Курс 5 ИКМ им. Н.В. Склифосовского

Дисциплина Травматология и ортопедия

Информационный блок № 2

**Понедельник 23.03.2020 (группы 29-32, 35-36, 61-63)**

**Четверг 26.03.2020 (группы 13-16, 33-34, 70-72, 74, 76, 81)**

**Тема занятия**

Повреждения коленного сустава (тема 11)

Цель занятия:нау­чить сту­ден­тов ос­нов­ным прие­мам ди­аг­но­сти­ки и ока­за­ния по­мо­щи боль­ным с по­вре­ж­де­ния­ми ко­лен­но­го сус­та­ва.

**Основные понятия, которые должен освоить обучающийся**

Клас­си­фи­ка­ция; кли­ни­че­ская и рент­ге­но­ло­ги­че­ская ди­аг­но­сти­ка; воз­мож­ные ос­лож­не­ния; ме­то­ды, осо­бен­но­сти и сро­ки ле­че­ния; по­сле­дую­щая реа­би­ли­та­ция при

— уши­бе, ге­мар­тро­зе ко­лен­но­го сус­та­ва;

— трав­ма­ти­че­ском и при­вы­ч­ном вы­ви­хе над­ко­лен­ни­ка;

— пе­ре­ло­мах над­ко­лен­ни­ка;

— по­вре­ж­де­ни­ях кре­сто­об­раз­ных, бо­ко­вых свя­зок ко­лен­но­го сус­та­ва; соб­ст­вен­ной связ­ки над­ко­лен­ни­ка;

— по­вре­ж­де­ни­ях ме­ни­сков;

— меж­мы­щел­ко­во­го воз­вы­ше­ния боль­ше­бер­цо­вой кос­ти;

— внут­ри и око­ло­сус­тав­ных пе­ре­ло­мах мы­щел­ков бед­ра, боль­ше­бер­цо­вой кос­ти;

— вы­ви­хах го­ле­ни.

Использование кор­ри­ги­рую­щих по­вя­зок, ортезов при по­вре­ж­де­ни­ях свя­зок ко­лен­но­го сус­та­ва, пе­ре­ло­мах мы­щел­ков боль­ше­бер­цо­вой кос­ти. Показания к пунк­ции ко­лен­но­го сус­та­ва, оцен­ка ха­рак­те­ра пунк­та­та.

Артроскопическая диагностика и лечение повреждений и заболеваний коленного сустава. Шар­нир­ные ком­прес­си­он­но-ди­ст­рак­ци­он­ные ап­па­ра­ты. Причины возможного развития посттравматического остеоартоза коленного сустава (остеоартрозам будет посвящено отдельное занятие)

**Литература для подготовки**

Учебник «Травматология и ортопедия» под ред. Г.М.Кавалерского, А.В.Гаркави – М., Академия, 2013 – глава 30 (стр. 317-343)

