии алкогольного опьянения, не помнит, что с ним случилось. 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, хрипов нет, сердечные тоны ритмичные, 80 в 1 минуту, АД 110/70 мм. рт. ст., живот мягкий безболезненный во всех отделах.

Локальный статус. Имеется выраженная деформация левой голени на границе с/3-н/3, стопа развернута от этого уровня кнаружи. При пальпации определяется болезненность всей левой голени, при перкуссии боль усиливается с иррадиацией в область деформации. Имеется значительное абсолютное укорочение левой голени минус 5 см. При сравнительном осмотре обеих стоп



выявляется: окружность области левого голеностопного сустава больше на +1,5 см. Движения в голеностопном суставе ограничены из-за выраженной боли; в коленном суставе движения пассивные сохранены, активные не выполняет из-за боли.

После снятия повязки выявляется рана с неровными краями в средней трети голени размером 10x15 см. Дно раны - мышцы, обрывки фасции и выступающий кпереди дистальный фрагмент большеберцовой кости на протяжении 12 см. Рана умеренно кровоточит.

Вторая рана размером 10x3 см в области внутренней лодыжки, глубиной до 5 мм, дно раны - надкостница. Пульсация на периферических артериях сомнительна.

Также на голени имеются множественные ссадины размером 3x4 см.

В приемном покое (в перевязочной) произведена рентгенограмма левой голени в прямой проекции, наложена асептическая повязка, иммобилизирована лестничной шиной и больной направлен в экстренном порядке в операционную.

### ***Вопросы.***

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования.

Составьте план лечения данного пациента. Какая должна быть выбрана тактика лечения при повреждении артерий.

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 В и С. 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

левой стопы снаружи. 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 В и С. 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 пластиной. Открытая репозиция внутренней лодыжки, остеосинтез внутренней лодыжки спицами и петель 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 ПБ).

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 В и С – 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 пластижкой, правой ключицы спицами или пластижкой) 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.

#### **Клиническая задача № 4**

**Диагноз.** Закрытый винтообразный перелом диафиза левой плечевой кости на границе ср/3-н/3, осложненный повреждением лучевого нерва.

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании анамнеза, жалоб, на основании объективных данных и данных рентгенографии.

**План дополнительного обследования.** Готовить к операции. ПАК, группа крови, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С. Консультация невролога, дообследование, подготовка к операции в плановом порядке.

**План лечения.** В приемном покое - блокада по Белеру, иммобилизация гипсовой повязкой по Турнеру,

В отделении - операция остеосинтеза плечевой кости пластиной, ревизия лучевого нерва, при повреждении шов нерва.

#### **Рекомендации при выписке:**

1. Ортез типа Дезо на левую верхнюю конечность, контрольная рентгенограмма через 10 недель, затем решение вопроса о возможности осевой нагрузки.

2. ЛФК постоянно.

3. Для восстановления нерва: курсами (не менее трех) по 10 дней с промежутком 10 дней: прозерин 1,0+ В1 – 1,0 + дибазол 1 табл.

4. Наблюдение хирурга и невролога по месту жительства.

#### **Клиническая задача № 5**

**Диагноз.** Парапротезный подвертельный метадиафизарный кривой перелом правой бедренной кости. Тотальный эндопротез правого тазобедренного сустава.

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании жалоб - боль, анамнеза – травма, а 10 мес. назад был поставлен протез правого тазобедренного сустава; на основании объективных данных, подтвержденных рентгенографией.

**План обследования.** Подготовка к операции в плановом порядке: ПАК, группа крови, ЭКГ – cito!, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С. Контрольная рентгенограмма тазобедренного сустава с захватом верхней трети бедра.

**План лечения.** В приемном отделении: блокада по Белеру, скелетное вытяжение.

В отделении. Подготовка к операции в плановом порядке.

Варианты: а - повторное эндопротезирование (реэндопротезирование);

б – репозиция, накостный остеосинтез

**Рекомендации при выписке:**

1. Ходьба на костылях, решение вопроса о возможности осевой нагрузки через 10 недель.

2. Через 10 недель сделать контрольную рентгенографию бедренной кости.

3. ЛФК, массаж.

