**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**Ижевская государственная медицинская академия**

#### Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

УТВЕРЖДЕН

на заседании кафедры

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г., протокол №\_\_ Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_В.Д. Шарпарь

**ФОНД**

**ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

#### ПО ДИСЦИПЛИНЕ

**ТРАВМАТОЛОГИЯ и ОРТОПЕДИЯ**

**Уровень высшего образования – специалитет**

**31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

**Паспорт**

**фонда оценочных средств**

 **по дисциплине ТРАВМАТОЛОГИЯ и ОРТОПЕДИЯ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Контролируемые разделы (темы) дисциплины | Код контролируемой компетенции (или ее части) | Наименование оценочного средства |
|  | **Травматология** |  |  |
|  | Введение в травматологию и ортопедию. Методы обследования травматологических и ортопедических больных | ОПК-6, ПК-5, ПК-21, ПК-22 | Опрос по вопросамКейс - задачи Тесты |
|  | Современные принципы и методы лечения переломов костей. Огнестрельные ранения | ОПК-8, ОПК-11, ПК-6, ПК-8 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Регенерация костной ткани. Несросшиеся переломы и ложные суставы | ОПК-8, ПК-8, ПК-9, ПК-22 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Закрытые переломы и вывихи костей (верхней и нижней конечностей) | ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-13 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Открытые переломы. Синдром длительного сдавления  | ОПК-8, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-13 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Повреждения позвоночника и таза | ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-13 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Политравма. Геморрагический и травматический шок, принципы лечения Травматическая болезнь | ОПК-8, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-13, ПК-19 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Повреждения кисти | ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-13 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Реабилитация в травматологии | ОПК-11 | Кейс - задачи |
|  | **Ортопедия** |  |  |
|  | Врожденные и приобретенные деформации конечностей | ПК-8, ПК-9 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Врожденные деформации шеи и грудной клетки | ПК-8, ПК-9 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Врожденные деформации позвоночника. Сколиоз | ПК-8, ПК-9 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника. Остеохондроз. | ПК-8, ПК-9 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов. Деформирующий артроз. Асептический некроз. | ПК-8, ПК-9 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Опухоли костей | ПК-8, ПК-9 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Остеохондропатии | ПК-8, ПК-9 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Остеомиелит. Раневая инфекция. Синдром системного воспалительного ответа. Сепсис.  | ПК-8, ПК-9 | Опрос по вопросам Кейс - задачи Тесты |
|  | Протезирование и ортезирование в ортопедии | ОПК-11 | Кейс - задачи |

*ПРИМЕЧАНИЕ: В случае, если в данной программе ФОС имеются расхождения в наименовании оценочных средств (столбец 4 таблицы) с рабочей программой дисциплины (таблица 3,столбец 5), то необходимо рабочую программу привести в соответствие с ФОС.*

**Перечень оценочных средств**

(см. Положение о фонде оценочных средств)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование оценочного средства | Краткая характеристика оценочного средства | Представление оценочного средства в фонде  |
|  | Опрос по вопросам | Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п. | Вопросы по темам/разделам дисциплины |
|  | Кейс - задачи | Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы. | Задания для решения кейс-задачи |
|  | Тесты | Система стандартизированных заданий, позволяющаяавтоматизировать процедуру измерения уровня знаний иумений обучающегося. | Фонд тестовых заданий |
|  | Экзамен, дифференциро-ванный зачет | Курсовые экзамены по всей дисциплине или ее части преследуют цельоценить работу студента за курс (семестр), полученные теоретическиезнания, прочность их, развитие творческого мышления, приобретениенавыков самостоятельной работы, умение синтезировать полученныезнания и применять их к решению практических задач. | 1) Вопросы для подготовки.2) Комплект экзаменационныхбилетов. |

**1.Зачётно-экзаменационные материалы**

**(перечень вопросов/ билетов)**

**по разделу/дисциплине травматология и ортопедия**

*Примечание:*

**1) билеты (экзамен) по дисциплине 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Форма экзаменационного билета

**МИНЗДРАВ РОССИИ**

**31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

***специалитет***

***кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ***

**государственное бюджетное**

**образовательное учреждение высшего профессионального образования**

**«Ижевская государственная медицинская академия»**

**(ИГМА)**

Дисциплина**травматология и ортопедия**

 (наименование дисциплины)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №**

1 Вопрос……………………………………………………………………………

2 Вопрос……………………………………………………………………………

3 \* …………………………………………………………………………………..

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.О.Фамилия

 (подпись)

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.О.Фамилия

 (подпись)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

**Критерии оценки:**

- Оценка **«отлично»** выставляется, если обучающийся обнаруживает всесторонние, систематические и глубокие знания учебного программного материала, умеет свободно выполнять задания, предусмотренные программой, им усвоена основная и знакома дополнительная литература, рекомендованная программой, усвоена взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, а также проявлены творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного программного материала;

- Оценка **«хорошо**» заслуживает студент, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе , показавший систематический характер знаний по дисциплине и способный к дальнейшей учебной работе и профессиональной деятельности;

- Оценки «**удовлетворительно**» заслуживает студент, обнаруживший знание основного учебного материала в объеме, необходимого для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой, допустивший погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающий необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя;

- Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется студенту, обнаружившему проблемы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой знаний, который не может продолжать обучение по подготовке к профессиональной деятельности по окончанию вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Переломы пястных костей кисти и фаланг пальцев. Транспортная и лечебная иммобилизация. Диагностика, лечение
2. Регенерация костной ткани при переломах костей, замедленная консолидация. Ложный сустав, диагностика и лечение.
3. Чтение рентгенограммы

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2

1. Политравма: множественные, сочетанные, комбинированные повреждения. Особенности диагностики, оценка тяжести состояния пациента и лечение
2. Пороки осанки, их значение в предупреждении заболеваний позвоночника.
3. Чтение рентгенограммы

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3

1. Медиальные переломы шейки бедренной кости. Диагностика и лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Протезирование в травматологии и ортопедии (протезы, ортопедические аппараты).
3. Чтение рентгенограммы

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4

1. Переломы и вывихи ключицы. Клиника, диагностика, лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Методика обследования больных с травмой, заболеваниями органов опоры и передвижения.
3. Чтение рентгенограммы

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5

1. Вывихи. Клиника, диагностика, лечение вывихов различной локализации. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Сколиоз. Сколиотическая болезнь. Диагностика. Лечение.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6

1. Переломы таза. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. . Вялые и спастические параличи. Диагностика. Лечение и реабилитация
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7

1. Перелом надколенника. Перелом локтевого отростка. Виды. Лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Остеохондропатии эпифизарных концов трубчатых костей (болезнь Легг-Кальве-Пертеса, вторая болезнь А.Келера). Диагностика. Лечение.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8

1. Открытые повреждения кисти. Диагностика повреждения сухожилий, методы лечения. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Остеохондропатии губчатых костей (первая болезнь А. Келера, болезнь Кинбека, болезнь Кальве). Диагностика. Лечение.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9

1. Вывих головки бедренной кости. Клиника, диагностика, лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Остеохондропатии апофизов костей (болезнь Осгуд-Шлаттера, болезнь Шойэрмана-Мау). Диагностика. Лечение.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10

1. Открытые переломы, классификация, методы лечения. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Деформирующий артроз. Диагностика. Лечение.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11

1. Классификация травматизма. Понятие о механизме, обстоятельствах травмы.
2. Клиника, диагностика врожденной косолапости. Основные принципы лечения. Роль участкового или семейного врача в успешном лечении врожденной косолапости.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12

1. Внутрисуставные переломы коленного сустава. Импрессионные переломы. Диагностика, лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Ранние и поздние клинические и рентгенологические симптомы врожденного вывиха бедра. Лечение.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13

1. Переломы ребер и лопатки. Диагностика. Лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Клиника и диагностика статического поперечного плоскостопия, его профилактика и лечение.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14

1. Переломы диафиза бедренной кости. Диагностика, лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Осложнения открытых переломов. Ранние, поздние. Остеомиелит. Сепсис. Клиника. Диагностика. Лечение
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15

1. Переломы тел позвонков. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Опухоли костей и суставов (Костеобразующие. Хрящеобразующие) Методы диагностики и лечения. Отличие доброкачественных и злокачественных опухолей.
3. Чтение рентгенограммы

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16

1. Внутрисуставные и околосуставные переломы костей, образующих локтевой сустав. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Остеохондроз позвоночника. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Чтение рентгенограммы

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17

1. Переломы лодыжек - пронационные, супинационные. Импрессионные переломы. Диагностика. Лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Клиника и диагностика статического продольного плоскостопия, его профилактика и лечение.
3. Чтение рентгенограммы

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18

1. Переломы пяточной кости. Импрессионные переломы. Диагностика. Лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Способы временной и окончательной остановки кровотечения. Определение кровопотери.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19

1. Переломы хирургической шейки плеча. Клиника. Диагностика. Лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Столбняк. Частота и сроки возникновения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Система профилактики столбняка.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20

1. Переломы луча в типичном месте. Клиника. Диагностика, лечение. Профилактика сидрома Зудека. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Первичная хирургическая обработка открытых (огнестрельных) переломов. Показания, противопоказания, техника.
3. Чтение рентгенограммы

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21

1. Переломы костей голени. Клиника. Диагностика. Лечение консервативное и оперативное. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Понятие о своде стопы, врожденных и приобретенных деформаций стоп, методы лечения деформаций.
3. Чтение рентгенограммы

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 22

1. Переломы костей предплечья. Клиника. Диагностика. Лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Несвежий, застарелый вывих. Привычный вывих головки плеча Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Чтение рентгенограммы

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 23

1. Методы консервативного лечения переломов в травматологии и ортопедии. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Ампутация. Показания, техника, рекомендации.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 24

1. Переломы диафиза плечевой кости. Диагностика и лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Ранние симптомы дисплазии, врожденного вывиха бедра. Роль участкового врача в предупреждении врожденного вывиха.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 25

1. Переломы проксимального отдела бедренной кости. Диагностика и лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Травматический шок. Этиология, патогенез, клиника, классификация.
3. Чтение рентгенограммы

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 26

1. Закрытый вывих головки плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Раневая инфекция Местные формы Висцеральные формы. Генерализованные формы. Клинические признаки инфекционного осложнения с позиции патологической физиологии.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 27

1. Методы оперативного лечения переломов. Лечебная иммобилизация.
2. Анаэробная клостридиальная инфекция, Классификация, клиника, диагностика и профилактика. Лечение.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 28

1. Функциональный метод лечения переломов конечностей, позвоночника. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Хирургическая обработка ран, показания и противопоказания. Виды хирургических швов: первичные, первично-отсроченные, вторичные (ранние и поздние).
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 29

1. Повреждение связок и менисков коленного сустава. Клиника. Диагностика. Лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Травматическая болезнь. Периоды.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 30

1. Пронационный подвывих головки лучевой кости. Особенности переломов и вывихов у детей. Диагностика. Лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Показания и противопоказания к оперативным вмешательствам переломов при травматическом шоке.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 31

1. Обезболивание при переломах и травмах опорно-двигательной системы. Виды блокад. Возможные осложнения блокад.
2. Диагностика и лечение пострадавших с синдромом длительного раздавливания/сдавления. Периоды. Компартмент - синдром.
3. Чтение рентгенограммы.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 32

1. Переломы и вывихи костей стопы. Клиника. Диагностика. Лечение. Транспортная и лечебная иммобилизация.
2. Ожоги и отморожения. особенности ожогов от их воздействия зажигательных смесей. Классификация. Принципы лечения.
3. Чтение рентгенограммы.

**2.Фонд тестовых заданий**

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

(наименование кафедры)