**Контрольные вопросы**

(ответы на вопросы тестового контроля – в учебнике)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Укажите компоненты разгибательного аппарата коленного сустава** |
| A | Четырехглавая мышца бедра |
| B | Сухожильное растяжение четырехглавой мышцы бедра |
| C | Двуглавая мышца бедра |
| D | Надколенник |
| E | Связка надколенника |
|  |  | **В числе прочих компонентов стабильность коленному суставу придают:** |
| A | Сухожилие четырехглавой мышцы бедра |
| B | Связка надколенника |
| C | Синовиальная капсула |
| D | Суставной хрящ |
| E | Мениски |
|  |  | **При травмах коленного сустава чаще всего повреждается:** |
| A | Наружный мениск |
| B | Внутренний мениск |
| C | Передняя крестообразная связка |
| D | Малоберцовая коллатеральная связка |
| E | Большеберцовая коллатеральная связка |
|  |  | **Киста Беккера – это:** |
| A | Разрежение костной ткани (кистозная дегенерация) в области мыщелков бедренной и большеберцовой костей на фоне остеоартроза |
| B | Дегенеративные изменения менисков с формированием в их теле полостей, заполненных синовиальной жидкостью |
| C | Растяжение слизистой сухожильной сумки в подколенной области |
| D | Стабильное выбухание верхнего заворота коленного сустава на фоне хронического синовита |
| E | Очаг костной деструкции на фоне системного остеопороза |
|  |  | **«Суставная мышь» может образоваться в коленном суставе вследствие:** |
| A | Повреждения мениска |
| B | Повреждения коллатеральных связок с отрывным переломом |
| C | Некупированного гемартроза |
| D | Болезни Кенига |
| E | Хондроматоза |
|  |  | **В лечении внутрисуставных переломов мыщелков бедренной или большеберцовой костей после стабильного остеосинтеза задачей послеоперационного периода является:** |
| A | Исключение движений и опорной нагрузки на длительный срок (гипсовая повязка и костыли до 1,5-2 месяцев) |
| B | При полом обездвиживании коленного сустава обеспечение ранних активных движений в смежных суставах (тазобедренном и голеностопном) для профилактики мышечной гипотрофии |
| C | Обеспечение ранних движений в коленном суставе без опорной нагрузки |
| D | Обеспечение ранних движений в коленном суставе и ранней (в течение первой недели) опорной нагрузки в шарнирном ортезе |
| E | Исключение движений в коленном суставе (гипсовая повязка или жесткий ортез) в сочетании с ранней опорной нагрузкой |
|  |  | **При внутрисуставных переломах области коленного сустава со смещением артроскопия позволяет:** |
| A | Выявить и при необходимости устранить сопутствующие внутрисуставные повреждения |
| B | Снизить опасность инфекционных осложнений за счет интраоперационного активного промывания сустава |
| C | Визуально контролировать точность репозиции без выполнения артротомии |
| D | Уменьшить травматичность выполняемой репозиции и остеосинтеза |
| E | Повысить прочность выполняемой фиксации костных отломков |
|  |  | **В случае внутрисуставного перелома области коленного сустава со смещением при отсутствии оптимальных фиксаторов для остеосинтеза следует:** |
| A | Все равно выполнить репозицию и остеосинтез в экстренном порядке с использованием имеющихся фиксаторов, так как восстановление суставных поверхностей – неотложная задача |
| B | Отложить операцию, выполнив временную фиксацию с помощью скелетного вытяжения |
| C | Отложить операцию, выполнив временную фиксацию с помощью гипсовой повязки |
| D | Отложить операцию, выполнив временную фиксацию с помощью транспортной шины |
| E | Избрать консервативную тактику с наложением скелетного вытяжения, а через 1-1,5 мес – ношения гипсовой повязки или ортеза |
|  |  | **Невозможность активного сгибания в коленном суставе возникает при поражении:** |
| A | Бедренного нерва |
| B | Срединного нерва |
| C | Малоберцового нерва |
| D | Большеберцового нерва |
| E | Седалищного нерва |
|  |  | **Невозможность активного разгибания в коленном суставе возникает при поражении:** |
| A | Бедренного нерва |
| B | Срединного нерва |
| C | Малоберцового нерва |
| D | Большеберцового нерва |
| E | Седалищного нерва |
|  |  | **Для внутрисуставного перелома наружного мыщелка большеберцовой кости характерно:** |
| A | Абсолютное укорочение конечности |
| B | Относительное укорочение конечности |
| C | Относительное удлинение конечности |
| D | Варусная девиация голени |
| E | Вальгусная девиация голени |
|  |  | **В первые сутки после разрыва связки надколенника оптимальным методом лечения является:** |
| A | Консервативное – наложение гипсовой повязки со стопой в положении разгибания в коленном суставе |
| B | Консервативное – наложение гипсовой повязки со стопой в положении сгибания в коленном суставе до 150°. |
| C | Резекция концов связки со сшиванием «конец в конец» и наложением гипсовой повязки |
| D | Перкутанный шов с наложением гипсовой повязки |
| E | Ауто- или гетеропластика поврежденной связки |
|  |  | **Внешняя иммобилизация при разрыве связки надколенника предусматривает:** |
| A | Сгибание в коленном суставе до 150°. и положение стопы 90°. |
| B | Полное разгибание в коленном суставе и эквинусное положение стопы |
| C | Полное разгибание в коленном суставе и положение стопы 90°. |
| D | Полное разгибание в коленном суставе и отсутствие фиксации голеностопного сустава |
| E | Сгибание в коленном суставе до 150°. и отсутствие фиксации голеностопного сустава |
|  |  | **Латеропозиция надколенника – это:** |
| A | Травматический вывих надколенника в латеральную сторону |
| B | Симптом, говорящий о повреждении латеральной боковой связки коленного сустава |
| C | Аномалия, связанная с дисплазией коленного сустава |
| D | Способ укладки при рентгенографии коленного сустава на фоне стрессовой боковой нагрузки |
| E | Положение надколенника при полном разрыве связки надколенника |
|  |  | **При переломе надколенника со смещением более 5 мм оптимальной тактикой является:** |
| A | Закрытая репозиция с наложением гипсовой фиксирующей повязки на 1-1,5 месяца |
| B | Операция остеосинтеза в первые сутки |
| C | Операция остеосинтеза после стихания острых посттравматических явлений (7-10 сутки) |
| D | Резекция проксимального фрагмента с пластикой разгибательного аппарата коленного сустава |
| E | Функциональное лечение – ранние движения и нагрузка по стихании болевого синдрома |
|  |  | **При поперечном переломе надколенника со смещением оптимальным вариантом операции является:** |
| A | Остеосинтез спонгиозными винтами |
| B | Остеосинтез лавсановым кисетным швом |
| C | Остеосинтез стягивающей проволочной петлей |
| D | Остеосинтез с помощью наложения аппарата внешней фиксации |
| E | Резекция проксимального фрагмента с пластикой разгибательного аппарата коленного сустава |
|  |  | **При переломе надколенника в случае целости боковых поддерживающих связок величина диастаза между костными отломками надколенника не может превышать:** |
| A | 2 мм |
| B | 4 мм |
| C | 6 мм |
| D | 8 мм |
| E | 10 мм |
|  |  | **При полном разрыве большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава оптимальной тактикой является:** |
| A | Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной варусной девиации |
| B | Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной вальгусной девиации |
| C | Перкутанный шов связки в первые трое суток с момента травмы |
| D | Перкутанный шов связки после стихания острых явлений (не раньше, чем через 1 неделю) |
| E | «Открытая» пластика связки с обнажением зоны повреждения |
|  |  | **При частичном разрыве большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава оптимальной тактикой является:** |
| A | Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной варусной девиации |
| B | Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной вальгусной девиации |
| C | Перкутанный шов связки в первые трое суток с момента травмы |
| D | Перкутанный шов связки после стихания острых явлений (не раньше, чем через 1 неделю) |
| E | «Открытая» пластика связки с обнажением зоны повреждения |
|  |  | **При полном разрыве малоберцовой коллатеральной связки коленного сустава оптимальной тактикой является:** |
| A | Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной варусной девиации |
| B | Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной вальгусной девиации |
| C | Перкутанный шов связки в первые трое суток с момента травмы |
| D | Перкутанный шов связки после стихания острых явлений (не раньше, чем через 1 неделю) |
| E | «Открытая» пластика связки с обнажением зоны повреждения |
|  |  | **В случае консервативного лечения разрыва большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава средний срок иммобилизации составит:** |
| A | 1 неделю |
| B | 3 недели |
| C | 1 месяц |
| D | 6 недель |
| E | 2,5 месяца |
|  |  | **При повреждении передней крестообразной связки коленного сустава восстановления качества жизни можно добиться, применив следующую тактику:** |
| A | Ходьба без внешней фиксации с первого дня с укреплением мышц конечности |
| B | Внешняя иммобилизация в остром периоде с последующим укреплением мышц конечности |
| C | Санационная артроскопия с последующим укреплением мышц конечности |
| D | Артроскопическое протезирование связки с последующим укреплением мышц конечности |
| E | Постоянное ношение шарнирного ортеза |
|  |  | **О повреждении малоберцовой коллатеральной связки коленного сустава может говорить:** |
| A | Симптом переднего выдвижного ящика; |
| B | Симптом Байкова |
| C | Тест Лахмана |
| D | Абдукционный тест (вальгусная девиация голени) |
| E | Аддукционный тест (варусная девиация голени) |
|  |  | **При повреждении передней крестообразной связки коленного сустава определяется положительный:** |
| A | Симптом переднего выдвижного ящика; |
| B | Симптом Байкова |
| C | Тест Лахмана |
| D | Абдукционный тест (вальгусная девиация голени) |
| E | Аддукционный тест (варусная девиация голени) |
|  |  | **О повреждении большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава может говорить:** |
| A | Симптом переднего выдвижного ящика; |
| B | Симптом Байкова |
| C | Тест Лахмана |
| D | Абдукционный тест (вальгусная девиация голени) |
| E | Аддукционный тест (варусная девиация голени) |
|  |  | **Диагноз повреждения коллатеральных связок коленного сустава поможет уточнить:** |
| A | Сравнительная рентгенограмма коленных суставов с вальгусной нагрузкой |
| B | Сравнительная рентгенограмма коленных суставов с варусной нагрузкой |
| C | Ультразвуковое исследование (УЗИ) |
| D | Магнитно-резонансная томография (МРТ) |
| E | Артроскопия |