**Клиническая задача № 6**

**Диагноз.** Закрытый перелом верхней трети левой бедренной кости со смещением отломков

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании жалоб – резкие боли в левом бедре, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность пользоваться левой нижней конечностью. На основании данных анамнеза: падение на левую ногу с высоты своего роста, сразу же чувство резкой боли; кожные покровы без повреждений. Левое бедро деформировано. Левая нижняя конечность несколько укорочена. В верхней трети левого бедра обширный кровоподтек 15x10 см бордового цвета. При пальпации резкая болезненность в верхней трети, отек +3,0 см, крепитация отломков, патологическая подвижность, положительный симптом «осевой нагрузки» по оси левого бедра. Объем движений в левом тазобедренном и коленном суставах резко ограничен из-за болей.

**План обследования.** Рентгенография левой бедренной кости в двух проекциях. Готовить к оперативному лечению: ПАК, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С, ЭКГ, Контроль АД, консультация терапевта, кардиолога. УЗИ вен нижней конечности

**План лечения.** В приемном покое обезболивание - блокада по Белеру (новокаин 1-2 % 10-20 мл). Скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости 1/7 от массы тела.

Оперативное лечение в плановом порядке (при отсутствии противопоказаний) – остеосинтез левого бедра блокируемым стержнем либо пластиной.

2. Антикоагулянты, Анальгетики, Гемореологические препараты, Антибиотики, инфузионная терапия до и после операции

3. ЛФК.

**Рекомендации при выписке:**

1. Продолжить амбулаторное лечение в поликлинике.

2. Ходьба на костылях без нагрузки на левую ногу (при остеосинтезе пластиной), с дозированной нагрузкой (при остеосинтезе блокируемым стержнем) до сращения перелома

3. Рентген-контроль через 3, 6, 8 месяцев.

4. ЛФК, массаж

5. Таблетированные антикоагулянты (например, Ксарелто 10 мг 1 раз в день) 1 месяц после выписки, затем дезагреганты (например, Ацекардол по 100 мг. 1 раз в день) в течение 6 мес.

**Клиническая задача № 7**

**Диагноз.** Закрытый перелом обеих лодыжек левой голени со смещением, разрыв дистального межберцового синдесмоза, подвывих стопы кнаружи, флеботромбоз вен левой нижней конечности, флотирующий тромб задней большеберцовой вены, окклюзирующие тромбы суральных, подколенной вены. Сахарный диабет. АГ.

**План дополнительного обследования.** Готовить к операции: ПАК, группа крови, ЭКГ – cito!, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С – в отделении, ЭКГ, контроль АД, консультация терапевта, кардиолога, эндокринолога, гликемический профиль.

**Первоочередная тактика.** В первую очередь у данной пациентки нужно лечить флеботромбоз, а именно: возвышенное положение травмированной нижней конечности (на шине Белера), инъекционные антикоагулянты 7-10 дней в лечебных дозах, гемореологические препараты (пентоксифиллин, реоплиглюкин), венотоники (флебофа, детралекс), оmez, контрольное УЗИ вен левой нижней конечности через 1-2 недели.

**План лечения.** В приемном покое скелетное вытяжение.

В отделении 1. Оперативное лечение в плановом порядке (при вылеченном флеботромбозе по данным контрольных УЗИ - тромбы в стадии реканализации) – остеосинтез обеих лодыжек и ДМС металлоконструкциями.

2. Антикоагулянты, в том числе и после операции.

3. Анальгетики.

4. Гемореологических препараты.

5. Антибиотики, инфузионная терапия до и после операции.

6. ЛФК.

**Рекомендации при выписке:** 1. Продолжить амбулаторное лечение в поликлинике.

2. Гипсовая лонгета в течение 1,5 – 2 мес. со дня операции.

Ходьба на костылях без нагрузки на левую ногу до сращения перелома

3. Рентгенологический контроль через 2, 4 месяца.

4. ЛФК, массаж.

5. Антикоагулянты, затем дезагреганты в течение 6 мес.

## **Клиническая задача № 8**

**Диагноз.** Ожог пламенем III АБ – IV-й степени передней поверхности туловища и верхних конечностей, 36% поверхности тела (ШБ-IV-й степени-4%). Ожоговая болезнь, период ожогового шока I-й степени.