**Вопросы для собеседования/** **опроса по вопросам**

по дисциплинеТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

1. **Репаративная регенерация** (пролиферация клеток остеогенного слоя надкостницы, остеокласты, остеобласты, фибробласты, остеоциты), стадия катаболизма, стадия дифференцировки клеток, стадия формирования первичного остеона. Типы репаративной регенерации костной ткани диафизарной зоны кости (первичная, интермедиарная мозоль; вторичное сращение, эндостальная мозоль, периостальая мозоль; параоссальная мозоль). Стимуляция остеорепарации (механические, физические, медикаментозные, биологические методы).
2. Сроки с момента травмы: свежий перелом, несвежий перелом, замедленная консолидация, **ложный сустав**. Виды ложного сустава, характеристика, клиническая картина: гипертрофический, тугой, фиброзно-щелевой, атрофический, болтающийся, истинный ложный сустав, псевдоартроз. Рентгенологические признаки (костная мозоль, субхондральный склероз концов костных отломков, заращение костно-мозгового канала, сглаживание и заострение концов отломков, отчетливое изображение суставной щели, локальный остеопороз).
3. Причины формирования ложного сустава (иммобилизация, интерпозиция, дефект, ошибка остеосинтеза, трофические расстройства). Лечение ложных суставов, принципы (чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез, резекция костных концов, костная аутопластика, пластика скользящим трансплантатом по Хахутову).
4. **Осанка** (расположение остистых отростков позвонков по линии отвеса, линии надплечий, углы лопаток, треугольники талии, правильные изгибы позвоночника в сагиттальной плоскости. Термин "нарушение осанки во фронтальной плоскости". Формирование осанки (шейный лордоз, грудной кифоз, поясничный лордоз). Продолжительность формирования осанки. Нарушение осанки. Сколиотическая осанка. Сутулая осанка. Кругло-вогнутая спина. Плоская спина Плоско-вогнутая спина Плоско-выпуклая спина.
5. Принципы ортопедического лечения и профилактика порока осанки (организации благоприятных для ребенка условий статической нагрузки, улучшения физического развития опорно-двигательного аппарата ребенка, использование рациональной мебели, освещения, роль плоскостопия). Влияние порока осанки на заболевания позвоночника и внутренних органов (нарушение мышечно-двигательного стереотипа, нарушение рессорной функции позвоночника, дегенерация межпозвонковых дисков, сбои в работе внутренних органов человека, появление головных болей, развитие юношеского остеохондроза позвоночника, сколиотическая болезнь). Рациональное трудоустройство лиц с различными нарушениями осанки.
6. Классификация переломов **проксимального эпиметафиза бедренной кости**. Медиальные и латеральные. Внутрисуставные и внесуставные. Абдукционные и аддукционные. Варусные и вальгусные. (капитальные, субкапитальные, трансцервикальные, базальные, межвертельные, чрезвертельные, подвертельные, отрывы апофизов). Понятие «импрессионный перелом шейки бедренной кости». Классификация шеечных переломов по Пауэлсу, Гардену. Возможности консолидации при каждом типе перелома. Особенности кровоснабжения головки и шейки бедренной кости. Особенности надкостницы на проксимальном эпиметафизе бедренной кости. Клиническое обследование больного. Вынужденное положение конечности. Линия Розер-Нелатона. Рентгенологическое обследование. Проекции. Шеечно-диафизарный угол.
7. Первая помощь: обезболивание, транспортная иммобилизация. **Консервативное лечение** (скелетное вытяжение, кокситная гипсовая повязка, деротационный гипсовый сапожок), показания. **Оперативное лечение.** Показания. Виды оперативных вмешательств: остеосинтез, эндопротезирование, артродез. Послеоперационный период, ранняя активизация больных. Возможные осложнения переломов шейки бедренной кости: ранние-гипостатические пневмонии, легочная, сердечно-сосудистая недостаточность, пролежни, тромбоэмболии; поздние - варусная деформация проксимального отдела бедра, значительное относительное укорочение ноги.
8. **Переломы костей запястья**. Перелом ладьевидной кости (внутрисуставные и внесуставные). Механизм. Клиника. Рентгенодиагностика в трех проекциях. Протяженность иммобилизации. Сроки сращения при внутрисуставном и внесуставном переломе.
9. Осложнения перелома ладьевидной кости (несросшиеся переломы, ложные суставы - рентгенологические признаки, асептический некроз костных отломков). Консервативное, оперативное лечение (костная пластика, эндопротезирование).
10. **Переломы пястных костей** (перелом Беннета, перелом Роланда). Механизм. Клиника. Лечение (одномоментная ручная репозиция, скелетное вытяжение, закрытая или открытая репозиция и остеосинтез). Протяженность иммобилизации. Сроки.
11. **Переломы фаланг пальцев** (поперечные, оскольчатые, винтообразные, внесуставные и внутрисуставные, переломо-вывихи, эпиметафиза, диафиза). Механизм. Клиника. Лечение. Протяженность иммобилизации. Сроки.
12. Определение понятия **термина «политравма»** (множественные, сочетанные и комбинированные); термин «монотравма» (изолированная).
13. Клиническое течение политравмы (особенности) - синдром взаимного отягощения, несовместимость медикаментозной терапии, быстрое развитие тяжелых осложнений, трудность диагностики, стертость клинических симптомов, летальность.
14. Особенности оказания помощи на **догоспитальном этапе** (выявление жизнеугрожающих нарушений, проведение реанимационных мероприятий, диагностика, обезболивание (блокады - вагосимпатическая, паранефральная, по Белеру, по Школьникову), инфузионная и ингаляционная терапия.
15. **Госпитальный этап. Реанимационный период** (борьба с шоком, диагностика, борьба с полиорганной недостаточностью, операции по жизненным показаниям). Лечебный период (группа с повреждениями, которые быстро приводят к смерти, группа без профузного кровотечения и глубоких расстройств дыхания, группа с тяжелыми, доминирующими травмами опорно-двигательного аппарата без массивного кровотечения, группа больных с повреждениями нескольких сегментов конечностей без травматического шока). Иммобилизация и остеосинтез для облегчения ухода за оперированными, возможности скелетного вытяжения.
16. **Переломы и вывихи ключицы**. Клиника, диагностика, лечение.Анатомия ключицы. Связки (грудинно-ключичная, грудинно-реберная, акромиально-ключичная, ключично-клювовидная). Вывихи ключицы: механизм, классификация (грудинный, надгрудинный, предгрудинный, загрудинный, акромиальный, надакромиальный, подакромиальный, вывих ключично-лопаточный; полный вывих, подвывих). Клинические симптомы (деформация, укорочение, симптом «клавиши»), диагностика (рентгенологическая диагностика), обезболивание, иммобилизация, консервативное и оперативное лечение, сроки сращения. Участие мышц в типичном смещение костных фрагментов, клинические симптомы (вынужденное положение, деформация, укорочение).
17. Консервативное лечение переломов ключицы, обезболивание, техника вправления, фиксирующие повязки (8-образная повязка- кольца Дельбе, шина Кузьминского, гипсовые повязки Вайштейна, Дезо). Абсолютные показания для оперативного лечения переломов ключицы. Относительные показания для оперативного лечения переломов ключицы. Оперативное лечение переломов ключицы: открытый и закрытый остеосинтез (чрескостный, накостный и внутрикостный), металлические фиксаторы.
18. Иммобилизация после оперативного лечения (отводящая шина ЦИТО, торако-брахиальная повязка, повязка Смирнова - Вайнштейна). Сроки сращения переломов ключицы.
19. **Вывихи.** Отличие от подвывиха. Классификация вывихов - закрытый, открытый, травматический, паралитический, невправимый, привычный, осложненный, не осложненный, врожденный. Понятие вывиха - свежий, несвежий, застарелый. Влияние мышечной ретракции и пролиферации на патогенез вывихов. Диагностика (анамнез, деформация области сустава, вынужденное положение, относительное укорочение конечности, "пружинящая" фиксация, активные и пассивные движения). Рентгенологическая диагностика: расположение суставной головки относительно суставной впадины в двух проекциях.
20. Принципы лечения. Консервативное лечение. Обезболивание. Вправление вывихов. Иммобилизация. Сроки иммобилизации. Хирургическое лечение невправимых, застарелых, привычных, паралитических вывихов.
21. **Переломовывихи.** Определение.
22. **Вывихи позвонков**, преимущественная локализация. Односторонние и двусторонние вывихи. Одномоментный ручной способ и способ постепенным вытяжением с помощью петли Глиссона. Иммобилизация. Сроки.
23. Восстановительное лечение больных после вправления вывихов: лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж, физиотерапия.
24. **Переломы костей таза.** Хирургическая анатомия таза; понятие «тазовое кольцо». Классификация переломов костей таза (классификация А.В.Каплана). Краевые переломы, переломы без нарушения непрерывности тазового кольца, переломы с нарушением непрерывности тазового кольца (переднего или заднего), одновременные переломы переднего и заднего полукольца таза (типа Мальгеня, Вуалемье, Нидерля, двойные вертикальные переломы таза), разрывы симфиза, переломы дна вертлужной впадины, центральные вывихи бедра, переломы таза с повреждением тазовых органов (уретра, мочевой пузырь, прямая кишка).
25. Внутритазовые новокаиновые блокады - показания, методика проведения, объем и процент анестетика. Лечение при различных видах переломов костей таза. Принципы функционального лечения переломов костей таза. Положение Волковича, лечение в гамаке. Скелетное вытяжение при переломах костей таза - показания, места введения спиц. Скелетное вытяжение при центральном вывихе бедра. Сроки иммобилизации при различных видах перелома костей таза.
26. Оперативное лечение переломов костей таза - показания (свежие переломы, застарелые переломы), фиксирующие конструкции (пластины Охотского - Коваленко, Черкес-Заде, костные трансплантаты, аппараты). Метод Джасса - муфто-винтовые аппараты.
27. Противошоковая терапия при переломах костей таза и восстановление объема циркулирующей жидкости. Травматический шок и острая кровопотеря при переломах таза. Оказание первой врачебной помощи, транспортировка больного: особенности перекладки больного, обезболивание, восполнение объема циркулируюшей жидкости.
28. **Протезирование в травматологии и ортопедии.** Классификация протезов (косметические; активнокосметические, восстанавливающие функцию конечности; рабочие). Значение в выборе конструкции протеза профессии, условий быта, возраста.Подготовка больных к протезированию: консервативные методы (психотерапия, ЛФК и массаж, физиотерапия, трудотерапия).
29. Пороки культи (порочный рубец, избыток мягких тканей, выстояние опила, контрактуры и анкилозы суставов, очень короткая и очень длинная культи). Болезни культи: (гранулирующие раны, язвы, лигатурный свищ, остеомиелит, светит, неврома, фантомная боль, каузалгия, намин, потертость, гиперкератоз, бурсит, трофические язвы, острый и хронический венозный застой, чрезмерная атрофия культи). Методы лечения болезней культи (разработка движений в суставе, редредссации, реампутация мио-пластическим способом, иссечение рубцов с закрытием образовавшихся дефектов, иссечение избытка мягких тканей, неврэктомия).
30. Временное протезирование до стабилизации размеров культи, протезы экспресс-протезирования на операционном столе, лечебно-тренировочные протезы, постоянные протезы - функционально-косметические и рабочие. Ортопедические аппараты (замковые, беззамковые, для нижней и верхней конечности), туторы при снижении или отсутствии мышечной силы. Ортопедические корсеты (жесткие, полужесткие, мягкие, корригирующие). Ортопедическая обувь (плоскостопие, укорочение конечности, косолапость и др.).
31. **Перелом надколенника. Перелом локтевого отростка.** Понятие отрывной перелом. Внесуставной и внутрисуставной. Механизм травмы. Участие мышц, сухожильного растяжения в типичном смещениикостных фрагментов. Классификация (поперечные переломы, сегментарные, оскольчатые, вертикальные). Клинические симптомы (вынужденное положение, деформация, гемартроз, симптом «западения»). Дифференциальная диагностика (разрыв сухожилия четырехглавой мышцы бедра, отрыв собственной связки надколенника, отрыв бугристости большеберцовой кости при болезни Осгуд - Шлаттера). Рентгенодиагностика.
32. Показания к консервативному лечению переломов надколенника и локтевого отростка. Показания к оперативному лечению - операция стягивающей петлей по Веберу, интрамедуллярный остеосинтез, шов надколенника, пателлэктомия. Иммобилизация. Сроки.
33. **Переломы костей кисти, повреждения сухожилий.** Лечение открытых переломов костей кисти. Обезболивание, обескровливание, первичная хирургическая обработка раны. Репозиция, вправление вывихов, остеосинтез (показания к каждому виду остеосинтеза - спицы Киршнера, трансартикулярная фиксация, шарнирно-дистракционные и компрессионно-дистракционные аппараты). Сроки иммобилизации.
34. **Открытые вывихи костей** в суставах кисти. Особенности при вправлении вывиха (восстановление капсульно-связочного аппарата). Трансартикулярная фиксация сустава.
35. **Повреждения сухожилий сгибателей пальцев**. Хирургическая анатомия, механизм травмы. Диагностика повреждений на разном уровне кисти. Консервативное и оперативное лечение повреждений сухожилий пальцев. Виды сухожильных швов**. Повреждения** **сухожилий разгибателей**. Хирургическая анатомия, механизм травмы. Диагностика повреждений на разном уровне кисти. Консервативное и оперативное лечение повреждений сухожилий пальцев. Виды сухожильных швов.
36. **Вывих головки бедренной кости.** Классификация вывихов головки бедренной кости: задне-верхний, задне-нижний, передне-верхний, передне-нижний, подвздошный, седалищный, лонный, запирательный. Механизм возникновения. Клинические симптомы (вынужденное положение ноги в зависимости от вида вывиха, положение головки бедра и ротация бедра при каждом виде вывиха). Рентгенодиагностика. Дифференциальный диагноз с травматическим эпифизеолизом головки бедренной кости, с переломом шейки бедренной кости, с чрезвертельными, межвертельными и подвертельными переломами.
37. **Лечение** вывихов головки бедренной кости: обезболивание, одномоментное вправление (по способу Кохера, по способу Джанелиздзе), последующее консервативное лечение: иммобилизация, скелетное вытяжение, сроки. Причины возможных осложнений после вправления вывиха бедренной кости - развитие асептического некроза головки бедренной кости и деформирующего коксартроза. Профилактические меры для предотвращения осложнений.
38. Показания для оперативного вправления вывиха головки бедренной кости. Послеоперационное ведение. Причины, проводящие к возникновению посттравматического асептического некроза головки бедренной кости. Профилактика и лечение посттравматического асептического некроза головки бедренной кости.
39. **Методика обследования больных с травмой, заболеваниями органов опоры и передвижения.** Роль механизма травмы в возникновении различных повреждений опорно-двигательной системы. Типичные механизмы тяжелых повреждений, возникающих при падении с высоты, наездах автомашин, при травмах водителей и пассажиров автомашин. Реанимационные мероприятия, которые должны проводиться параллельно диагностике и даже предшествовать ей при тяжелых, множественных и сочетанных повреждениях.
40. Особенности диагностики повреждений опорно-двигательной системы (сравнение со здоровой конечностью, напряжение мягких тканей, хруст при движениях в суставах, костная крепитация, патологическая подвижность, наличие газа в мягких тканях, определение отека) и внутренних органов при нарушении сознания (ясное, сомноленция, сопор, кома, наличие алкогольного опьянения с клиническими признаками опьянения), обусловленном черепно-мозговой травмой.
41. Основные принципы диагностики повреждений периферических магистральных сосудов (открытое, закрытое, контузия, разрыв - полный, неполный, внутритканевая гематома, пульсирующая гематома) и нервов (полный разрыв, частичный анатомический перерыв, внутриствольное повреждение).
42. **Основные клинические признаки переломов и вывихов**. Виды укорочений (абсолютное, относительное, кажущееся), деформации конечностей и методы измерения укорочений.
43. **Контрактуры**, их виды в зависимости от причин, характер ограничения движений, анкилозы, измерение длины конечности и амплитуды движений в суставах.
44. **Открытые переломы**. Определение понятий «первичный» и «вторичный» открытый перелом. Классификация открытых переломов костей (С.С.Ткаченко, 1977) по происхождению перелома, по виду, по локализации. Классификация открытых (неогнестрельных) диафизарных и метафизарных переломов длинных трубчатых костей (по А. В. Каплану и О. Н. Марковой) (локализация перелома, вид перелома, характер повреждения мягких тканей и размер раны, повреждение магистральных сосудов и нервов).