**Вопросы:**

1. Повреждения капсульно-связочного аппарата коленного сустава – клиническая и инструментальная диагностика, принципы лечения.
2. Гемартроз коленного сустава – причины, клинические признаки, дифференциальная диагностика гидрартроза, лечебная тактика.
3. Повреждения менисков коленного сустава – клинические признаки (симптомы), лечебная тактика.
4. «Блок» коленного сустава – возможные причины и лечебная тактика.
5. Перелом надколенника; повреждение связки надколенника – диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика. Показания к оперативному лечению
6. Внутрисуставные переломы мыщелков бедренной и большеберцовой костей. Классификация, особенности диагностики, принципы лечения.

**Задачи**

Пациентка 45 лет выпрыгнула из окна 2-го этажа, приземлившись на выпрямленные ноги. Жалуется на боли в области левого коленного сустава, больше с наружной стороны. Контуры левого коленного сустава сглажены из-за отека. Пальпаторно определяется резкая болезненность в области наружного мыщелка бедра ивыпот в коленном суставе. Движения в коленном суставе возможны, но ограничены из-за боли.

Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите мероприятия по оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.

Пациент 28 лет получил травму коленного сустава около 4 месяцев назад – подвернул ногу во время игры в футбол, почувствовал резкую боль. Сразу после травмы сустав значительно опух. В тот же день обратился в травматологический пункт, где при рентгенографии не выявлено костных повреждений. Выполнена пункция сустава, эвакуировано содержимое красного цвета, после чего рекомендовано ношение ортеза в течение 3 недель и прием противовоспалительных препаратов. В настоящее время беспокоит неустойчивость и постоянные умеренные боли в правом коленном суставе, сустав периодически немного опухает, потом эта припухлость спадает на фоне приема противовоспалительных препаратов. Может внезапно наступить резкая боль, иногда отмечает при движениях болезненные щелчки в суставе. Ходит в эластичном бинте.

Сформулируйте предварительный диагноз, определите план физикального и инструментального обследования, укажите возможные варианты дальнейшего лечения.

На соревнованиях по борьбе у мужчины 30 лет произошло резкое «переразгибание» в коленном суставе. В результате в коленном суставе что-то хрустнуло и появились сильные боли, значительная припухлость. По­страдавший за помощью не обращался, бинтовал коленный сустав эластичным бинтом. Через 5 дней обратился в травматологический пункт, где ему выполнена рентгенография, перелом не выявлен и рекомендовано ношение ортеза в течение 3 недель. Через 1 месяц беспокоит умеренная боль, неустойчивость в левом коленном суставе при ходьбе, постоянная припухлость в области верхнего заворота коленного сустава. При осмотре – положительный симптом Лахмана.

Сформулируйте предположительный диагноз, назначьте дополнительное обследование и определите возможную лечебную тактику. Были ли допущены ошибки в течение первого месяца с момента травмы?

Женщина 44 лет, попала в автоаварию – на пассажирском сидении получила удар по передней поверхности правого коленного сустава. Выраженная боль, деформация коленного сустава, невозможность разгибания голени. По передней поверхности сустава определяется диастаз, пальпируются края костных отломков.

Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.

**Среда 25.03.2020 (группы 29-32, 35-36, 61-63)**

**Вторник 31.03.2020 (группы 13-16, 33-34, 70-72, 74, 76, 81)**

**Тема занятия**

* Ранения и закрытые повреждения мягких тканей (мышц, сухожилий, периферических нервов) – тема 12
* Повреждения стопы и кисти (тема 13)

**По теме № 12.**

**Основные понятия, которые должен освоить обучающийся**

Классификация ран, особенности огнестрельных, размозженных ран. Особенности огнестрельных, размозженных ран. Виды, техника выполнения хирургической обработки ран. Виды швов, показания и сроки их наложения. Способы механической, физической, химической обработки ран. Способы дренирования ран. Особенности обработки ран лица, кисти, стопы. Тактика при наличии обширных ран, значительных дефектов мягких тканей.

Механизмы и диагностика, принципы лечения закрытых повреждений мышц – полных и частичных. Мышечные грыжи. Повреждения мышц:

- бедра (четырехглавой, двуглавой, приводящих),

- икроножной мышцы,

- двуглавой мышцы плеча.

Механизмы, диагностика, классификация, принципы лечения повреждений сухожилий. Виды сухожильных швов, чрескожные швы. Особенности реабилитации. Повреждения:

- сухожилий области коленного сустава,

- ахиллова сухожилия

- ротаторной манжеты плеча

- сухожилий двуглавой мышцы плеча

- сухожилий пальцев кисти

Механизмы и диагностика, принципы консервативного и оперативного лечения повреждений периферических нервов. Характер формирующихся ортопедических деформаций при повреждениях нервов. Туннельные невропатии. Шов нерва. Повреждения нервов:

- лучевого, локтевого срединного

- бедренного, седалищного, большеберцового, малоберцового

- плечевого сплетения.

**По теме № 13.**

**Основные понятия, которые должен освоить обучающийся**

Клас­си­фи­ка­ция; кли­ни­че­ская и рент­ге­но­ло­ги­че­ская ди­аг­но­сти­ка; воз­мож­ные ос­лож­не­ния; ме­то­ды, осо­бен­но­сти и сро­ки ле­че­ния; по­сле­дую­щая реа­би­ли­та­ция при:

- пе­ре­ло­мах и вы­ви­хах кос­тей за­пя­стья,

- пе­ри­лу­нар­ных вы­ви­хах кис­ти;

— пе­ре­ло­мах пя­ст­ных кос­тей;

— пе­ре­ло­мах и вы­ви­хах фа­ланг паль­цев кис­ти;

— трав­ма­ти­че­ских по­вре­ж­де­ни­ях су­хо­жи­лий и нер­вов пред­пле­чья и кис­ти.

Этио­ло­гия, па­то­ге­нез, ди­аг­но­сти­ка, ле­че­ние кон­трак­ту­ры Дю­пю­ит­ре­на. Гиг­ро­мы кис­ти, их ди­аг­но­сти­ка и ле­че­ние. Со­вре­мен­ные воз­мож­но­сти ре­план­та­ции, ре­кон­ст­рук­тив­ной хи­рур­гии кис­ти. Ти­пич­ные ошиб­ки ди­аг­но­сти­ки и ле­чеб­ной так­ти­ки при по­вре­ж­де­ни­ях кис­ти (ко­ст­ных струк­тур, су­хо­жи­лий, нер­вов).

Клас­си­фи­ка­ция; кли­ни­че­ская и рент­ге­но­ло­ги­че­ская ди­аг­но­сти­ка; воз­мож­ные ос­лож­не­ния; ме­то­ды, осо­бен­но­сти и сро­ки ле­че­ния; по­сле­дую­щая реа­би­ли­та­ция при

— пе­ре­ло­мах кос­тей сто­пы (та­ран­ной, пя­точ­ной, плюс­не­вых кос­тей);

под­та­ран­ном вы­вихе сто­пы;

вы­ви­хах фа­ланг паль­цев;

— по­вре­ж­де­ни­ях мяг­ких тка­ней ­сто­пы (ахил­ло­ва су­хо­жи­лия, су­хо­жи­лий раз­ги­ба­те­лей, боль­ше­бер­цо­во­го и ма­ло­бер­цо­во­го нер­вов).

Основные виды гипсовых повязок при пе­ре­ло­мах кос­тей сто­пы: са­по­жок, по­вяз­ки со стре­ме­нем или каб­лу­ком при­ пе­ре­ло­мах пя­точ­ной кос­ти.

**Литература для подготовки по темам 12 и 13**

Учебник «Травматология и ортопедия» под ред. Г.М.Кавалерского, А.В.Гаркави – М., Академия, 2013 – глава 8.1 (стр. 95-99), глава 9 (стр.103-113), глава19 (стр.181-183), глава 11 (стр.184-196), глава 28 (стр.291-299), глава 33 (стр.367-372)