**Обоснование диагноза. Определите площадь и глубину поражения** Площадь поражения 36 % всей поверхности тела, глубина поражения на областях груди, живота, верхних конечностях соответствует II-IIIА степени, а в областях обеих кистей глубокие ожоги III Б-IV-й степени

**Какую необходимо было оказать доврачебную помощь на догоспитальном этапе.** Анальгетики, асептическая повязка, горячее питье.

**План лечения и обследования.** Адекватное обезболивание, инфузионная терапия, антибиотики, метрогил. Полный анализ крови, полный анализ мочи, крови, крови на сахар, белковые фракции. ПАК, группа крови, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С. ЭКГ.



Экстренная профилактика столбняка в период ожогового шока не показана. Антибиотики, метрогил.

**Принцип инфузионной терапии у данного больного.** Инфузионная терапия должна быть направлена на борьбу с гиповолемией, возмещение ОЦК и удержание жидкости в сосудистом русле, лечение нарушений водно-электролитного обмена, борьбу с ацидозом, коррекцию выделительной функции почек и нарушений энергетического баланса. Расчет инфузионной терапии по формуле: объем = 3 мл x масса тела в кг x площадь ожога в %.

В первые 8 часов вводится 50% расчетного объема. Поражение дыхательных путей приравнивается 5-10% и увеличивается объем инфузии на 10-15%. Соотношение коллоидов и кристаллоидов 1:2, причем, в первые 8 часов после шока переливают 2/3 суточного объема жидкости.

### **Клиническая задача № 9**

**Диагноз.** Обморожение обеих стоп 3-4-й степени.

**Факторы, способствовавшие развитию этой патологии.** Низкая температура воздуха, длительность переохлаждения, вынужденное сидячее положение, алкогольное опьянение, горячая грелка.

**Действия в дореактивном периоде.** 1. Восстановление кровообращения: спазмолитики (но-шпа, папаверин), дезагреганты (курантил, аспирин), препараты, нормализующие реологию (реополиглюкин, трентал), футлярные новокаиновые блокады. Обязательно внутриартериальное введение лекарственных средств (спазмолитики, новокаин).

При тяжелых отморожениях возможно раннее введение антикоагулянтов (гепарин).

2. Общее лечение: борьба с болью (анальгин, при сильных болях – промедол), борьба с шоком (инфузионная терапия), антибиотикопрофилактика, профилактика столбняка (столбнячная сыворотка), а также симптоматическая терапия.

**Возможные осложнения (в дореактивном и раннем реактивном периоде).** Общие: шок, токсемия, наиболее тяжелое – сепсис.

Местные: лимфангит и лимфаденит, нагноение, тромбоз, флебит, неврит, остеомиелит.

**План лечения.** Вскрытие пузырей, повязки с антисептиками, внутриартериальная инфузия анестетиков, антиагрегантов, спазмолитиков, антибиотиков. Профилактика столбняка. Физиотерапия. При развитии некрозов – некрэктомия, аутодермопластика.

### **Клиническая задача № 10**

**Диагноз.** Контактный электроожог правой кисти 3Б-4-й степени до 1%.

**Вид и степень данной электротравмы.** По времени воздействия - мгновенная, по локализации - местная, первая степень – легкая.

**План лечения.** Консервативное: Профилактика от столбняка АС-1,0 , ПСС-3000МЕ. Анальгетики. Антибактериальная терапия. Антикоагулянты

Хирургическое: Ранняя экономная некрэктомия, кожная пластика лоскутом с подкожной жировой клетчаткой.

**Характерные особенности течения электроожогов.** Характерной особенностью электроожогов является длительное отторжение струпа и медленная регенерация.

**Осложнения электроожогов.** Характерным осложнением электроожогов является вторичный некроз из-за тромбоза магистральных сосудов вплоть до развития гангрены.

Предположите вид и степень данной электротравмы.

Составьте план лечения (консервативного и хирургического).

Выделите характерные особенности течения электроожогов.

Какие осложнения характерны для электроожогов?

### **Клиническая задача № 11**

**Диагноз.** Срастающийся перелом правой бедренной кости, синтезированный блокируемым стержнем. Сросшийся перелом обеих лодыжек правой голени и связок дистального межберцового синдесмоза с наличием металлических конструкций. Контрактура голеностопного сустава 1-й ст.

Срастающийся перелом левой плечевой кости, синтезированный блокируемым стержнем.