45. Оптимальные **сроки оперативного** вмешательства при открытом переломе после повреждения. Профилактика осложнений. Роль первичной хирургической обработки открытого перелома. Применение жгута при первичной хирургической обработке. Этапы первичной хирургической обработки открытого перелома (рассечение, иссечение, удаление, реконструкция, дренирование, закрытие раны).
46. **Особенности остеосинтеза** при открытых переломах костей (фиксация гипсовой повязкой, скелетное вытяжение, чрезочаговый остеосинтез (накостный, интрамедуллярный), внеочаговый остеосинтез стержневыми, спицевыми или спице-стержневыми аппаратами.
47. Особенности закрытия раны при открытых переломах костей (послабляющие разрезы по сторонам от краев раны, первичный шов, первично-отсроченный, ранний и поздний вторичный шов).
48. Первая врачебная помощь больным с открытыми переломами. Обезболивание. Блокады. Транспортная иммобилизация, наложение транспортных шин, транспортировка. ПХО - профилактика развития инфекции.
49. **Травматизм.** Определение. Виды (промышленный, сельскохозяйственный, бытовой, дорожно-транспортный, железнодорожный, водный, воздушный, спортивный (организованный/неорганизованный), детский (школьный, дошкольный, организованный/неорганизованный), военный, мирного времени и военного времени.
50. **Классификация травм** опорно-двигательной системы (ссадина, кровоизлияние, рана, ушиб, разрыв, вывих, размятие, перелом, отрыв, ожог, отморожение). Внешние физические факторы, приводящие к травме (механические, температурные, электрические воздействия). Механизм действия травмового агента на организм (сжатие, сгибание за пределы его естественной подвижности, растяжения или скручивания, сочетания перечисленных механизмов). Механизм травматических повреждений костей (прямой, непрямой). Характер травмирующей силы (сгибание, разгибание, сжатие, скручивание, перелом в месте наибольшей кривизны или в наиболее слабом месте, импрессионный и компрессионный перелом, винтообразный перелом). Характер отломков (трещины, надломы, краевые, поперечные, продольные, косые, винтообразные, оскольчатые).
51. **Обстоятельства получения травмы** (жалобы, анамнез, объективный клинический осмотр; соотношение жалоб, соотношение анамнеза полученной травмы с характером повреждения, выявленным при объективном осмотре; особенности учета случаев автотранспортных травм).
52. **Внутрисуставные переломы коленного сустава.** Анатомические особенности коленного сустава. Классификация внутрисуставных переломов дистального эпиметафиза бедренной кости, проксимального эпиметафиза большеберцовой кости и других костей, образующих коленный сустав. Механизм травмы. Клиника: осмотр, пальпация (наличие локальной болезненности, наличие суставной жидкости и его визуальная характеристика). Роль консервативного лечения (ручная репозиция и гипсовая иммобилизация, скелетное вытяжение и гипсовая иммобилизация) в лечении переломов костей коленного сустава.
53. **Переломы****мыщелков бедренной кости** (перелом обоих мыщелков, изолированный перелом наружного мыщелка бедра, изолированный перелом внутреннего мыщелка бедра; возможные осложнения - повреждение артерии и нерва (раннее осложнение)). Тактика консервативного и оперативного лечения. Иммобилизация. Сроки.
54. **Переломы мыщелков большеберцовой кости** (перелом обоих мыщелков, перелом наружного мыщелка, перелом внутреннего мыщелка, импрессионные переломы мыщелков. Тактика консервативного и оперативного лечения. Иммобилизация. Сроки. Переломы межмыщелкового возвышения. Тактика консервативного и оперативного лечения. Иммобилизация. Сроки. Принципы функционального лечения переломов костей, образующих коленный сустав.
55. **Сколиоз. Сколиотическая болезнь.** Определение (сколиотическая осанка, сколиоз, сколиотическая болезнь). Этиологическая классификация сколиозов (идиопатический, врожденный, диспластический, нервно-мышечный, статический, рахитический, посттравматический, прочие). Симптомокомплекс «сколиотическая болезнь»: искривление позвоночника во фронтальной, сагиттальной плоскости, торсия тел позвонков, торсия ребер с деформацией грудной клетки, формирование реберно-позвоночного горба, поясничного валика, изменение симметричности плевральных полостей, смещение средостения, вторичное нарушение функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нарушение биомеханики позвоночника с формированием вторичного остеохондроза позвоночника, нарушение функции спинного мозга и его корешков с возможным развитием радикулярного синдрома и миопатии, вторичная деформация других отделов опорно-двигательной системы.
56. **Клиническая картина**: ранние клинические признаки сколиотической болезни, боль (её локализация и интенсивность, распространенность), активные и пассивные движения. Данные осмотра, пальпации. Рентгенологическое обследование (5 стандартных положений, проекции).
57. **Классификация сколиозов** В. Д. Чаклина 1965 года, 4 степени сколиоза. Определение величины сколиоза методом Кобба,
Фергюссона. Определение величины торсии позвонков по Нэш-Мо. Прогностические признаки прогрессирования сколиоза. Консервативные методы лечения сколиоза: ортопедические мероприятия, лечебная гимнастика, массаж, мануальная терапия, физиотерапия. Оперативные методы лечения сколиоза.
58. **Вялые и спастические параличи в ортопедии. Определение** вялых и спастических параличей (полимиелит, акушерский паралич, детский церебральный паралич). Частота встречаемости данных заболеваний. Эпидемиология вялых и спастических параличей. Этиология и патогенез вялых и спастических параличей. Источник инфекции и возбудитель при полиомиелите, путь заражения. Причины возникновения акушерского паралича, детского церебрального паралича.
59. **Клиническая картина** вялых и спастических параличей: боль (её локализация и интенсивность, распространенность), активные и пассивные движения. Данные осмотра, пальпации. Стадии полиомиелита (предпаралитическая, паралитическая, восстановительная, остаточные явления). Акушерский паралич (верхнекорешковый тип паралича, нижнекорешковый тип паралича, тотальный паралич, смешанные параличи). Стадии развития детского церебрального паралича (начальная, ранняя и поздняя резидуальная стадии), клинические формы детского церебрального паралича ( статическая гемиплегия, спастическая диплегия, двусторонняя гемиплегия, гиперкинетическая форма, атактическая форма).
60. **Оперативные** методы лечения вялых и спастических параличей. Показания, противопоказания. Восстановительные операции или сухожильно – мышечная пластика, корригирующие операции остеотомии, стабилизирующие операции, косметические операции.
61. **Переломы ребер и лопатки.** Механизм переломов ребер. Классификация переломов в зависимости от механизма травмы. Характер смещения отломков. Клинические симптомы переломов ребер: боль (её локализация и интенсивность), кровоизлияния и их распространённость. Данные осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Лучевая диагностика. Возможные осложнения при переломах ребер, признаки повреждения легочной ткани (признаки подкожной эмфиземы, пневмо- и гидроторакса). Первая медицинская помощь больным с переломами ребер. Консервативное лечение переломов ребер. Вагосимпатическая блокада по Вишневскому, сегментарная паравертебральная блокада на стороне повреждения. Техника проведения.
62. Механизм перелома **лопатки**. Классификация переломов лопатки в зависимости от механизма травмы. Клинические симптомы переломов лопатки: боль (её локализация и интенсивность), кровоизлияния и их распространённость, активные и пассивные движения. Данные осмотра, пальпации, симптом «треугольной подушки». Лучевая диагностика переломов лопатки: прямая, боковая и аксиальные проекции. Возможные осложнения перелома лопатки: повреждение подкрыльцового нерва или его ветвей, парез дельтовидной мышцы.
63. **Первая помощь больным** с переломами лопатки, транспортная иммобилизация, транспортировка. Консервативное лечение переломов лопатки. Сроки иммобилизации. Оперативное лечение переломов лопатки: показания, остеосинтез, металлические фиксаторы. Восстановительное лечение больных при переломах лопатки: лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж, физиотерапия.
64. **Переломы диафиза бедренной кости.** Механизм перелом**а** диафиза бедренной кости. Классификация переломов в зависимости от механизма травмы: прямой и непрямой. Характер смещения отломков при этих переломах в верхней, средней и нижней трети. Возможное повреждение сосудистого пучка. Клинические симптомы перелома диафиза бедренной кости: боль (её локализация и интенсивность), кровоизлияния и их распространённость, активные и пассивные движения. Симптом осевой нагрузки. Данные осмотра, пальпации. Основные клинические симптомы при переломе бедренной кости. Рентгенодиагностика переломадиафиза бедренной кости: прямые, боковые проекции.
65. **Первая помощь больным с переломом диафиза бедренной кости**. Транспортная иммобилизация, техника наложения шины Дитерикса, транспортировка. Возможная кровопотеря при переломе бедренной кости. Вероятность развития шока. Консервативное лечение перелома диафиза бедренной кости. Особенности проведения скелетного вытяжения при переломе диафиза бедренной кости. Сроки иммобилизации. Оперативное лечение перелома диафиза бедреннойкости: показания, противопоказания к остеосинтезу (накостный и внутрикостный), металлические фиксаторы.
66. Принципы блокируемого остеосинтеза при лечении перелома бедренной кости. Функциональный способ лечения. Восстановительное лечение больных при переломе диафиза бедренной кости: лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж, физиотерапия.
67. **Остеохондропатии.** Определение. Частота встречаемости данного заболевания. Этиология остеохондропатии (причины возникновения, важный фактор патогенеза остеохондропатии - асептический некроз.) Классификация (С.А. Рейнберг, 1964) (группы остеохондропатий). Остеохондропатии эпифизарных концов трубчатых костей. Остеохондропатии коротких губчатых костей. Остеохондропатии апофизов костей. Частичные остеохондропатии суставных поверхностей. Патологическая анатомия при остеохондропатии (стадии развития заболевания, подхрящевой некроз, импрессионный перелом, рассасывания фрагментов кости, фрагментации, постепенное восстановление кости, репарации, полное восстановление структуры кости или исхода заболевания, анатомическая и рентгенологическая картина).
68. Клинические симптомы при остеохондропатии различной локализации: боль (её локализация и интенсивность, распространенность), активные и пассивные движения. Данные осмотра, пальпации. Консервативное лечение остеохондропатий, гипсовая иммобилизация, сроки иммобилизации, физиотерапия, лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж. Оперативные методы лечения остеохондропатий в зависимости от локализации заболевания. Показания, противопоказания.
69. **Болезнь Пертеса.**
70. **Болезнь Осгуда-Шлаттера.**
71. **Болезнь Келлер I.**
72. **Болезнь Шайермана-Мау.**
73. **Болезнь Кенига**.
74. **Деформирующий артроз.** Определение «структурная единица синовиальный сустав». Определение ДОА. Эпидемиология деформирующего артроза: распространенность, частота встречаемости данного заболевания. Этиология и патогенез деформирующего артроза (причины возникновения, этиологические факторы). Основной механизм развития деформирующего артроза. Клинико-рентгенологическая стадия по Н. С. Косинской (1961 г.), рентгенологическая классификация по Келгрену (1957 г.).
75. **Клиническая картина**: боль (характер, локализация и интенсивность, распространенность), стартовая боль, скованность, хруст в суставах, нестабильность в суставе, амплитуда движений в тазобедренном суставе, активные и пассивные движения. Данные осмотра, пальпации. Диагностика рентгенологическая, СКТ, МРТ. Дифференциальный диагноз (периартроз тазобедренного сустава, асептический некроз головки бедренной кости).
76. Ортопедическая тактика при консервативном лечении деформирующего артроза, физиотерапия, лечебная гимнастика, массаж мануальная терапия, тейпирование (сроки и методики его проведения). Медикаментозные лечебные блокады. Основные группы препаратов при лечении деформирующего артроза. Введение хондропротекторов в тазобедренный сустав. Техника выполнения пункции тазобедренного сустава. Оперативные методы лечения деформирующего артроза. Показания, противопоказания к операции. Операции корригирующие, мобилизирующие, стабилизирующие, комбинированные, эндопротезирование.
77. **Клиника, диагностика врожденной косолапости.** Социально-экономическая значимость и частота косолапости (у мальчиков и девочек). Хирургическая анатомия и функция голеностопного сустава и суставов стопы - кости, суставы, мышечный и связочный аппарат и их функция. Классификация врожденной косолапости по Ф. Р. Богданову (типичная, отягощенная, рецидивирующая формы; степени – легкая, средняя, тяжелая), костная, мягкотканная формы. Определение косолапости, клиническая картина врожденной косолапости, ее элементы - эквинус, супинация, аддукция, инфлексия.
78. Консервативное лечение: наложение мягкого бинта по Финку — Эттингену (контроль повязки), сроки, продолжительность лечения. Консервативное лечение: этапные гипсовые повязки (контроль повязки), сроки начала лечения, продолжительность лечения. Консервативное лечение: лечение после прекращения иммобилизации и выведения стопы в гиперкоррекцию, фиксаторы ортопедические, физиотерапия, лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж.
79. Оперативное лечение врожденной косолапости: операция Зацепина, основные моменты техники операции, сроки начала лечения, продолжительность лечения. Клиновидная резекция костей стопы, основные моменты, сроки начала лечения, продолжительность лечения.
80. Оперативное лечение врожденной косолапости: артродез. Показания, противопоказания к операции, сроки начала лечения, продолжительность лечения, основные моменты операции.
81. **Переломы тел позвонков.** Механизм переломов тел позвонков. Классификация переломов в зависимости от механизма травмы: (сгибательный, разгибательный, сгибательно- вращательный, флексионно-дистракционный механизм). Классификация переломов тел позвонков (по наличию неврологических расстройств, по принципу стабильности). Трехколонная модель позвоночного столба Denis (1983). Клинические симптомы переломов тел позвоночника. Осевая нагрузка на позвоночник. Рентгенодиагностика переломов тел позвоночника: стандартные (прямая, боковая), косые проекции. Клиновидная деформация тела позвонка, степень деформации, 3 степени тяжести компрессионного перелома. КТ позвоночника.
82. Первая помощь больным с переломом тел позвонков – транспортировка больных. Блокада по Шнеку. **Консервативное лечение** переломов тел позвонков (репозиция компрессионных переломов поясничного и грудного отделов по Уотсону - Джонсу- Белеру (экстензионный одномоментный метод)). Наложение экстензионного корсета по Юмашеву – Силину - Таламбума (фиксационный метод). Вытяжение скелетной тягой, петлей Глиссона, использование реклинирующей подушки. Функциональный метод Гориневской и Древинга.
83. **Оперативное лечение** переломов тел позвонков: показания к операции. Стабилизирующие операции (спондилодезы), транспедикулярная фиксация позвоночника, декомпрессивная ламинэктомия. Восстановительное лечение больных при переломах тел позвонков: лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж, физиотерапия. Сроки ношения ортопедических корсетов.
84. **Остеохондроз позвоночника.** Определение понятия «структурная единица позвоночно-двигательный сегмент», строение ПДС, функция межпозвоночного диска. Этиология и патогенез остеохондроза позвоночника (причины возникновения, этиологические факторы, анатомо-патофизиологические особенности ПДС, влияющие на клиническую картину остеохондроза позвоночника). Основной механизм развития остеохондроза позвоночника. Эпидемиология (распространенность, частота встречаемости данного заболевания). Классификация остеохондроза позвоночника. Стадии развития. Клинические фазы течения болезни (острая, подострая, резидуальная) и их особенность. Неврологические синдромы: рефлекторные (миосклеротомные, сосудистые, висцеральные, смешанные); компрессионные (корешков, спинальные). Рефлекторно-компрессионные (мышечные, связочные). Компрессионно-рефлекторные. Рефлекторные отраженные синдромы. Клиническая картина: боль (её локализация и интенсивность, распространенность). Данные осмотра, пальпации. Инструментальные методы исследования: данные КТ, МРТ, рентгенография.