**Контрольные вопросы по темам 12 и 13**

**Тестовый контроль**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | При полном подкожном разрыве ахиллова сухожилия пациент на стороне повреждения не может: |
| A | Наступить на ногу |
| B | Согнуть голень из положения лежа на животе |
| C | Разогнуть голень из положения сидя |
| D | Стоять, поднявшись на носок |
| E | Пройтись на пятках |
|  |  | В первые сутки после полного разрыва ахиллова сухожилия оптимальным методом лечения является: |
| A | Консервативное – наложение гипсовой повязки в положении сгибания в коленном и голеностопном суставах |
| B | Консервативное – наложение гипсовой повязки в положении разгибания в коленном суставе и сгибания в голеностопном суставе |
| C | Операция – резекция концов связки со сшиванием «конец в конец» |
| D | Операция – перкутанный шов |
| E | Операция – ахиллопластика по Чернавскому |
|  |  | Внешняя иммобилизация при разрыве ахиллова сухожилия предусматривает: |
| A | Сгибание в коленном и голеностопном суставах |
| B | Разгибание в коленном и голеностопном суставах |
| C | Сгибание в коленном суставе и разгибание в голеностопном суставе |
| D | Разгибание в коленном суставе и сгибание в голеностопном суставе |
| E | Фиксацию стопы в положении эквинуса и отсутствие фиксации коленного сустава |
|  |  | При переломе шейки таранной кости возможны осложнения: |
| A | Остеоартроз смежных суставов |
| B | Асептический некроз костных фрагментов |
| C | Плоскостопие |
| D | Подвывих стопы кнаружи |
| E | Формирование ложного сустава |
|  |  | Переломам пяточных костей чаще всего сопутствует: |
| A | Перелом лодыжек |
| B | Перелом костей голени |
| C | Перелом шейки бедренной кости |
| D | Перелом вертлужной впадины |
| E | Перелом поясничных позвонков |
|  |  | Последствием перелома пяточной кости со смещением может являться: |
| A | Подвывих стопы кнаружи |
| B | Нарушение оси конечности |
| C | Остеоартроз смежных суставов |
| D | Асептический некроз костных фрагментов |
| E | Плоскостопие |
|  |  | Невозможность активного разгибания стопы возникает при поражении: |
| A | Бедренного нерва |
| B | Срединного нерва |
| C | Малоберцового нерва |
| D | Большеберцового нерва |
| E | Седалищного нерва |
|  |  | Отметьте зоны огнестрельной раны. |
| A | Первичного раневого канала |
| B | Первичного некроза |
| C | Первичных грануляций |
| D | Бактериального загрязнения |
| E | Молекулярного сотрясения |
|  |  | Для наложения защитной повязки на рану кроме перевязочных средств из аптечки первой помощи можно использовать: |
| A | Бинт, у которого ранее была вскрыта упаковка, и он больше не является стерильным |
| B | Вату |
| C | Чистый носовой платок |
| D | Одежду или ее части |
| E | Полиэтиленовую пленку или клеенку |
|  |  | Если в ране находится инородное тело, необходимо перед наложением защитной повязки на рану: |
| A | Попытаться обязательно удалить инородное тело из раны |
| B | Удалить инородное тело из раны только, если это легко можно сделать; если нет – не делать таких попыток |
| C | Не удаляя инородное тело, тщательно обработать его йодом или спиртом |
| D | Отдельно зафиксировать инородное тело, не извлекая его из раны |
| E | Наложить защитную повязку на рану, не обращая на инородное тело внимания |
|  |  | Укажите вид (виды) хирургической обработки раны мягких тканей |
| A | Первичная |
| B | Вторичная |
| C | Повторная |
| D | Завершенная |
| E | Незавершенная |
|  |  | В ходе первичной хирургической обработки раны при огнестрельном переломе укрыть кость мягкими тканями: |
| A | Следует во всех случаях |
| B | Следует только при отсутствии выраженного дефекта мягких тканей |
| C | Следует только при условии обеспечения полноценного дренирования зоны перелома |
| D | Следует только после выполнения репозиции и остеосинтеза |
| E | При огнестрельной ране кость укрывать нельзя |
|  |  | При наличии у пострадавшего слепой осколочной глубокой раны с узким входным отверстием первичную хирургическую обработку следует начинать с: |
| A | Зондирования для определения глубины и направления раневого канала; |
| B | Рассечения раны |
| C | Иссечения ее размозженных краев |
| D | Удаления инородных тел |
| E | Вакуумирования раны |
|  |  | В ходе первичной хирургической обработки ран лица выполняют: |
| A | Промывание растворами антисептиков |
| B | Рассечение раны |
| C | Иссечение дна и стенок в пределах здоровых тканей |
| D | Наложение первичных глухих швов |
| E | Наложение первично отсроченных или вторичных швов |
|  |  | Суставом Лисфранка называют: |
| A | Таранно-пяточный |
| B | Таранно-предплюсневый |
| C | Плюснево-предплюсневый |
| D | Плюснево-фаланговые |
| E | Межфаланговые |
|  |  | **Суставом Шопара называют:** |
| A | Таранно-пяточный |
| B | Таранно-предплюсневый |
| C | Плюснево-предплюсневый |
| D | Плюснево-фаланговые |
| E | Межфаланговые |
|  |  | **Задний отдел стопы формируют кости:** |
| A | Пяточная и ладьевидная |
| B | Пяточная и таранная |
| C | Таранная и ладьевидная |
| D | Пяточная, таранная и ладьевидная |
| E | Пяточная, таранная, ладьевидная и кубовидная |
|  |  | **Невозможность активного сгибания стопы и пальцев возникает при поражении:** |
| A | Бедренного нерва |
| B | Срединного нерва |
| C | Малоберцового нерва |
| D | Большеберцового нерва |
| E | Седалищного нерва |
|  |  | **Какая деформация стопы возникает после травмы и паралича малоберцового нерва?** |
| A | Плоская стопа; |
| B | Конская стопа; |
| C | Пяточная стопа; |
| D | Косолапость; |
| E | Никакая из названных. |
|  |  | **Какой нерв поражается при синдроме тарзального канала?** |