Посттравматический плечелопаточный периартроз левого плечевого сустава с контрактурой 2-й ст., правого плечевого сустава 1-й ст.

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании жалоб – боли, ограничение амплитуды движения в суставах. На основании данных анамнеза заболевания: ДТП и последующее оперативное лечение; на основании объективных данных: ограничение амплитуды движения в суставах.

**План дополнительного обследования.** Необходима рентгенография правой бедренной кости, левой плечевой кости, правого голеностопного сустава.

**План лечения.** Динамизация блокирующего стержня правой бедренной кости. Удаление позиционного винта из области голеностопного сустава.

- Рекомендации при выписке:**
1. ЛФК, массаж.
  2. Полная нагрузка, рациональная трудотерапия.
  3. Санаторно-курортное лечение.

## **Клиническая задача № 12**

**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

### **Клиническая задача № 13**

**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.

## Клиническая задача № 14

**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 энтезопатии 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.

## Клиническая задача № 15

**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.

### **Клиническая задача № 16**

**Диагноз.** Открытый оскольчатый перелом обеих костей левого предплечья в средней трети со смещением отломков. По Каплан

Марковой 2В

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании данных анамнеза, объективного осмотра: при осмотре левое предплечье деформировано. По передне-внутренней поверхности в средней трети рана в поперечном направлении около 5 см с неровными краями. Дно раны – мышцы предплечья, в ране видны костные отломки, осколки, размозженные участки мышц, инородные тела. На рентгенограмме определяется оскольчатый перелом обеих костей левого предплечья в средней трети со смещением отломков.

**План обследования.** ПАК, группа крови, ЭКГ, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С – в отделении.

**План лечения.** 1. Оперативное лечение в экстренном порядке (при отсутствии противопоказаний) – ПХО раны левого предплечья. Иммобилизация аппаратом внешней фиксации или гипсовая иммобилизация.

2. Оперативное лечение в плановом порядке – остеосинтез лучевой и локтевой кости левого предплечья металлоконструкциями (пластиной).

3. АС, ПСС. Антикоагулянты. Анальгетики. Гемореологических препараты. Антибиотики, инфузионная терапия до и после операции. ЛФК.

**Какие осложнения возможны при данном переломе.**

1. Инфицирование раны.
2. Посттравматический остеомиелит.
3. Повреждение крупных кровеносных сосудов.
4. Повреждение крупных нервных стволов.
5. Повреждение мышц, сухожилий и др. мягких тканей.

## Клиническая задача № 17

**Диагноз.** Закрытый оскольчатый перелом обеих костей в верхней трети правой и левой голени со смещением отломков. Травматический шок I-й ст.

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании жалоб; на основании данных анамнеза; объективных данных: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, несколько заторможен, ориентирован в пространстве и времени. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 100/60 мм.рт.ст. ЧСС – 92 уд в мин., резкая болезненность в той же области, отек + 3,0 см, крепитация отломков, патологическая подвижность, положительный симптом осевой нагрузки.

По данным рентгенографии определяется оскольчатый перелом обеих костей в верхней трети правой и левой голени со смещением отломков.

**План дополнительного обследования.** ПАК, группа крови, ЭКГ – cito!, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С – в отделении. Контроль АД. УЗИ внутренних органов.

### План лечения.

1. Противошоковая терапия:
  - блокада по Белеру, наложение скелетного вытяжения.
  - инфузионная терапия 2-2,5 литра кристаллоидов + коллоидов;
  - анальгетики;
  - антибиотики;
  - иммобилизация перелома методом скелетного вытяжения в дооперационном периоде лечения;
  - инъекционные антикоагулянты.
2. Оперативное лечение в плановом порядке (при отсутствии противопоказаний) – остеосинтез большеберцовых костей правой и левой голени металлоконструкциями (блокируемым стержнем либо пластиной).
3. Гемореологические препараты
5. ЛФК, массаж, физиотерапия
6. Гипсовая иммобилизация при остеосинтезе пластиной

**Рекомендации при выписке.** В зависимости от вида остеосинтеза.

### **Клиническая задача № 18**

**Диагноз.** Закрытый передне-верхний вывих головки левой бедренной кости.

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании жалоб, объективных данных: левая нижняя конечность слегка согнута в коленном суставе, несколько укорочена, ротирована наружу. Положительный симптом пружинящего сопротивления. Описание рентгенограммы в прямой проекции: определяется надлонный вывих головки левой бедренной кости.