85. Принципиальные отличия грыжи диска и протрузии. Синдром позвоночной артерии. Скаленус-синдром. Консервативные методы лечения остеохондроза позвоночника: ортопедические мероприятия, лечебные медикаментозные блокады, медикаментозная терапия, физиотерапия, лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж, мануальная терапия. Возможности тейпирования. Оперативные методы лечения остеохондроза позвоночника. Показания, противопоказания к операции.
86. **Внутрисуставные и околосуставные переломы костей, образующих локтевой сустав.** Классификация переломов костей, образующих локтевой сустав в зависимости от механизма травмы. Переломы дистального эпиметафиза плечевой кости, внесуставные и внутрисуставные, сгибательные и разгибательные, переломы апофизов плечевой кости (переломы надмыщелков, переломы мыщелка плеча, переломы головчатого возвышения, переломы блока). Переломы проксимального эпиметафиза локтевой кости - локтевого отростка (отрывные, внесуставные, внутрисуставные переломы). Переломы проксимального эпиметафиза лучевой кости (внесуставные, внутрисуставные переломы, головки, шейки, переломы венечного отростка).
87. **Клинические симптомы** переломов костей, образующих локтевой сустав: боль (её локализация и интенсивность), кровоизлияния и их распространённость, активные и пассивные движения. Симптом осевой нагрузки. Данные осмотра, пальпации. Рентгенодиагностика переломов: прямые, боковые проекции. Первая помощь - транспортная иммобилизация, транспортировка. Консервативное лечение переломов костей, образующих локтевой сустав (гипсовая иммобилизация и ее сроки.) Оперативное лечение переломов костей, образующих локтевой сустав: показания, противопоказания к остеосинтезу (внутренний остеосинтез, чрескостный остеосинтез, накостный остеосинтез, остеосинтез локтевого отростка по Веберу. Восстановительное лечение больных: сроки иммобилизации, лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж, физиотерапия.
88. **Нагноение и раневая инфекция.** Определение понятий «нагноение раны», «раневая инфекция» с позиции патологической физиологии. Классификация раневой инфекции. Местные формы. Висцеральные формы. Генерализованные формы. Клинические признаки инфекционного осложнения с позиции патологической физиологии. Местные формы раневой инфекции. Аэробная (гнойная) инфекция, анаэробная инфекция (нагноение, абсцесс, затеки, околораневая флегмона, свищи, тромбофлебиты, лимфаденит, лимфангоит).
89. **Классификация остеомиелита**: экзогенный - огнестрельный, посттравматический, послеоперационный; эндогенный – гематогенный, остеомиелит Гарре, Олье, костный абсцесс Броди. Клиническая картина остеомиелита. Данные осмотра, пальпации. Понятие процесса секвестрации, образования секвестральной «коробки». Инструментальные методы исследования: основные признаки остеомиелита на рентгенограмме. Консервативное лечение остеомиелита, сепсиса: основные группы препаратов. Оперативные методы лечения остеомиелита. Показания, противопоказания к операции. Мышечная пластика костной полости после некрсеквестрэктомии. Резекция кости с последующим билокальным остеосинтезом аппаратами внешней фиксации.
90. **Синдром СВО** (системного воспалительного ответа). Участие цитокиновой системы в ССВО. Стадии ССВО. Определение сепсиса с позиции ССВО. Клинические формы сепсиса.
91. **Врожденный вывих бедра.** Социально-экономическая значимость дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Определение врожденного вывиха бедра. Хирургическая анатомия и функция тазобедренного сустава. Этиология: экзогенные, эндогенные, генетические факторы. Патогенез дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Определение понятий: предвывих, подвывих, вывих. Клинические симптомы врожденного вывиха бедра: (ограничение отведения нижних конечностей, асимметрическое расположение кожных складок, укорочения нижних конечностей, ротация бедра, понятие симптома «соскальзывания» в тазобедренном суставе).
92. Основные рентгенологические признаки врожденного вывиха бедра. Понятия «схема Хильгенрейнера», «триада Путти». Клиническая и рентгенологическая диагностика врожденного вывиха бедра у детей старше 1 года. Симптом Тренделенбурга - Дюшена, Понятие «линии Розера — Нелатона». Дифференциальный диагноз при врожденном вывихе бедра (с coxa vara, параличом средней ягодичной мышцы, патологическим и травматическим вывихом головки бедренной кости).
93. Консервативное лечение врожденного вывиха бедра: на функциональной шине (сроки лечения), позиция ножек - положение Лоренц I, II, III. Лечение врожденного вывиха бедра у детей старше 1 года: этапные функциональные гипсовые повязки, гипсовые корсеты. Сроки лечения. Оперативные методы лечения врожденного вывиха бедра. операции внутрисуставные и внесуставные Показания, противопоказания к операции.
94. **Переломы лодыжек.** Классификация и механизм переломов лодыжек в зависимости от механизма травмы: прямой, непрямой механизм (пронационный – абдукционный; супинационный – аддукционный; ротационный). Механизм, последовательность и плоскости смещения отломков при этих переломах. Понятие «незавершенный перелом Дюпюитрена», «завершенный перелом Дюпюитрена», «трехлодыжечный перелом», «перелом Потта - Десто». Понятие «импрессионный перелом дистального эпиметафиза большеберцовой кости при переломе Дюпюитрена», принципы профилактики и лечения.
95. **Клинические симптомы** переломов лодыжек: деформация, боль (её локализация и интенсивность), кровоизлияния и их распространённость, активные и пассивные движения. Симптом осевой нагрузки. Данные осмотра, пальпации. Рентгенодиагностика переломов лодыжек: прямые, боковые проекции.
96. **Первая помощь** больным с переломами лодыжек – транспортная иммобилизация, транспортировка. Консервативное лечение переломов лодыжек: блокада места перелома, техника выполнения, принципы репозиции при пронационных, супинационных, ротационных переломах лодыжек, показания для скелетного вытяжения, гипсовая иммобилизация, сроки иммобилизации. Оперативное лечение переломов лодыжек: показания, противопоказания к остеосинтезу (накостный, внутрикостный, спице-петлевой). Восстановительное лечение больных при переломах лодыжек: лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж, физиотерапия.
97. **Опухоли костей и суставов.** Международная классификация первичных опухолей костей и опухолеподобных заболеваний. Доброкачественные. Злокачественные. Костеобразующие опухоли (остеома, остеоид-остеома, остеобластома, остеогенная саркома, юкстакортикальная (параостальная) саркома). Хрящеобразующие опухоли (хондрома, остеохондрома, хондробластома, хондросаркома). Гигантоклеточная опухоль (остеобластокластома). Опухоли костного мозга (саркома Юинга, ретикулосаркома, лимфосаркома, миелома). Сосудистые опухоли (гемангиома, лимфангиома, гломангиома, гемангиоэндотелиома, гемангиоперицитома, ангиосаркома). Прочие соединительнотканные опухоли (десмоидная фиброма, липома. фибросаркома, липосаркома, мезенхимома, недифференцированная саркома). Прочие опухоли (хордома, адамантинома, неврилеммома (шваннома, невринома), нейрофиброма). Неклассифицированные опухоли и опухолеподобные поражения (хондроматоз костей, аневризматическая киста, юкстакортикальная киста, метафизарный кортикальный дефект, эозинофильная гранулема, фиброзная дисплазия, оссифицирующий миозит).
98. Методы исследования: рентгенологические признаки отличия доброкачественных и злокачественных опухолей. КТ, МРТ, ангиография, лабораторное исследование крови и мочи, биопсия. Хирургическое лечение, принципы (сберегательные операции, ампутации или экзартикуляции; радикальность, минимальный риск, абластичность, сохранение конечности без нарушения функции). Химиотерапия, лучевая терапия.
99. **Переломы пяточной кости.** Классификация переломов пяточной кости (внесуставные переломы; внутрисуставные, импрессионные переломы), характер смещения отломков при этих переломах. Диагностика импрессионных переломов. Суставно – бугорный угол пяточной кости (угол Белера). Варианты нормы. Клинические симптомы переломов пяточной кости: данные осмотра, пальпации. Первая помощь больным с переломом пяточной кости– обезболивание, транспортная иммобилизация, транспортировка. Консервативное лечение перелома пяточной кости(одномоментная ручная репозиция, гипсовая иммобилизация, сроки иммобилизации).
100. Консервативное лечение перелома пяточной кости: скелетное вытяжение, шины для скелетного вытяжения (сроки вытяжения, гипсовая иммобилизация, сроки иммобилизации). Оперативное лечение перелома пяточной кости: закрытая репозиция, показания, противопоказания к остеосинтезу, металлические фиксаторы. Последствия импрессионных переломов пяточной кости. Вальгусная, варусная установка пяточной кости. Артродез подтаранного сустава, показания для операции.
101. **Статическое плоскостопие**. **Плоская, плоско-вальгусная деформация, поперечно распластанная деформация**. Продольный свод стопы (наружный и внутренний), поперечный свод стопы, определение. Этиология и патогенез (роль дисплазии соединительной ткани, функциональные перегрузки и хроническое переутомление большеберцовых и малоберцовых мышц и их роль в пронации стопы, состояние таранной и ладьевидной костей; плюсневые кости, положение головок плюсневых костей, подвывих головки 1 плюсневой кости, молоткообразные пальцы). Классификация плоскостопий. Рентгенография стопы для определения степени плоскостопия (определение угла и высоты продольного внутреннего подошвенного свода, определение угловых отклонений первой и второй плюсневых костей и угол отклонения первого пальца, ДОА в таранно-ладьевидном сочленении, ДОА I плюсне-фалангового сочленения (ригидный I пальца стопы).
102. Клиническая картина. Данные осмотра (положение пяточной кости, ладьевидной кости, головок плюсневых костей, омозолелости, контрактуры суставов пальцев). Инструментальные методы исследования (подометрия, метод подографии, электромиография). Консервативные методы лечения статического плоскостопия. Ортопедические мероприятия, сроки (стельки супинаторы, стельки с вкладышем под плюсневые кости, вкладыш между 1 и 2 пальцами, стопостягиватель), лечебная гимнастика, массаж, физиотерапия. Оперативные методы лечения статического плоскостопия: показания, противопоказания. Принципы техники выполнения операций, применяемые в клинической базе. Профилактика статического плоскостопия (рациональная обувь, трудоустройство, ЛФК).
103. **Определение косолапости,** клиническая картина врожденной косолапости, ее элементы - эквинус, супинация, аддукция, инфлексия. Способы лечения: наложение мягкого бинта по Финку — Эттингену (контроль повязки), сроки, продолжительность лечения; этапные гипсовые повязки (контроль повязки), сроки начала лечения, продолжительность лечения; операция Зацепина, клиновидная резекция костей стопы, артродез. Показания, противопоказания к операции. Ортопедические средства.
104. **Деформации стопы при болезни Литтля.**
105. **Переломы хирургической шейки плеча.** Понятие «хирургическая шейка» плечевой кости. Классификация переломов в зависимости от механизма травмы: аддукционные, абдукционные, вколоченные, сгибательные. Характер смещения отломков при этих переломах в прямой и боковой проекции. Клинические симптомы переломов хирургической шейки плечевой кости. Рентгенодиагностика переломов хирургической шейки плечевой кости: передне-задние и аксиальные («эполетный» снимок) проекции. Возможные осложнения перелома: повреждение подкрыльцового нерва или его ветвей, парез дельтовидной мышцы, ослабление сумки плечевого сустава, смещение головки плеча (имитация вывиха), сдавление сосудистого пучка.
106. Первая помощь больным с переломами хирургической шейки плечевой кости – лечебные медикаментозные блокады, транспортная иммобилизация, транспортировка. Консервативное лечение переломов хирургической шейки плечевой кости. Особенности и принципы репозиции при различных видах переломах хирургической шейки плечевой кости. Иммобилизация перелома по Турнеру, по Колдуэллу, Дезо, Смирнова –Ванштейна, показания для наложения различных видов иммобилизации. Сроки иммобилизации. Оперативное лечение переломов хирургической шейки плечевой кости: показания, остеосинтез металлическими фиксаторами (накостный, внутрикостный). Восстановительное лечение больных при переломах хирургической шейки плечевой кости: лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж, физиотерапия.
107. **Переломы луча в типичном месте.** Социальная значимость. Механизм травмы (сгибательный и разгибательный), локализация перелома в дистальной метаэпифизарной зоне лучевой кости, перелом шиловидного отростка, типичный вид смещения костных фрагментов. Классификация переломов: перелом Колеса (экстензионный, разгибательный перелом) и перелом Смита (флексионный, сгибательный перелом), внутрисуставной и внесуставной перелом.
108. Первая помощь: обезболивание, иммобилизация (протяженность транспортной шины). Лечение перелома луча в типичном месте: обезболивание, репозиция (сроки ее проведения), принципы методики её проведения, гипсовая иммобилизация (протяженность гипсовой повязки, повязки лонгетная или циркулярная). Сроки иммобилизации. Лечебная гимнастика во время иммобилизации перелома. Физиопроцедуры. Показания к оперативному лечению переломов Колеса и Смита. Принципы остеосинтеза. Лечебная гимнастика и физиопроцедуры в послеоперационном периоде (стационарный и амбулаторный периоды) иммобилизации перелома.
109. Причины возможного **осложнения перелома лучевой кости** в типичном месте (синдром «карпального канала», «острая трофоневротическая костная атрофия», синдром Зудека, ангионейротрофоневроз кисти, пятнистый остеопороз, нейродистрофический синдром) и основные принципы профилактики данного осложнения. Принципы лечения синдрома Зудека. Стадии течения процесса ангионейротрофоневроза (острое воспаление, хроническое воспаление, атрофия). Основные клинические проявления в каждой стадии патологического осложнения.
110. **Переломы костей голени.** Хирургическая анатомия костей голени (эпиметафизы, диафиз, физис). Механизм перелома диафиза костей голени. Переломы открытые и закрытые. Клинические симптомы переломов костей голени: деформация, симптом прилипшей пятки, активные и пассивные движения. Симптом осевой нагрузки. Суть классификации по Каплану - Марковой для переломов костей голени. Рентгенодиагностика переломов голени. Возможные осложнения перелома костей голени: повреждение нервов, повреждение сосудов голени. Диагностика повреждений нервов и артериальных сосудов костей голени.
111. Первая помощь больным с переломами голени. Обезболивание. Транспортная иммобилизация, наложение транспортных шин, транспортировка. Консервативное лечение переломов костей голени в зависимости от локализации перелома (одномоментная ручная репозиция,гипсовая иммобилизация, наложение гипсовых повязок и сроки постоянной иммобилизации). Техника и инвентарь, необходимый для наложения системы скелетного вытяжения. Длительность скелетного вытяжения. Функциональные пробы при скелетном вытяжении.
112. Оперативное лечение переломов костей голени: показания, остеосинтез (внутрикостный, накостный внеочаговый). Понятие «перелом пилона». Оперативное лечение переломов костей голени: функциональный метод. Восстановительное лечение больных при переломах костей голени: лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж, физиотерапия.
113. **Переломы костей предплечья.** Хирургическая анатомия костей предплечья (эпиметафиз, диафиз, физис). Клинические симптомы переломов костей предплечья: данные осмотра, пальпации. Рентгенодиагностика переломов предплечья: передне-задняя и боковая проекции. Перелом головки лучевой кости. Клиника. Диагностика. Перелом локтевого отростка. Клиника. Диагностика. Понятия «треугольник Гюнтера» и «линия Гюнтера».
114. Переломы **обеих костей предплечья** со смещением. Смещение отломков в зависимости от уровня перелома. Диагностика. Переломовывихи костей предплечья. Переломовывих Монтеджа. Сгибательный и разгибательный тип. Механизм травмы. Переломовывих Галеацци. Клиническая картина и диагностика.
115. Первая помощь больным с переломами костей предплечья: обезболивание, транспортная иммобилизация, наложение транспортных шин. Консервативное лечение переломов костей предплечья в зависимости от уровня повреждения. Одномоментная ручная репозиция, репозиция на скелетном вытяжении. Гипсовая иммобилизация, протяженность ее, сроки постоянной иммобилизации. Оперативное лечение переломов костей предплечья: показания, остеосинтез (внутрикостный, накостный, сочетанный, внеочаговый). лечебная гимнастика, массаж, физиотерапия.
116. **Методы консервативного лечения переломов в травматологии и ортопедии.** Основные принципы консервативного лечения переломов:

а) одномоментная ручная репозиция смещённых отломков; иммобилизация достигнутого результата, контроль репозиции; сроки иммобилизации, контроль сращения перелома. б) экстензионный метод репозиции на скелетном вытяжении, контроль репозиции, иммобилизация достигнутого результата, функциональные пробы перед гипсовой иммобилизациецй; сроки иммобилизации, контроль сращения перелома.

Варианты **экстензионного метода лечения переломов**: постепенная репозиция возрастающими грузами; форсированная скелетная репозиция; ручное вправление перелома с последующей его фиксацией скелетным вытяжением. Расчет груза в зависимости от сломанной кости и веса пациента. Возможные ошибки и осложнения при применении скелетного вытяжения. Гипс, гипсовая иммобилизация. Гипсовые бинты. Виды гипсовых повязок. Техника наложения гипсовых повязок. Осложнения при иммобилизации гипсовой повязкой.

1. **Техника наложения и снятия скелетного вытяжения**. Инструменты и приспособления для наложения скелетного вытяжения. Ведение больных на скелетном вытяжении – «система скелетного вытяжения»: правила укладки больного и повреждённой конечности; точное направление тяги и её рациональная нагрузка. Контрольные рентгенограммы. Длительность скелетного вытяжения. Догоспитальный этап: транспортная иммобилизация, транспортные шины, их применение. Обезболивание области перелома (блокада места перелома, техника её проведения).
2. **Переломы диафиза плечевой кости.** Механизм перелом**а** диафиза плечевой кости. Классификация переломов в зависимости от механизма травмы: прямой и непрямой. Характер смещения отломков при этих переломах в верхней, средней и нижней трети. Возможное повреждение сосудистого пучка. Клинические симптомы перелома диафиза плечевой кости: боль (её локализация и интенсивность), кровоизлияния и их распространённость, активные и пассивные движения. Симптом осевой нагрузки. Данные осмотра, пальпации. Основные клинические симптомы при переломе бедренной кости. Рентгенодиагностика переломадиафиза плечевой кости: прямые, боковые проекции.
3. Первая помощь больным с переломомдиафиза плечевой кости. Транспортная иммобилизация, техника наложения лестничных шин по Турнеру, транспортировка. Возможная кровопотеря при переломе плечевой кости. Вероятность развития шока. Консервативное лечение перелома диафиза плечевой кости. Иммобилизация косыночной повязкой, повязкой по Турнеру. Повязка по Кодуэллу. Особенности проведения скелетного вытяжения при переломе диафиза плечевой кости. Лечение торако-брахиальной повязкой на шине ЦИТО. Сроки иммобилизации. Оперативное лечение перелома диафиза плечевой кости: показания, противопоказания к остеосинтезу (накостный и внутрикостный), металлические фиксаторы.
4. Принципы блокируемого остеосинтеза при лечении перелома плечевой кости. Функциональный способ лечения. Восстановительное лечение больных при переломе диафиза плечевой кости: лечебная гимнастика, сроки и методики её проведения, массаж, физиотерапия.
5. **Закрытый вывих головки плеча.** Определение понятий - «травматический», «застарелый», «привычный», «паралитический». Классификация: передние вывихи (подклювовидные, подключичные), задние (подакромиальные), нижние (подкрыльцовые). Анатомо-механические особенности, способствующие возникновению вывихов в плечевом суставе. Клинические симптомы: деформация области сустава, положение руки, относительная длина руки, "пружинящая" фиксация, активные и пассивные движения. Рентгенологическая диагностика: расположение суставной головки относительно суставной впадины в двух проекциях.
6. Принципы лечения вывихов плеча. Консервативное лечение. Обезболивание. Вправление вывихов плеча. Способы вправления вывихов головки плечевой кости по Гиппократу, Мухину, Моту, Джанелидзе. Этапы вправления вывиха по Кохеру. Преимущества и недостатки методов. Иммобилизация. Сроки иммобилизации.
7. Хирургическое лечение **невправимых и застарелых** вывихов головки плечевой кости. Хирургическое лечение **привычных** вывихов головки плечевой кости: операции на капсуле сустава, на сухожилиях, на костях. Операция по Краснову: показания, техника. Хирургическое лечение **паралитических** вывихов головки плечевой кости: операции, подвешивающие головку плеча, фиксирующие головку плеча (артродез), эндопротезирование плечевого сустава.
8. **Методы оперативного лечения переломов. Абсолютные** (первичные) показания для оперативного лечения переломов (открытый перелом, классификация открытых переломов по Каплан-Марковой; ранение сосудов при переломе плечевой кости; повреждение или сдавление нервного пучка при переломе плечевой, малоберцовой костей, костей таза; угроза перфорации кожи, интерпозиция мягкими тканями). **Относительные** (вторичные) показания для оперативного лечения переломов. Показания к открытой и закрытой репозиции переломов. Показания к оперативному лечению отрывных переломов.
9. **Виды остеосинтеза**: интрамедуллярный (внутрикостный), экстрамедуллярный (накостный), интрамедуллярный (внутрикостный) с блокированием (его преимущества перед вышеперечисленными видами). Осложнения. Противопоказаниями к накостному остеосинтезу (остеопороз костей, открытые переломы с обширной зоной повреждения мягких тканей, инфицированные переломы, обширные кожные рубцы, свищи, остеомиелит). Противопоказаниями к внутрикостному остеосинтезу.
10. Однополюсное эндопротезирование головки бедра. Показания, противопоказания. Остеосинтез стягивающей петлёй по Веберу. Наружный чрескостный внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез. Показания. Принципы метода. Аппараты для внеочагового остеосинтеза: спицевые, стержневые, комбинированные. Этапы их наложения. Осложнения ЧКДО. Виды обезболивания, применяемые в травматологии при металлоостеосинтезе, основные показания: общее обезболивание, перидуральная анестезия, внутрикостная анестезия, проводниковая анестезия.
11. **Функциональный метод лечения переломов.** Основа метода: исключение смещающего воздействия мышц на костные отломки. Физиологические свойства мышц: рефлекторное сокращение мышц, эластическая ретракция мышц, мышечная ретракция («мышечный склероз»); среднее физиологическое положение верхней и нижней конечностей. Показания к функциональному методу лечения: наличие смещения костных фрагментов, трудность вправления, неустойчивость перелома после вправления. Переломы, при которых применяется функциональный метод. Остеосинтез костей, допускающий лечение функциональным методом.
12. **Принципы функционального лечения переломов костей таза**. Какие переломы, согласно классификации переломов таза, можно лечить функциональным методом. Сроки лечения в зависимости от типа перелома согласно принятой классификации переломов таза.
13. **Принципы функционального лечения переломов тел позвонков**. Функциональное лечение по В.В. Гориневской и Е.Ф. Древинг (1934), показания, принципы (компрессионный перелом тела поясничного или грудного отдела позвоночника). Первый период (7—10 дней), цель первого периода, тестовые упражнения «ласточка», «уголок», необходимые условия эффективности гимнастики. Второй период (через 7 - 21 день после поступления в стационар). Цель второго периода. Тест поднимания прямой ноги до угла 45°. Значение окончания второго периода. Задачи третьего периода (20-60 суток после травмы) и четвертого периода (60-80 дней после травмы).
14. **Ампутация и экзартикуляция** конечности. Определение понятия. Абсолютные показания к ампутации (отрывы конечности, переломы IV типа по Каплану - Марковой, тяжелая инфекция, отморожения, ожоги, электротравма, злокачественные новообразования). Относительные показания к ампутации (длительно существующие трофические язвы, хронический остеомиелит, тяжелые, непоправимые деформации конечностей врожденного или приобретенного характера, большие дефекты костей, при которых невозможно ортезирование фиксационными аппаратами (ортезами), врожденное недоразвитие конечностей, препятствующее протезированию). Ампутации первичные, вторичные, поздние. Реампутации. Определение понятия. Показания к реампутации.
15. **Техника ампутации** (круговой и лоскутный, одномоментная, двухмоментная, трёхмоментная, фасциопластическая, миопластическая, фасцио-периосто-пластическая, костнопластическиая). Способы обработки костного опила, особенности обработки костного опила на костях голени. Способы обработки артерий и вен. Способы обработки нервов. Послеоперационная профилактика контрактур в суставах конечностей. Экспресс-протезирование. Показания. Лечебно-тренировочный протез. Ошибки и возможные осложнения при выполнении ампутаций. Возможные осложнения при проведении операции экзартикуляции. Послеоперационное ведение больных. Физическая, психологическая и социальная реабилитация.
16. **Переломы и вывихи костей стопы.** Хирургическая анатомия стопы. Механизм переломов костей стопы (переломы костей предплюсны, переломы плюсневых костей, фаланг пальцев стопы, характер смещения отломков). Вывих таранной кости. Подтаранный вывих стопы. Вывихи в суставе Шопара. Вывихи в суставе Лисфранка. Вывихи пальцев. Переломы таранной и пяточной костей. Классификация переломов таранной и пяточной костей. Импрессионный перелом. Угол Белера. Рентгенодиагностика переломов костей стопы: передне-задняя и боковая проекции. Переломы плюсневых костей. Переломы фаланг пальцев. Возможные осложнения переломов: несращение перелома, травматическое плоскостопие, остеомиелит и др.
17. Первая помощь больным с переломами костей стопы: обезболивание, транспортная иммобилизация. Консервативное лечение вывихов и переломов костей стопы. Лечение переломов без смещения отломков, сроки сращения. Гипсовая иммобилизация. Лечение переломов таранной и пяточной костей со смещением отломков. Способы репозиции отломков при переломах пяточной кости. Скелетное вытяжение по Каплану. Оперативное лечение переломов костей стопы. Показания, способы. Принцип методики Essex-Lopresti. **Маршевые переломы** II-III плюсневых костей (болезнь Дойчлендера): механизм, лозеровские зоны. Жалобы, анамнез, осмотр, пальпация, диагностика, лечение.
18. **Ранние симптомы дисплазии, врожденного вывиха бедра.** Социально-экономическая значимость дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Определение врожденного вывиха бедра. Хирургическая анатомия и функция тазобедренного сустава. Этиология: экзогенные, эндогенные, генетические факторы. Патогенез дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Определение понятий «предвывих», «подвывих», «вывих». Как заподозрить клинические симптомы дисплазии или врожденного вывиха бедра: (ограничение отведения нижних конечностей, асимметрическое расположение кожных складок, укорочения нижних конечностей, ротация бедра, понятие симптома «соскальзывания в тазобедренном суставе).
19. Основные принципы подтверждения врожденного вывиха (ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование, принципы «схема Хильгенрейнера», «триада Путти»). Клиническая и рентгенологическая диагностика врожденного вывиха бедра у детей старше 1 года. Симптом Тренделенбурга - Дюшена, Понятие «линии Розера — Нелатона». Дифференциальный диагноз при врожденном вывихе бедра (с coxa vara, параличом средней ягодичной мышцы, патологическим и травматическим вывихом головки бедренной кости). Медицинские мероприятия для диагностики заболевания. Осмотр новорожденного в родильном доме микропедиатром или ортопедом. Выявление признаков дисплазии тазобедренного сустава в детских яслях и детских поликлиниках, направление на осмотр к ортопеду или хирургу. Значение повторных осмотров.
20. **Повреждение связок коленного сустава.** Повреждения связочного аппарата коленного сустава. Классификация. Этиология, механизм травмы связочного аппарата коленного сустава (вальгусный, варусный, переразгибание, ротация, передняя и задняя нагрузка). Клиника: осмотр, пальпация (наличие локальной болезненности, наличие суставного выпота, отклонение при нагрузочном тестировании, измерение объёма движений в суставах, «несчастная триада» или триада Турнера). Диагностика повреждения боковых связок коленного сустава. Рентгенологические диагностические пробы. Лечение. Способы пластики коллатеральных связок. Разрыв крестообразных связок коленного сустава. Клиника. Диагностические пробы. Симптом «переднего и заднего выдвижного ящика». Оперативное лечение при разрывах крестообразных связок. Разрыв собственной связки надколенника. Клиника. Диагностика (данные осмотра, пальпации, «симптом прилипшей пятки»). Лечение.
21. **Повреждение менисков коленного сустава.** Анатомические особенности коленного сустава, способствующие повреждению менисков (разница объема мыщелков, подвижность менисков, амплитуда ротационных движений в коленном суставе). Механизм травмы. Клиническая картина. Симптомы блокады коленного сустава (ладони, лестницы - Перельмана, щелчка - Чаклина, ротации - Штейнмана), симптом Байкова. Клиника «блокады» коленного сустава. Дифференциальный диагноз (менископатия, ущемление складки Гоффа, синовиальной оболочки, хондроматоз, болезнь Кенига). Консервативное и оперативное лечение при повреждениях менисков. Показания и противопоказания. Способы устранения «блокады». Иммобилизация. Сроки.
22. **Пронационный подвывих головки лучевой кости.** Анатомо-функциональные особенности опорно-двигательного аппарата ребенка (превалирование мягких тканей над костной массой, особенности капсульно-связочного аппарата, особенности надкостницы - положительные и отрицательные стороны). Зоны роста. Регенерация. Клинические признаки переломов и вывихов костей: вероятные (боль, припухлость, кровоподтек, гематома, деформация, нарушение функции) и достоверные (крепитация костных отломков, патологическая подвижность, нарушение соотношения костных ориентиров сустава). Пронационный подвывих головки лучевой кости («локоть няни»). Анатомо-физиологические особенности пронационного подвывиха головки лучевой кости у детей. Механизм травмы. Вынужденное положение. Клиническая картина.. Обезболивание. Одномоментное вправление подвывиха, метод супинации-флексии. Иммобилизация. Сроки иммобилизации.
23. **Особенности переломов у детей в эпиметафизарной зоне**, в области диафиза: перелом по типу «зелёной ветки», эпифизиолиз, остеоэпифизеолиз, определение понятия. Возможные осложнения при переломе по физарной зоне (искривление, укорочение). Переломы апофизов, особенности их лечения. Сроки сращения переломов у детей. Способы лечения. Обезболивание. Критерии правильно наложенной гипсовой повязки (динамика боли, чувствительности, движения в пальцах), причины формирования контрактуры Фолькмана.
24. **Показания и противопоказания к оперативным вмешательствам при травматическом шоке.** Травматический шок. Определение. Ведущие механизмы (нервный, гемодинамический, дыхательный, метаболический). Периоды травматической болезни (острого нарушения, относительной стабилизации, максимальной вероятности развития осложнений, полной стабилизации), длительность периодов. Возможные оперативные лечения в первый период травматической болезни (понятие о жизнеугрожающих состояниях, по жизненным показаниям); во второй период травматического шока (активная лечебная тактика — хирургическая реанимация, отсроченные вмешательства). Оперативные лечения в остальные периоды травматической болезни. Показания и противопоказания.
25. Этап квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Определение. Сортировка по группам в зависимости от показаний к оперативным вмешательствам при травматическом шоке («по жизненным показаниям», «до выведения из шока» «нуждающиеся в реанимационных мероприятиях»). Виды оперативного лечения по жизненным показаниям (остановка кровотечения, восполнение ОЦК, ликвидация открытого и клапанного пневмоторакса, трахеостомия, лапаротомия, трепанация черепа).
26. **Классификация кровотечений и кровопотери** (легкой степени, средней степени, тяжелой степени, крайне тяжелой степени). «Индекс шока» (М. Альговер). Принципы определения кровопотери по способу Г.А. Барашкова. Определение кровопотери по локализации травмы и объему поврежденных тканей. Термин «пустое сердце». Принципы инфузионно-трансфузионной терапии у раненых (кристаллоиды, коллоиды, плазмозаменители, компоненты крови; соответствие ее объема и содержания, раннее начало проведения, дифференцированное (с учетом ведущего синдромокомплекса) применение, постоянный контроль, сочетание с другими лечебными методами). Расчет количества вводимых в первые сутки средств инфузионно-трансфузионной терапии при острой кровопотере (кристаллоиды, коллоиды, эритроцитарная масса). Особенности применения полиглюкина.
27. **Столбняк.** Экстренная профилактика столбняка (Приказ № 174 от 1999 г.) показания, экстренная профилактика (ПСС и АС). Инкубационный период, в течение которого необходимо провести профилактику столбняка.
28. **Первичная хирургическая обработка**. Определение. Цель первичной хирургической обработки. Виды первичной хирургической обработки (ранняя хирургическая обработка, отсроченная хирургическая обработка, поздняя хирургическаяобработка), их отличие. При каких ранах первичная хирургическая обработка не проводится. Этапы первичной хирургической обработки (ПХО) огнестрельных переломов.
29. **Анаэробная инфекция. Классификация, клиника, диагностика и профилактика. Лечение.**
30. **Синдром длительного раздавливания/сдавления** (СДР). Патогенез (нервно-болевой фактор, токсемия, плазмопотеря). Классификация степени тяжести. Периоды СДР (фаза компрессии - период травматического шока, фаза декомпрессии, ранний период, промежуточный, поздний - азотемической интоксикации, период исхода). Диагностика СДР. Клиническая и лабораторная диагностика. Алгоритм действий, направленных на снижение «залпового» выброса токсинов при освобождении сдавленной конечности (жгут, освобождение от компрессии, наложение жгута, снятие жгута). Общие принципы оказания помощи больным с СДР. Компартмент - синдром.
31. **Ожоги.** Классификация (А.А.Вишневского и М.И. Шрайбера.): по глубине поражения, по типу повреждения, по площади повреждения. Диагностика поверхностных и глубоких ожогов. Определение площади поражения (Н. Н. Глумова, Уоллеса, Ваuх, правило ладони, правило девяток, правило100, индекс Франка). **Зажигательные смеси**, особенности ожогов от их воздействия (напалмы и пирогели, термиты и термитные составы, белый фосфор). Принципы лечения в зависимости от клинического периода ожоговой болезни (ожоговый шок, токсемия, септикотоксемия, исход)
32. **Обезболивание.** Показания, противопоказания, способы введения (наркотические, наркотические, блокады) на этапах медицинской эвакуации. Виды блокад (блокада места перелома костей, футлярные блокады (бедро, голень), блокады поперечного сечения, блокада нерва (бедренного, седалищного, большеберцового, малоберцового), проводниковая блокада, внутритазовая блокада, межреберная проводниковая блокада, паравертебральная блокада, шейная вагосимпатическая блокада, паранефральная блокада, паравульнарная блокада). Показания. Методика выполнения. Возможные осложнения блокад (снижение АД, аллергические реакции, попадание иглы в нерв, попадание иглы в артерию). Лечение осложнений.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Критерии оценки:**