| A | Срединный |
| B | Локтевой |
| C | Наружный кожный нерв бедра |
| D | Седалищный |
| E | Большеберцовый |
|  |  | **Плантографией называют:** |
| A | Компьютерную томографию стопы с шагом сечения 0,5 см |
| B | Рентгенограммы стопы в стандартных проекциях (прямой и боковой) |
| C | Рентгенограммы стопы в положении стоя с нагрузкой |
| D | Отпечатки следа стопы |
| E | Боковые фотографии обеих стоп в положении стоя |
|  |  | **Полученный при оценке плантографии по методу Е.В.Смирнова коэффициент в диапазоне 1,21-1,30 говорит о:** |
| A | Нормальной стопе |
| B | Пониженном своде стопы |
| C | Плоскостопии I степени |
| D | Плоскостопии II степени |
| E | Плоскостопии III степени |
|  |  | **Подометрический индекс (по М.О.Фридлянду) - это отношение (в процентах)** |
| A | Ширины стопы к ее высоте; |
| B | Длины стопы к ее ширине; |
| C | Ширины стопы к ее длине; |
| D | Высоты стопы к ее длине; |
| E | Высоты стопы к ее ширине. |
|  |  | **К группе риска в отношении вероятного развития плоскостопия относятся люди, у которых утренний подометрический индекс ниже:** |
| A | 35 |
| B | 32 |
| C | 29 |
| D | 25 |
| E | 20 |
|  |  | **В каких областях может локализоваться боль при статическом плоскостопии?** |
| A | В области тазобедренного сустава |
| B | В области коленного сустава |
| C | В центре свода стопы; |
| D | В области поясницы; |
| E | На тыле стопы. |
|  |  | **При вальгусной деформации 1 пальца стопы типичной формой сопутствующей деформации стопы является:** |
| A | Пяточная стопа; |
| B | Полая стопа; |
| C | Эквино-варусная стопа; |
| D | Поперечно-распластанная стопа; |
| E | Вальгусная стопа. |
|  |  | **При ходьбе взаимодействие стопы с опорой происходит в направлениях:** |
| A | Вертикальном |
| B | Продольном |
| C | Поперечном |
|  |  | **В норме при ходьбе максимальное давление приходится на:** |
| A | Кости предплюсны |
| B | Головку I плюсневой кости |
| C | Головки II-III плюсневых костей |
| D | IV-V плюсневые кости |
| E | Основные фаланги I-II пальцев стопы |
|  |  | **Различают своды стопы:** |
| A | Продольный |
| B | Вертикальный |
| C | Поперечный |
| D | Горизонтальный |
| E | Функциональный |
|  |  | **Пяточной шпорой называют** |
| A | Гипертрофию мягких тканей на фоне хронического ахиллобурсита |
| B | Соединительнотканный рубец в области нагружаемой поверхности пяточной кости |
| C | Костный экзостоз в зоне прикрепления пяточного сухожилия |
| D | Остеофит в области таранно-пяточного сустава |
| E | Типичную посттравматическую деформацию пяточной кости после перелома типа «утиный клюв» |
|  |  | **О переломе ладьевидной кости кисти могут говорить симптомы:** |
| A | Штыкообразная деформация в области лучезапястного сустава |
| B | Болезненная осевая нагрузка по оси I и II пальцев |
| C | Болезненная осевая нагрузка по оси IV и V пальцев |
| D | Невозможность полного сжатия пальцев в кулак |
| E | Болезненность при нажатии в области «анатомической табакерки» |
|  |  | **Развитие асептического некроза фрагментов поврежденной кости наиболее вероятно при переломе со смещением:** |
| A | Полулунной кости |
| B | Переломо-вывихе основания I пястной кости (Беннета) |
| C | Ладьевидной кости кисти |
| D | Дистального метаэпифиза лучевой кости |
| E | Шиловидного отростка локтевой кости |
|  |  | **В лечении перелома ладьевидной кости кисти со смещением не применяют метод:** |
| A | А. Закрытой репозиции с наложением гипсовой повязки до 10-12 недель |
| B | В. Оперативного лечения (остеосинтез) |
| C | С. Эндопротезирования |
| D | Д. Функционального лечения (ранние движения без иммобилизации) |
| E | Е. Применяют все указанные методы лечения |
|  |  | **При поражении лучевого нерва отмечается положение кисти:** |
| A | «Висящая» кисть |
| B | Писчий спазм |
| C | «Обезьянья лапа» |
| D | «Когтистая лапа» |
| E | «Медвежья лапа» |
|  |  | **При поражении локтевого нерва отмечается положение кисти:** |
| A | «Висящая» кисть |
| B | Писчий спазм |
| C | «Обезьянья лапа» |
| D | «Когтистая лапа» |
| E | «Медвежья лапа» |
|  |  | **При поражении срединного нерва отмечается положение кисти:** |
| A | «Висящая» кисть |
| B | Писчий спазм |
| C | «Обезьянья лапа» |
| D | «Когтистая лапа» |
| E | «Медвежья лапа» |
|  |  | **В случае поражения локтевого нерва при сжатии кисти в кулак не сгибаются:** |
| A | Только I палец |
| B | I и II пальцы |
| C | I,II и III пальцы |
| D | III, IV и V пальцы |
| E | IV и V пальцы |
|  |  | **В случае поражения срединного нерва при сжатии кисти в кулак не сгибаются:** |
| A | Только I палец |
| B | I и II пальцы |
| C | I,II и III пальцы |
| D | III, IV и V пальцы |
| E | IV и V пальцы |
|  |  | **При синдроме запястного канала поражается нерв:** |
| A | Локтевой |
| B | Срединный |
| C | Лучевой |
| D | Плечевой |
| E | Плечевое сплетение |
|  |  | **При синдроме ложа Гийона поражается нерв:** |
| A | Локтевой |
| B | Срединный |
| C | Лучевой |
| D | Седалищный |
| E | Малоберцовый |
|  |  | **При повреждении сухожилия глубокого сгибателя пальца кисти отсутствует активное сгибание:** |
| A | Только основной фаланги |
| B | Только средней фаланги |
| C | Только концевой фаланги |
| D | Только средней и концевой фаланг |
| E | Основной, средней и концевой фаланг |
|  |  | **При повреждении сухожилий глубокого и поверхностного сгибателей пальца кисти отсутствует активное сгибание:** |
| A | Только основной фаланги |
| B | Только средней фаланги |
| C | Только концевой фаланги |
| D | Только средней и концевой фаланг |
| E | Основной, средней и концевой фаланг |