**План дополнительного обследования.** ПАК, группа крови, ЭКГ, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С. Контрольная рентгенограмма после вправления вывиха головки левой бедренной кости. УЗИ сосудов нижних конечностей.

**План лечения.** 1. Вправление вывиха под внутривенным наркозом.

2. Скелетное вытяжение за мышечки бедренной кости (дисциплинирующий груз около 5-6 кг в зависимости от мышечной массы).

3. Дезагреганты либо антикоагулянты. Анальгетики. Гемореологических препараты. ЛФК, физиолечение.

**Сроки скелетного вытяжения. Рекомендации при выписке.** Скелетное вытяжение 6 недель. Затем ходить на костылях с дозированной нагрузкой до 6 мес. Контрольные рентгенограммы каждые 2 мес.

### **Клиническая задача № 19**

**Диагноз.** Закрытый передний вывих головки правой плечевой кости.

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза и объективных данных: правое надплечье деформировано, правая рука находится в положении отведения, согнута в локтевом суставе. Ось правого плеча проходит через ключицу. В области дельтовидной мышцы определяется неровная плоская поверхность вследствие отсутствия головки в суставной



впадине. Над этой поверхностью пальпируется акромиальный отросток лопатки. Активные движения в правом плечевом суставе отсутствуют. При пассивных движениях определяется «упругая фиксация» плеча, пружинящее сопротивление. Локтевой сустав невозможно привести к туловищу. При пальпации головка правого плеча пальпируется в нижнем отделе подмышечной впадины. На рентгенограмме определяется подклювовидный вывих головки правой плечевой кости.

**План дополнительного обследования.** Для данного этапа лечения представленный план достаточный.

**План лечения.** Под местной внутрисуставной анестезией 1% р-ром новокаина 30 мл (при невозможности под внутривенной анестезией), вправление вывиха любым способом.

Возможно выполнение блокады надлопаточного нерва (по Витюгову) и одновременно подмышечного нерва.

ПМП, ЛФК.

При однократном введении токсическая доза новокаина до 750 мг в зависимости от веса пациента.

**Рекомендации при выписке.** 1. Гипсовая иммобилизация повязкой Дезо 4 недели. ПМП, ЛФК.

2. После снятия иммобилизации активная ЛФК, массаж, ФТЛ.

## **Клиническая задача № 20**

**Диагноз.** Повреждение внутренней боковой связки правого коленного сустава. Гемартроз? Синовит? Контрактура сгибательно-разгибательная 1-й степени.

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза и объективных данных: имеется отек правого коленного сустава, его окружность больше окружности левого коленного сустава на 3 см. При пальпации определяется разлитая резкая болезненность по внутренней поверхности коленного сустава в проекции внутренней боковой связки. В верхнем завороте правого коленного сустава определяется выпот. Положительный симптом «баллотирования» надколенника правого коленного сустава. Функция правого коленного сустава 0/5/90 град. Ходит без нагрузки на правую ногу.

**План обследования.** Рентгенография коленного сустава в двух проекциях, МРТ коленного сустава с целью исключения

повреждения менисков и разрывов крестообразных связок. СКТ для исключения импрессионных переломов мыщелков большеберцовой кости.

**План лечения.** Под местной анестезией 1% раствором новокаина 20 мл лечебно-диагностическая пункция, эвакуация содержимого коленного сустава, ПМП, ЛФК.

**Рекомендации при выписке:** 1. Гипсовая иммобилизация не менее 4 недель с полностью разогнутым коленным суставом .

2. ПМП, ЛФК.

3. После снятия гипсовой повязки дозированная осевая нагрузка 3 месяца с момента травмы, ортопедическая фиксация коленного сустава при физической нагрузке.

### **Клиническая задача № 21**

**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.

3. Препараты, улучшающие реологию и восстанавливающие тонус вен.

4. Ортопедическая фиксация лучезапястного сустава при физической нагрузке 2 мес.