- Оценка **«отлично»** выставляется, если обучающийся обнаруживает всесторонние, систематические и глубокие знания учебного программного материала, умеет свободно выполнять задания, предусмотренные программой, им усвоена основная и знакома дополнительная литература, рекомендованная программой, усвоена взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, а также проявлены творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного программного материала;

- Оценка **«хорошо**» заслуживает студент, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе , показавший систематический характер знаний по дисциплине и способный к дальнейшей учебной работе и профессиональной деятельности;

- Оценки «**удовлетворительно**» заслуживает студент, обнаруживший знание основного учебного материала в объеме, необходимого для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой, допустивший погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающий необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя;

- Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется студенту, обнаружившему проблемы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой знаний, который не может продолжать обучение по подготовке к профессиональной деятельности по окончанию вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Составитель \_\_\_Федоров В.Г.

 (подпись)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

**По разделу/дисциплине**

**ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОТПЕДИЯ**

1. Среди всех заболеваний в Российской Федерации травма занимает

 а) 1 место; б) 2 место; в) 3 место +

 г) 4 место; д) 5 место

2. Для обезболивания переломов таза обычно пользуются внутритазовой анестезией по методу Школьникова - Селиванова

 а) на 5 см выше передней ости подвздошной кости

 б) на 1 см кнутри от передней ости подвздошной кости +

 в) на 3 см ниже и на 3 см медиальнее передней ости подвздошной кости

3. Количество местного анестетика (новокаина), используемого для блокады переломов костей на фоне шока, по сравнению с обычной дозировкой должно быть

 а) уменьшено +

 б) увеличено

 в) существенно не меняется

 г) новокаин при шоке как местный анестетик желательно не использовать

4. У больного выявлен перелом обеих бедренных костей без повреждения магистральных сосудов, артериальное давление - 60/40 мм рт. ст., дыхание - 26 в минуту. Наиболее целесообразно в этой ситуации

а) срочная инфузионная терапия с одновременным введением в наркоз

б) срочно начать инфузионную терапию, осуществить обезболивание, добиться

 стабилизации артериального давления; затем начать проведение анестезии и

 операции +

в) срочно интубировать и начать инфузионную терапию

 5. Под спондилолистезом понимается

 а) смещение позвонка с нижерасположенного +

 б) растворение или разрушение задних элементов позвонка

 в) незаращение дужки позвонка

 г) клиновидная деформация позвонка

 д) патологическая подвижность позвонка

6. Достоинством новокаиновой блокады при тяжелых травмах является то, что она

 а) не вызывает снижения артериального давления

 б) дает длительное обезболивание

 в) ликвидирует боль, не смазывая клиническую картину +

 г) снижает температуру тела

 д) повышает центральное венозное давление

7. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

 а) как анкилоз; б) как контрактура

 в) как ригидность; г) как патологическая подвижность

 д) все правильно +

8. Отведение и приведение конечностей - это движения

 а) в сагитальной плоскости

 б) во фронтальной плоскости +

 в) в аксиальной плоскости

 г) внутреннее движение вокруг продольной оси

 д) наружное движение вокруг продольной оси

9. По какому из перечисленных признаков Вы определите, что кровотечение в плевральную полость продолжается?