**Вопросы**

1. Классификация ран. Особенности морфологии огнестрельной раны и клинического течения раневого процесса при боевых ранениях
2. Виды хирургической обработки ран – показания, общие принципы.
3. Алгоритм выполнения первичной хирургической обработки ран. Особенности первичной хирургической обработки огнестрельной раны.
4. Правила выполнения первичной хирургической обработки ран и исключения из них. Показания к дренированию и виды дренажей.
5. Повторная и вторичная хирургическая обработка ран.
6. Виды швов, накладываемых после хирургической обработки раны. Показания к их наложению и примерные сроки.
7. Местные и общие осложнения раневого процесса. Клинические проявления инфекционных раневых осложнений. Особенности проявлений анаэробной инфекции.
8. Местные и общие осложнения раневого процесса. Клинические проявления инфекционных раневых осложнений. Особенности проявлений и профилактика столбняка.
9. Повреждения периферических нервов и туннельные невропатии – ранняя диагностика, принципы лечения.
10. Повреждения мышц конечностей – типичные локализации, их диагностика, оказание экстренной помощи и принципы лечения.
11. Повреждения разгибательного аппарата коленного сустава – локализации, диагностика, оказание экстренной помощи и принципы лечения.
12. Повреждения ахиллова сухожилия – варианты повреждений, диагностика, принципы лечения.
13. Повреждения сухожилий двуглавой мышцы плеча – локализации, диагностика, принципы лечения.
14. Повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти –диагностика, принципы лечения.

**Задачи**

Мужчина 46 лет, в драке получил удар палкой спереди в область правого коленного сустава. К врачу не обращался. Ходил с наколенником, опираясь на правую ногу, однако отмечал неустойчивость, особенно при спускании с лестницы. Со слов пациента, в месте удара был «большой синяк». За медицинской помощью обратился через 1,5 месяца. При осмотре – умеренная припухлость в области коленного сустава, подкожной гематомы нет. В области нижнего полюса надколенника – умеренная пальпаторная болезненность. Надколенник легко смещается в стороны и вверх. *Укажите, какие повреждения можно предположить в данном случае? Какие симптомы необходимо проверить для установки предположительного диагноза? Какие дополнительные исследования нужно провести? На основании поставленного диагноза определите лечебную тактику.*

Мужчина 42 лет, на даче перепрыгивал через ручей и почувствовал резкую боль и хруст в области задней поверхности левой голени в нижней трети, после чего ходьба стала болезненной. Обратился к врачу местной больницы, который при рентгенографии не выявил костных повреждений и рекомендовал эластичное бинтование области голеностопного сустава. Через 6 дней сохранялись боли и хромота, в связи с чем вновь обратился за медицинской помощью. При осмотре – припухлость по задней поверхности левой голени над пяточным бугром, пальпаторная болезненность. *Укажите, какое повреждение наиболее вероятно в данном случае? Какие симптомы необходимо проверить для установки предположительного диагноза? Какие дополнительные исследования нужно провести? На основании поставленного диагноза определите лечебную тактику.*

Мужчина 40 лет, на стройке резко поднял тяжелый мешок с цементом, почувствовал резкую боль в области верхней трети правого плеча. При сгибании в локтевом суставе отмечается болезненность; в области средней трети плеча – припухлость. *Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечения в стационаре.*

Рабочий 33 лет упал с высоты 3 метров на стройке, приземлившись на обе ноги. Резкая боль в области обеих пяточных костей, не может стоять и ходить. Отек и гематома в области обеих пяточных костей, выраженная локальная болезненность.

Какие повреждения возможны при таком механизме травмы? Укажите симптомы, которые следует проверить для уточнения предварительного диагноза. Определите действия при оказании медицинской помощи в догоспитальном периоде. В каком положении следует транспортировать пострадавшего и почему? Определите характер обследования в приемном отделении стационара и лечебную тактику.

Мужчина, 37 лет. В состоянии алкогольного опьянения спрыгнул на ноги с высоты 10 метров. В сознании. Жалоб не предъявляет. При осмотре: отсутствуют движения и чувствительность в стопах, отеки пяточных областей. АД – 120/80 мм рт. ст, пульс 80 в минуту.

Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также план обследования и лечения в приемном отделении стационара.