### **Клиническая задача № 22**

**Диагноз.** Закрытый абдукционный перелом хирургической шейки правой плечевой кости с допустимым смещением отломков и отрывом большого бугорка. Сахарный диабет первого типа 12 лет

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза, объективных данных: отек правого плечевого сустава, верхней трети правого плеча, окружность увеличена на 4 см в верхней трети правого плеча. Пальпация верхней трети правого плеча резко болезненна, определяется патологическая подвижность, крепитация костных отломков. На рентгенограмме перелом хирургической шейки правой плечевой кости с небольшим смещением отломков под углом, открытым снаружи с отрывом большого бугорка.

**План обследования.** При хорошем стоянии отломков амбулаторное лечение, при отсутствии репозиции планировать оперативное лечение и, соответственно, готовить анализы для операции, консультация эндокринолога, кардиолога.

**План лечения.** Консервативней метод предпочтительнее, т.к. у больного в анамнезе инфаркт миокарда, сахарный диабет.

1. Блокада по Белеру. Репозиция одномоментная,

2. Отводящая трако-брахиальная гипсовая иммобилизация или висячая повязка по Колдуэллу (в случае невозможности использования трако-брахиальной повязки из-за соматического состояния пациента).

**Рекомендации при выписке:** 1. Наблюдение по месту медобслуживания.

2. Иммобилизация 4 недели, затем перевод на косыночную повязку на 4 нед.

3. ФТЛ, ЛФК.

4. После снятия гипса ортопедическая фиксация плечевого сустава при нагрузках до восстановления амплитуды движения в суставе.

## 5. Продолжение ЛФК.

### Клиническая задача № 23

**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.

#### 4. Препараты кальция.

### **Клиническая задача № 24**

**Диагноз.** Острый инфаркт миокарда.

Закрытый перелом левой ключицы со смещением отломков.

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза, объективных данных: при осмотре в области левой ключицы имеется дефект, при пальпации определяется крепитация. При пальпации грудной клетки определяется болезненность по передней поверхности слева. Произведена рентгенография грудной клетки и ключицы, выявлен перелом ключицы со смещением. На ЭКГ острый инфаркт миокарда.

**План обследования.** Консультация реаниматолога, кардиолога.

**План лечения.** Реанимационное отделение, лечение острого инфаркта сердца. Иммобилизация перелома ключицы мягкой восьмиобразной повязкой.

**Рекомендации при выписке.** Лечение перелома ключицы в плановом порядке.

### **Клиническая задача № 25**

**Диагноз.** ДТП. Открытый многооскольчатый перелом обеих костей левой голени в средней – нижней трети со смещением отломков, повреждением задней большеберцовой артерии? (по Калан-Марковой ШВ-IV). Открытый перелом внутренней лодыжки с небольшим смещением. Алкогольное опьянение.

**Обоснование диагноза.** Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза, объективных данных: факт ДТП. Имеется выраженная деформация левой голени на границе с/3-н/3, стопа развернута от этого уровня кнаружи. При пальпации определяется болезненность всей левой голени, при перкуссии боль усиливается с иррадиацией в область деформации. Имеется значительное абсолютное укорочение левой голени минус 5 см. При сравнительном осмотре обеих стоп выявляется: окружность

области левого голеностопного сустава больше на +1,5 см. Движения в голеностопном суставе ограничены из-за выраженной боли; в коленном суставе движения пассивные сохранены, активные не выполняет из-за боли. После снятия повязки выявляется рана с неровными краями в средней трети голени размером 10x15 см. Дно раны - мышцы, обрывки фасции и выступающий кпереди дистальный фрагмент большеберцовой кости на протяжении 12 см. Рана умеренно кровоточит. Вторая рана размером 10x3 см в области внутренней лодыжки глубиной до 5 мм, дно раны надкостница. Пульсация на периферических артериях сомнительна.

**План обследования.** В приемном покое (в перевязочной) рентгенограмма левой голени в прямой проекции. ПАК, группа крови, ЭКГ, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С.

После ПХО консультация ангиохирурга, УЗИ сосудов нижней конечности.

**План лечения.** В приемном покое асептическая повязка, иммобилизация лестничной шиной и транспортировка в экстренном порядке в операционную. ПХО, ЧКО аппаратом внешней фиксации.

В отделении перевязки, коррекция при наличии неполной репозиции перелома, НПВС, антибиотики, реологические сосудистые препараты, антикоагулянты, АС, ПСС.

При повреждении артерий сосудистый шов или эндопротезирование артерии аутовеной.