а) бледность кожных покровов

б) низкое артериальное давление

в) кровохарканье

г) притупление перкуторного звука на стороне травмы

д) положительная проба Рувируа – Грегуара +

10. При повреждении лучевого нерва отмечается

 а) "свисающая кисть" +

 б) "когтистая лапа"; в) обезьянья лапа

 г) сгибательная контрактура I, II и III пальцев и разгибательная контрактура IV и V пальцев

11. Обычное рентгенологическое исследование дает возможность выявить всю перечисленную патологию, кроме

 а) перелома или трещины кости

 б) вывиха, подвывиха фрагментов сустава

 в) костной опухоли

 г) мягкотканной опухоли;

 д) повреждения хрящевой ткани +

12. Чаще всего с применением пневмографии исследуется

 а) плечевой сустав; б) локтевой сустав;

 в) коленный сустав; + г) тазобедренный сустав

 д) голеностопный сустав

13. При осуществлении блокады по А.В.Вишневскому используют раствор новокаина концентрации

 а) 0.1% б) 0.25% +

 в) 0.5%; г) 1.0%;

 д) 2.0%

14. Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является

 а) стерилизация ран скальпелем

 б) удаление инородных тел и сгустков крови

 в) иссечение всех нежизнеспособных тканей и создание "бесплодной каменистой почвы для развития микробной инвазии" +

 г) возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными

 д) удаление сгустков крови и перевязка тромбированных сосудистых стволов с целью профилактики вторичного кровотечения

15. Клинический диагноз травматологическому больному стационара должен быть поставлен после госпитализации

 а) на 1-е сутки

 б) на 2-е сутки

 в) на 3-и сутки +

 г) на 4-е сутки

 д) перед выпиской больного

16. Ранним признаком острого тромбоза артерий является

 а) боль +

 б) отек

 в) похолодание конечности

 г) мраморность кожных покровов

 д) пощипывание, парестезии

17. Показаниями к переливанию плазмозаменителей являются

 а) гиперволемия

 б) нормоволемия

 в) гиповолемия +

 г) уровень гематокрита 45-50%

 д) высокий лейкоцитоз

18. Регенерация костной ткани наиболее продолжительна

 а) в раннем возрасте

 б) в юности

 в) в среднем возрасте

 г) в старческом возрасте +

19. Ведущими симптомами раневого сепсиса являются

 а) тяжелая интоксикация

 б) гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса, ацидоз

 в) ухудшение микроциркуляции

 г) анемия, гипопротеинемия

 д) все перечисленное +

20. При возникновении воспаления с серозно-гнойным отделяемым в области швов рекомендуется

 а) антибактериальная терапия

 б) снятие швов и промывание раны

 в) повторная хирургическая обработка раны с наложением вторичных швов

 г) правильно а) и б)

 д) все правильно +

21. Истощенному раненому, имеющему пониженную температуру и незаживающую рану с обширной поверхностью и гнойным отделяемым, следует поставить диагноз

 а) раневого истощения +

 б) сепсиса

 в) септицемии

 г) пиемии

 д) септикопиемии

22. Правильное наложение кровоостанавливающего жгута характеризуется следующим условием

 а) жгут наложен как можно туже на конечности

б)жгут наложен с силой, вызывающей онемение в дистальном отделе конечности

 в) жгут наложен так туго, как только остановится кровотечение +

 г) жгут наложен так, что из раны слегка сочится кровь

 д) жгут накладывается до передавливания мышц конечности

23. К понятию хирургической обработки раны относится

 а) смазывание краев раны йодом, наложение повязки, введение внутримышечно антибиотиков

 б) промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков

 в) удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками, дренирование раны

г) рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция +

24. Деформация треугольника Гюнтера свидетельствует о вывихе в суставе:

 а) тазобедренном;

б) коленном

 в) голеностопном;

г) локтевом +

 д) плечевом

25. К отсроченной хирургической обработке относится обработка, произведенная после травмы через

 а) 12-18 ч;

 б) 24-48 ч; +

 в) 49-72 ч;

 г) 73-96 ч;

 д) 97-120 ч

26. Лечебной дозой антигангренозной сыворотки является

 а) по 10 000 МЕ против каждого из возбудителей

 б) по 15 000 МЕ против каждого из возбудителей

 в) по 20 000 МЕ против каждого из возбудителей

 г) по 50 000 МЕ против каждого из возбудителей

 д) по 100 000 МЕ против каждого из возбудителей +

27. Наиболее часто сдавление мягких тканей наблюдается

 а) при автомобильных авариях б) при падении с высоты

 в) при землетрясении + г) при пожарах

 д) при подводных работах на глубине

28. Первопричиной патологических изменений в организме при сдавлении мягких тканей является

 а) гиперкалиемия +

 б) плазмопотеря

 в) выброс в кровяное русло катехоламинов

 г) закупорка почечных петель миоглобином

 д) резкое повышение осмолярности (до 400 мосмоль/л) крови

29. В клиническом течении сдавления мягких тканей выделены периоды, кроме

 а) периода сдавления

 б) промежуточного периода +

 в) периода почечных нарушений

 г) периода ранних осложнений

 д) периода поздних осложнений

30. Клиническая картина сдавления мягких тканей находится в прямой зависимости

 а) от возраста больного

 б) от длительности сдавления +

 в) от атмосферных условий

 г) от характера сдавливающего фактора

 д) от пола больного

31. При сдавлении мягких тканей в почках

 имеют место следующие патологические изменения

 а) выраженные изменения в дистальных извитых канальцах

 б) выраженные изменения в восходящих петлях Генле

 в) забитость кровяными цилиндрами из миоглобина канальцев

 г) правильно б) и в)

 д) все ответы правильны +

32. У молодого, ранее здорового человека, находящегося в состоянии травматического шока I степени, артериальное давление будет

 а) 60/40 мм рт. ст. б) 70/60 мм рт. ст.

 в) 90/60 мм рт. ст. г) 100/60 мм рт. ст. +

 д) 110/70 мм рт. ст.

33. К перелому Беннета относится:

а) переломы основных и средних фаланг пальцев кисти

б) вывихи основных и средних фаланг пальцев

в) внутрисуставные переломы основных и средних фаланг пальцев

г) перелом луча с подвывихом в лучезапястном суставе

д) внутрисуставной перелом основания 1-й пястной кости с ее подвывихом +

34. Пострадавшему, находящемуся в состоянии травматического шока III-IV степени, переливание крови и ее препаратов

 а) не показано;

 б) абсолютно показано +

 в) показано относительно;

 г)можно обойтись трансфузией кровезаменителей

 д) зависит от случая

35. Укажите наиболее вероятную причину не сращения перелома кости:

а) кратковременность иммобилизации

б) частые смены гипсовой повязки

в) перерастяжение отломков на скелетном вытяжении

г) наличие интерпозиции между отломками +

д) сохраняющееся смещение отломков

36. Операцию остеосинтеза закрытого перелома диафиза бедренной кости после выведения больного из состояния травматического шока рекомендуется производить

 а) сразу же после нормализации артериального давления и пульса

 б) после нормализации диуреза

 в) через 12 ч стабилизации гемодинамики

 г) через несколько суток +

37. Неблагоприятное течение переломов шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено

 а) резким нарушением кровоснабжения головки шейки бедра

 б) репонированные отломки трудно удерживаются обычными способами внешней фиксации

 в) длительное вынужденное положение больного, адинамия

 г) правильно а) и в)

 д) все ответы правильны +

38. Назовите абсолютное показание к оперативному лечению переломов (остеосинтез):

а) открытые переломы

б) переломы со смещением отломков

в) интерпозиция тканей между отломками +

г) многооскольчатые и раздробленные переломы

д) множественные переломы костей

39. При переломах типа «Мальгеня» показано лечение:

 а) положение по Волковичу

 б) кокситная гипсовая повязка

 в) скелетное вытяжение +

 г) остеосинтез костей таза

 д) наложение пояса Гильфердинга

40. У пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой (ушиб головного мозга) наиболее неблагоприятным сочетанием является

 а) перелом II и III ребер с гемопневмотораксом +

 б) закрытый поперечный перелом диафиза плечевой кости в средней трети со смещением отломков

 в) закрытый косой перелом обеих костей голени в верхней трети со смещением отломков

 г) перелом костей таза с нарушением переднего полукольца

 д) закрытый перелом наружной и внутренней лодыжек голеностопного сустава с разрывом синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи

41. Пострадавшего с тяжелым повреждением спинного мозга в грудном и поясничном отделах позвоночника при наличии только мягких носилок следует транспортировать

 а) на спине; б) на левом боку; в) на правом боку

 г) в полусидячем положении с подушкой в области поясницы

 д) на животе +

42. При повреждениях периферического нерва двигательные расстройства проявляются

 а) гипертонусом мышц выше уровня ранения

 б) вялым параличом ниже уровня ранения +

 в) судорожным сокращением мышц ниже уровня ранения

 г) усилением сухожильных и периостальных рефлексов ниже уровня ранения

 д) перемежающимся гипер- и гипотонусом мышц ниже уровня ранения

43. При поражении локтевого нерва кисть принимает вид

 а) "обезьяньей" кисти;

 б) "когтеобразной" кисти +

 в) "свисающей" кисти;

 г) "акушерской" кисти

44. При повреждении магистральных артерий в дистальном отделе конечности наблюдается

 а) цианоз кожных покровов

 б) бледность кожных покровов +

 в) холодный липкий пот

 г) отек мягких тканей

45. Сохранение пульса на периферии исключает ранение магистральной артерии

 а) всегда

 б) не всегда +

 в) при отсутствии раны в проекции сосудистого пучка

 г) при отсутствии кровотечения из раны

46. Для профилактики тромбоза в зоне сосудистого шва назначают

 а) антикоагулянты прямого действия

 б) реополиглюкин

 в) спазмолитики

 г) антикоагулянты непрямого действия

 д) все перечисленное +

47. Сдавление легкого при большом гемопневмотораксе

 в первую очередь ведет к возникновению

 а) пневмонии

 б) ателектаза +

 в) "влажного легкого"

 г) инфаркта легкого

 д) кровохарканья

48. Для дренирования плевральной полости при пневмотораксе

 следует выбрать следующее место прокола и диаметр дренажной трубки:

 1) второе межреберье по средне-ключичной линии,

 2) четвертое межреберье по задней подмышечной линии,

 3) шестое межреберье по задней подмышечной линии,

 4) дренажную трубку диаметром 3 мм,

 5) дренажную трубку диаметром 15 мм,

 6) дренажную трубку диаметром 1 мм,

 7) восьмое межреберье по лопаточной линии

 а) правильно 1, 2, 3

 б) правильно 2, 3, 4

 в) правильно 1, 2, 4 +

 г) правильно 2, 3, 5

 д) правильно 1, 2, 5

49. Дренирование плевральной полости при гемотораксе следует осуществлять через

 а) 3-е межреберье по средне-ключичной линии

 б) 5-е межреберье по передней подмышечной линии

 в) 6-е межреберье по средней подмышечной линии +

 г) 7-е межреберье по передней подмышечной линии

 д) 8-е межреберье по лопаточной линии

50. Причиной летального исхода при тупой травме живота с повреждением полового органа является чаще всего

 а) массивное кровотечение +

 б) перитонит

 в) непроходимость

 г) кишечный свищ

 д) эвентрация внутренних органов

51. При консервативном лечении неосложненных переломов грудного отдела позвоночника чаще всего применяются

 а) скелетное вытяжение за кости черепа

 б) вытяжение за голову петлей Глиссона

 в) лямочное вытяжение за подмышечные впадины +

 г) скелетное вытяжение за кости таза

 д) скелетное вытяжение за нижние конечности

52. К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся

 а) перелом крыла подвздошной кости

 б) перелом лонной кости

 в) перелом губы вертлужной впадины

 г) перелом лонной и седалищной костей с одной стороны +

 д) перелом лонной и седалищной костей с разных сторон

53. Чаще всего при переломах костей таза повреждаются

 а) простата у мужчин и яичники у женщин

 б) уретра, простатическая ее часть +

 в) дистальная часть мочеиспускательного канала

 г) мочевой пузырь

 д) влагалище у женщин и половой член у мужчин

54. Чаще всего при травмах происходит разрыв

 а) сухожилий разгибателей пальцев кисти +

 б) сухожилий разгибателей пальцев стопы

 в) сухожилий четырехглавой мыщцы бедра

 г) сухожилий длинной головки двуглавой мышцы плеча

 д) ахиллова сухожилия

55. При консервативном лечении перелома ключицы применяются для иммобилизации ключицы все перечисленные повязки, кроме

 а) шины Кузьминского

 б) 8-образной повязки

 в) колец Дельбе

 г) гипсовой повязки по Турнеру +

56. Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом

 а) головки

 б) анатомической шейки

 в) бугорков

 г) хирургической шейки +

57. Абдукционный перелом хирургической шейки плеча возникает

 а) при приведении плеча

 б) при отведении плеча +

 в) при нейтральном положении

 г) при любом из перечисленных положений

58. При аддукционном переломе хирургической шейки плеча отломки смещены так, что образуют угол, открытый

 а) кнутри и кзади +

 б) кнаружи и кзади

 в) кнаружи и кпереди

 г) кнутри и кпереди

 д) углового смещения нет

59. При сгибательном типе повреждения Монтеджа головка луча вывихивается

 а) кпереди +

 б) кзади

 в) кнутри

 г) кнаружи

60. Повреждение Галиацци - это

 а) изолированный перелом локтевой кости

 б) изолированный перелом лучевой кости

 в) перелом локтевой кости и вывих головки лучевой

 г) перелом лучевой кости и вывих головки локтевой +

61. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется

 а) признаком Маркса

 б) симптомом "треугольной подушки"

 в) симптомом "клавиши" +

 г) пружинящим движением в плечевом поясе

62. Наиболее часто вывихи возникают

 а) в тазобедренном суставе

 б) в коленном суставе

 в) в плечевом суставе +

 г) в локтевом суставе

 д) в лучезапястном суставе

63. Плечо при вывихе, как правило

 а) приведено б) отведено +

 в) согнуто г) разогнуто

64. Оптимальным сроком для удаления фиксаторов является срок

 а) 6 месяцев

 б) 1 год +

 в) 1.5 года

 г) 2 года

 д) фиксатор можно не удалять

65. Тяжесть открытого неогнестрельного перелома определяется:

а) наличием отломка кости, выступающего в рану

б) наличием артериального, венозного или смешанного кровотечения из раны

в) тяжестью и обширностью повреждения мягких тканей +

г) оскольчатым характером перелома

д) временем, прошедших с момента травмы до поступления пострадавшего в стационар

66. Оптимальным методом лечения винтообразных переломов костей голени со смещением отломков является

 а) гипсовая повязка

 б) скелетное вытяжение + гипсовая повязка

 в) компрессионно-дистракционный метод

 г) операция остеосинтеза +

67. Таранно-пяточный угол в норме составляет

 а) 10-20°

 б) 20-30°

 в) 20-40° +

 г) 20-50°

 д) 40-60°

68. При открытом переломе 3 степени согласно классификации открытых переломов (по А.В.Каплану и О.Н.Марковой) характер раны и ее размер будут

 а) колотая, размером от 1 до 2 см

 б) ушибленная, размером от 2 до 9 см

 в) рваная и размозженная, размером более 10 см +

 г) ушибленная, размером от 1.5 до 2 см

 д) рваная и размозженная, размером от 2 до 9 см

69. Среди множественных и сочетанных повреждений превалирует

 а) травма грудной клетки и ее органов

 б) черепно-мозговая травма и перелом конечностей +

 в) травма брюшной полости и костей таза

 г) тяжелые множественные повреждения опорно-двигательного аппарата

 д) сдавления конечностей

70. Противопоказаниями к накостному остеосинтезу являются:

а) остеопороз костей

б) открытые переломы с обширной зоной повреждения мягких тканей

в) инфицированные переломы

г) обширные кожные рубцы, свищи, остеомиелит

д) все перечисленное +

71. При множественных переломах повреждение пяточных костей наиболее часто сочетается