В плановом порядке операция полной стабилизации перелома.

**Рекомендации при выписке:**

1. Наблюдение по месту медобслуживания. Уход за кожей вокруг спиц аппарата Илизарова.

2. ЛФК, массаж, пользоваться костылями при ходьбе.

3. Контрольный осмотр лечащего врача с рентгенограммами (на область голеностопного сустава и область с/3 голени) для решения вопроса о возможности полной нагрузки на правую ногу через 2 мес.

# ТРАВМАТОЛОГИЯ

## СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ

### Список литературы

1. Военно-полевая хирургия. Под ред. И.Ю. Быкова, Е.К. Гуманенко, Н.А. Ефименко Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2009, 816 с. Рекомендуются УМО в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей.
2. Корнилов А.А. Травматология и ортопедия, ВПХ М., ГЭОТАР–Медиа, 2005, Учебник.
3. Кузин М.И, Харнас С.Ш. Местное обезболивание.- М.:Медицина,1982,144
4. Матвеев Р.П. Медведев Г.М. Политравма: Организационные и лечебные аспекты. ФА по здрав. и СР, Северный ГМУ, Северный науч. центр СЗО РАМН, Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2006.
5. Травматология. Под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова Национальное руководство.ГЭОТАР-Медиа, 2008, 808 с. Рекомендуются УМО в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального



**РЕЦЕНЗИЯ**  
**на учебное пособие «ТРАВМАТОЛОГИЯ.**  
**СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ»,**  
**подготовленное доктором медицинских наук, доцентом Федоровым**  
**Владимиром Григорьевичем**

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.66 «Травматология и ортопедия» направлена на формирование у обучающихся умения эффективно решать профессиональные врачебные задачи на основе данных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований и анализа данных о патологических процессах, состояниях, реакциях при травмах и заболеваниях опорно-двигательной системы с использованием знаний об общих закономерностях и механизмах их возникновения, развития и завершения, а также формулировать принципы (алгоритмы, стратегию) и методы их выявления, лечения и профилактики.

Данное пособие должно помочь сформировать у слушателей ординатуры компетенции по выработке навыков логического мышления при решении профессиональных задач, стоящих перед ними после выхода на самостоятельную врачебную деятельность. Изучив и проанализировав задачи, ординатор значительно легче справится со вторым этапом государственной итоговой аттестации.

Считаю, что учебно-методическое пособие представляет интерес для хирургов. Пособие хорошо оформлено. Имеет тестовые задания.

**Заключение:** учебно-методическое пособие для ординаторов, студентов старших курсов медицинских вузов, подготовленное автором, может быть рекомендовано к печати.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры  
травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии  
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего  
образования «Пермский государственный  
медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера»  
Министерства здравоохранения Российской  
Федерации

Н.Б. Щеколова

Подпись Щеколовой Натальи Борисовны заверяю





**Выписка из протокола № 5  
заседания кафедры травматологии, ортопедия и ВПХ**

от «18» декабря 2017 г.

Присутствовали: Зав. кафедрой д.м.н. доцент Федоров В.Г.  
И.о.ассистента Герасимов К.В.  
И.о.ассистента Злобин А.В.  
И.о.ассистента Сакаев Э.Н.  
И.о.ассистента Урошников А.С.  
И.о. ассистента Емельянова А.М.

**Слушали** выступление Федорова В.Г. представившего для рассмотрения учебные пособия:

- ✓ Учебно-методическое пособие «Травматология. Сборник клинических задач»
- ✓ Учебно-методическое «Ортопедия. Сборник клинических задач»,
- ✓ Учебно-методическое «Краткий курс травматологии чрезвычайных ситуаций»



Рецензентами являются:

1. Доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственная медицинский университет им. академика Е.Г. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации **Шеколова Наталья Борисовна.**
2. Доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации профессор **Светлана Николаевна Стяжкина.**

**Постановили:**  
рекомендовать

- ✓ Учебно-методическое пособие «Травматология. Сборник клинических задач»
  - ✓ Учебно-методическое «Ортопедия. Сборник клинических задач»,
  - ✓ Учебно-методическое «Краткий курс травматологии чрезвычайных ситуаций»
- для представления в ЦКМС ИГМА

Председатель

Федоров В.Г.

Секретарь

Соловьева Л.П.