 а) с переломом таранной кости

 б) с переломом костей стопы

 в) с переломом позвоночника +

 г) с переломом костей таза

 д) с переломом большеберцовой кости

72. Инвалидность при политравме в основном определяется

 а) тяжестью повреждения опорно-двигательного аппарата +

 б) диагностическими ошибками

 в) дефектами лечения

 г) осложнениями при травме

 д) дефектами при проведении врачебно-трудовой экспертизы

73. Ожоговый шок по виду относится

 а) к бактериальному

 б) к гиповолемическому +

 в) к анафилактическому

 г) к травматическому

74. Преимуществами внеочагового чрезкостного остеосинтеза являются все кроме:

а) малой травматичности

б) надежность стабилизации отломков костей

в) возможности ранней активизации тяжелых больных

г) малых сроков оперативного вмешательства в сочетании с простотой методики оперативного вмешательства +

д) отсутствия или незначительной кровопотери

75. Критерием перехода больного из ожогового шока в стадию острой ожоговой токсемии является

 а) нормализация диуреза

 б) повышение температуры +

 в) нагноение в ранах

 г) тахикардия

76. Один процент глубокого (3-4 ст.) ожога при определении индекса Франка равняется

 а) единице

 б) двум единицам

 в) трем единицам +

 г) четырем единицам

 д) пяти единицам

77. Основные методы лечения контрактуры Дюпюитрена:

а) медикаментозная терапия

б) лечебная гимнастика

в) хирургический метод лечения +

г) гипсовая иммобилизация

д) физиотерапевтическое лечение

78. Мероприятия при оказании первой врачебной помощи не включают:

а) транспортную иммобилизацию

б) трансфузионную терапию

в) блокаду места перелома

г) первичную хирургическую обработку раны +

д) введение антибиотиков

79. Индекс Франка, равный "70", характеризует

 а) отсутствие ожогового шока у пострадавшего

 б) легкий ожоговый шок

 в) тяжелый ожоговый шок +

 г) сверхтяжелый ожоговый шок

 д) "смертельный", необратимый ожоговый шок

80. Диагностика повреждения электрическим током основана

 а) на рассказе очевидцев

 б) на анамнезе, выясненном у больного, если он в сознании

 в) на осмотре и выявлении "знаков тока"

 г) на оценке состояния ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной системы

 д) всего перечисленного +

81. Главным условием успеха при вправлении вывиха является:

а) правильная укладка больного

б) полный подбор подручных и специальных средств

в) адекватное обезболивание +

г) психологическая подготовка больного

д) вправление после стихания острых проявлений травмы

82. При левосторонней мышечной кривошее

 а) подбородок отклонен влево

 б) подбородок отклонен вправо +

 в) подбородок расположен по средней линии туловища

83. Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение

 а) мумие

 б) инъекции лидазы

 в) инъекции гидрокортизона

 г) не существует +

84. При дисплазии тазобедренного сустава на рентгенограмме выявляется все, кроме:

а) недоразвитие вертлужной впадины

б) скошенность крыши вертлужной впадины

в) вальгусная деформация проксимального конца бедренной кости

г) несоответствие размеров головки размерам вертлужной впадины

д) асептического некроза головки +

85. Фиброзно-щелевидные ложные суставы без укорочения конечности лечатся:

а) наружные чрезкостным остеосинтезом в режиме дистракции

б) билокальным компрессионно-дистракционным остеосинтезом

в) гипсовой иммобилизацией

г) костной пластикой

д) наружным чрезкостным остеосинтезом в режиме компрессии +

86. Ведущим симптомом дисплазии тазобедренного сустава в первые месяцы жизни ребенка является

 а) укорочение конечности

 б) асимметрия кожных складок

 в) симптом "щелчка"

 г) ограничение отведения бедер +

 д) наружная ротация конечности

31. При открытых неогнестрельных переломах костей конечности предпочтителен:

 а) интрамедулярный остеосинтез стержнем

 б) накостный остеосинтез пластинкой

 в) наружный чрескостный остеосинтез спицевыми аппаратами

 (Илизарова, Волкова-Оганесяна и др.) +

 г) накостный остеосинтез серкляжными проволочными швами

 д) остеосинтез винтами

87. Аппарат Соколовского применяется:

а) для фиксации травмированных шейных позвонков

б) для фиксации ребер при флотирующих переломах

в) для наложения металлоостеосинтеза

г) для вправления отломков при переломе костей предплечья +

д) для сшивания поврежденных сухожилий

88. Основной симптом косолапости

 а) эквинсу стопы б) экскаватус стопы

 в) вальгус стопы г) варус стопы +

 д) приведение переднего отдела стопы

89. Больной с косолапостью при ходьбе

 а) хромает

 б) не хромает

 в) ходит, переступая "нога за ногу"

 г) наступает на внутренний край стопы

 д) наступает на наружный край стопы +

90. При врожденной мышечной кривошее:

а) голова наклонена в «больную» сторону, подбородок повернут в «здоровую» сторону, под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца +

б) голова наклонена в «здоровую» сторону, подбородок повернут в «больную» сторону, под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца

в) под кожей контурируется грудино-ключично-сосцевидная мышца

г) боль по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы с иррадиацией в руку

д) ни один из указанных симптомов

91. Консервативное лечение косолапости начинают

 а) с рождения +

 б) через 1 месяц после рождения

 в) через 3 месяца после рождения

 г) через полгода после рождения

 д) в возрасте 1 года

92. Наиболее частым симптомом при переломе костей таза является:

а) парез кишечника +

б) частый жидкий стул

в) притупление перкуторного звука в отлогих местах

г) дизурические расстройства

д) положительный симптом Щеткина

93. Основная задача консервативного лечения коксартроза состоит

 а) в устранении контрактуры сустава

 б) в увеличении объема движений

 в) в снятии болевого синдрома +

 г) в компенсации укорочения конечности

94. К переломам, медленно срастающимся и часто не срастающимся, относятся

 а) проксимальный отдел плеча

 б) межвертельный перелом бедра

 в) внутрисуставной перелом шейки бедра +

 г) граница средней трети и нижней трети большеберцовой кости

 д) головка ладьевидной кости

95. В клинической практике наиболее часто встречается

 а) врожденный сколиоз б) паралитический сколиоз

 в) идиопатический сколиоз +

 г) рахитический сколиоз д) неврогенный сколиоз

96. Под сочетанной травмой при механических повреждениях понимают:

а) переломы бедра и голени с одной или с двух сторон

б) переломы костей конечностей, позвоночника или таза с одновременным повреждением внутренних органов +

в) переломы верхних и нижних конечностей (например, плеча и бедра, предплечья и голени и т.п.)

г) повреждения полых и паренхиматозных органов при тупой травме живота

д) повреждение магистральных сосудов и нервов в одной анатомической области

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

а) сохраняющийся подвывих стопы +

б) разрыв дельтовидной связи

в) длительная иммобилизация гипсовой повязкой

г) ранняя нагрузка на ногу

д) перелом заднего края

99. Основными методами диагностики остеохондроза позвоночника являются

 а) клинический

 б) рентгенологический

 в) компьютерная томография

 г) радионуклидный

 д) клинический и рентгенологический +

100. Степень сколиотической деформации позвоночника по второй классификации В.Д.Чаклина определяется следующими показателями

 а) I - до 5°, II - до 25°, III - до 80°, IV - свыше 80°

 б) I - до 10°, II - до 25°, III - до 40°, IV - свыше 40°

 в) I - до 5°, II - до 25°, III - до 40°, IV - свыше 40° +

 г) I - до 15°, II - до 35°, III - до 75°, IV - свыше 75°

 д) I - до 5°, II - до 20°, III - до 100°, IV - свыше 100°

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Ижевская государственная медицинская академия»

#### Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

по дисциплине ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТПЕДИЯ

**Кейс-задача**

№ 1

Больной 20 лет получил сквозное пулевое ранение охотничьим ружьем мягких тканей левой голени и бедра. Входное отверстие в верхней трети задней поверхности голени. Выявлено: невозможность активного разгибания голени и сгибания стопы, утрата рефлекса ахиллова сухожилия, анестезия передне-внутренней и задне-внутренней поверхности голени, а также отсутствие чувствительности на внутренней поверхности подошвы с третьего пальца.

Задание. Указанная клиническая картина связана с повреждением

 а) запирательного и бедренного нервов

 б) бедренного и большеберцового нервов

 в) седалищного нерва

 г) большеберцового и малоберцового нервов

 д) бедренного и малоберцового нервов

№ 2

Пожилая женщина упала на правое плечо, почувствовала резкую боль в области плечевого сустава. Здоровой рукой поддерживает поврежденную руку, которая плотно прижата к туловищу. Определяется ограничение активных движений в плечевом суставе, боль.

Задание. Ваш предположительный диагноз:

а) ушиб плечевого сустава

б) вывих плеча

в) перелом хирургической шейки плеча

г) отрыв сухожилия двуглавой мышцы плеча

д) перелом ключицы

№ 3

Девочка начала ходить в 1 год 2 мес. Походка неустойчивая (“утиная”), наружная ротация ноги, симптом Тренделенбурга, поясничный гиперлордоз.

Задание. Какой метод лечения следует выбрать?

а) распорка

б) отводящая шина – ЦИТО, Волкова

в) скелетное вытяжение

г) оперативное лечение

д) гипсовая повязка по Лоренц-I

№ 4

 В приемный покой Центральной районной больницы доставлен пострадавший К., 50 лет. Пациент сообщил, что был сбит машиной «Москвич» при переходе дороги вне перекрестка. При осмотре больной бледный, пульс 120 в мин. артериальное давление 80/45 мм рт .ст. Голени на границе средней и верхней трети отечные, болезненные, на коже голеней ссадины. Определяется болезненность и в верхней трети правого бедра. Правая стопа ротирована к наружи. На волосистой части головы, затылочной области ссадина и плотное эластичное образование 2×2 см.

 Задание. Вопросы:

1. Ваши действия и их последовательность?

2. Ваш предварительный диагноз?

3. Что необходимо произвести для уточнения диагноза?

№5.

В приемный покой Центральной районной больницы доставлен пострадавший С., 40 лет. Пациент активен и с возбуждением сообщил, что во время пожара получил ожоги головы, грудной клетки и верхних конечностей. При осмотре больного определяется гиперемия, множественные пузыри на грудной клетке, плечах, предплечьях, кистях. Волосы на голове, ресницы и брови опалены, кожа лица гиперемирована с мелкими пузырями. Пульс 100 ударов в мин. артериальное давление 130/90 мм рт .ст., частота дыхания 20 в минуту.

Задание. Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Ваши действия и их последовательность?

3. Что необходимо произвести для уточнения диагноза?

 № 6.

В приемный покой Центральной районной больницы доставлен пострадавший С., 20 лет. Пациент активен и сообщил, что во время разделки мяса нож соскользнул и он получил рану правой кисти. При осмотре больного в удовлетворительном состоянии, определяются раны на ладонной поверхности проксимальных фаланг ΙΙ-го, ΙΙΙ и ΙΥ пальцев правой кисти с ровными краями, размером 1,5×1,0 см. Активные движения поврежденных пальцев отсутствуют.

Пульс 80 ударов в мин. артериальное давление 130/90 мм рт .ст.

Задание. Вопросы:

1. Что необходимо произвести для уточнения диагноза?

2. Ваш предварительный диагноз?

3. Ваши действия?

№ 7.

В приемный покой Центральной районной больницы на носилках доставлена пациентка Р., 68 лет. Больная сообщила, что подскользнувшись, упала на левую ягодичную область и бедро. Самостоятельно встать на ноги не могла. Жалобы на боль в области левого коленного сустава и бедра. При осмотре определяется небольшая наружная ротация левой голени и стопы кнаружи, по сравнению с правой нижней конечностью и боль в левой паховой области. Общее состояние удовлетворительное, пульс 84 ударов в мин. артериальное давление 140/90 мм рт .ст.

Задание. Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Что необходимо произвести для уточнения диагноза?

3. Тактика лечения этой патологии?

№ 8

В поликлинику обратился больной К., 40 лет. Вчера при падении ударился правой кистью о грунт. При осмотре отмечается умеренный отек правого лучезапястного сустава и ограничение активных движений, болезненность при пальпации в области лучевого края лучезапястного сустава и «анатомической табакерки». Активные движения кистью ограничены из-за боли.

Задание. Вопросы:

1. Что необходимо произвести для уточнения диагноза?

2. Ваш предварительный диагноз?

3. Ваши действия?

№ 9

В приемный покой Центральной районной больницы попутной машиной доставлен пострадавший И., 34 лет. Пациент сообщил, что на охоте случайно полечил ранение средней трети левого бедра из дробового ружья. При осмотре больной бледный, пульс 92 в мин. артериальное давление 100/60 мм рт .ст. На передней поверхности левого бедра в средней и верхней трети множественные точечные раны и отечность тканей. Активные движения в суставах левой нижней конечности ограничены из-за боли. С трудом может приподнять выпрямленную левую ногу. Самостоятельно ходить не может

Задание. Вопросы:

1. Что необходимо произвести для уточнения диагноза?

2. Ваш предварительный диагноз?

3. Ваши действия?

**Лист регистрации изменений**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № изм. | Содержание изменения и его координаты | Номер протокола | Дата | Подпись | Сроки введения изменений |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**2.Согласно ФГОС ВО (2013)- выписка “** В целях приближения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся к задачам их будущей профессиональной деятельности, образовательная организация должна разработать порядок и создать условия для привлечения ….а также экспертизе оценочных средств внешних экспертов – работодателей из числа действующих руководителей и работников профильных организаций (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), а также преподавателей смежных образовательных областей, специалистов по разработке и сертификации оценочных средств”.(**должно быть приложено 2 рецензии: из практического здравоохранения и другого вуза).**

**ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ НА FLASH-НОСИТЕЛЕ В ПРОФИЛЬНЫЙ ДЕКАНАТ.**

**НА КАФЕДРЕ ФОС ХРАНЯТСЯ В ЭЛЕКТРОННОМ И БУМАЖНОМ ВАРИАНТАХ.**