**Пятница 27.03.2020 (группы 29-32, 35-36, 61-63)**

**Четверг 2.04.2020 (группы 13-16, 33-34, 70-72, 74, 76, 81)**

**Тема занятия**

Врожденная ортопедическая патология. Пороки осанки. Сколиоз (тема лекции №3)

**Основные понятия, которые должен освоить обучающийся**

Вро­ж­ден­ный вы­вих бед­ра: па­то­ге­нез, кли­ни­ка, осо­бен­но­сти ди­аг­но­сти­ки в раз­лич­ные пе­рио­ды жиз­ни, про­фи­лак­ти­ка, прин­ци­пы кон­сер­ва­тив­но­го и опе­ра­тив­но­го ле­че­ния. Вро­ж­ден­ная ко­со­ла­пость: клас­си­фи­ка­ция, ди­аг­но­сти­ка, ме­то­ды ле­че­ния. Осо­бен­но­сти ле­че­ния у де­тей пер­вых ме­ся­цев жиз­ни. Вро­ж­ден­ная мы­шеч­ная кри­во­шея. Воронкообразная деформация грудной клетки. Кривошея. Крыловидная лопатка. Болезнь Шпренгеля. Латеропозиция надколенника. Клинические признаки, общие принципы лечения. Во­про­сы про­фи­лак­ти­ки и ран­ней ди­аг­но­сти­ки вро­ж­ден­ных де­фор­ма­ций опор­но-дви­га­тель­ной сис­те­мы.

Ти­пы осан­ки. Де­фек­ты осан­ки. Прин­ци­пы ди­аг­но­сти­ки и ле­че­ния. Этио­ло­гия и па­то­ге­нез ско­лио­ти­че­ской бо­лез­ни. Клас­си­фи­ка­ция ско­лио­зов. Кли­ни­ка раз­лич­ных сте­пе­ней ско­лио­за. Те­че­ние за­бо­ле­ва­ния. Ос­нов­ные прин­ци­пы ран­не­го рас­по­зна­ва­ния ско­лио­за. Про­фи­лак­ти­ка, кон­сер­ва­тив­ные и опе­ра­тив­ные ме­то­ды ле­че­ния. Реа­би­ли­та­ция боль­ных с за­бо­ле­ва­ния­ми по­зво­ноч­ни­ка

**Литература для подготовки**

Учебник «Травматология и ортопедия» под ред. Г.М.Кавалерского, А.В.Гаркави – М., Академия, 2013 – глава 45 (стр. 471-494); глава 52 (стр.538-547).

**Контрольные вопросы**

(ответы на вопросы тестового контроля – в учебнике)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **О врожденном вывихе бедра могут свидетельствовать следующие клинические симптомы:** |
| A | Симптом щелчка |
| B | Абсолютное укорочение бедра. |
| C | Ограничение приведения в тазобедренном суставе |
| D | Наружная ротация нижней конечности; |
| E | Асимметрия ягодичных складок; |
|  |  | **У ребенка старше 1 года (после начала ходьбы) заподозрить врожденный вывих бедра можно на основании следующих признаков:** |
| A | Относительное укорочение конечности |
| B | Абсолютное укорочение конечности |
| C | Симптом Тренделенбурга |
| D | Симптом щелчка |
| E | Симптом ладони |
|  |  | **При выявлении у новорожденного ребенка ограничения отведения в тазобедренном суставе необходимо:** |
| A | Провести консультацию ортопедом |
| B | Провести консультацию неврологом |
| C | Выполнить сцинтиграфию тазобедренного сустава |
| D | Выполнить обзорную рентгенографию таза |
| E | Выполнить магнитно-резонансную томографию тазобедренных суставов |
|  |  | **Причиной врожденного вывиха бедра является:** |
| A | Родовая травма головного мозга с развитием спастического синдрома; |
| B | Травматический вывих бедра при родах; |
| C | Тугое пеленание ребенка с разведенными ногами в первые дни жизни |
| D | Дисплазия тазобедренного сустава; |
| E | Родовая инфекция, приведшая к костно-суставным осложнениям. |
|  |  | **При врожденном предвывихе бедра в первые дни жизни следует предпринять:** |
| A | Электрофорез с кальцием и фосфором на область тазобедренных суставов |
| B | Широкое пеленание в положении отведения бедер |
| C | Тугое пеленание со сведенными ногами |
| D | Лечебную гимнастику – вращательные и отводящие движения в тазобедренных суставах |
| E | В первые дни жизни при такой патологии не предпринимают никаких действий |
|  |  | **При врожденном вывихе бедра в первые 0,5 года жизни ребенка надо фиксировать бедро в положении:** |
| A | Среднефизиологическом; |
| B | Приведения; |
| C | Отведения; |
| D | Разгибания и наружной ротации; |
| E | В таком возрасте фиксация вообще не применяется. |
|  |  | **Для типичной формы врожденной косолапости характерно:** |
| A | Флексия стопы |
| B | Экстензия стопы |
| C | Абдукция стопы |
| D | Супинация стопы |
| E | Торсия костей голени |
|  |  | **Какая походка характерна при косолапости?** |
| A | «Утиная» |
| B | Подпрыгивающая |
| C | Щадящая хромота |
| D | Нещадящая хромота |
| E | Работа «мельничного колеса» |
|  |  | **Укажите метод (методы) лечения врожденной косолапости в первые недели жизни ребенка.** |
| A | Бинтование мягкими бинтами; |
| B | Наложение этапных гипсовых повязок; |
| C | Липкопластырное вытяжение |
| D | Оперативное лечение; |
| E | В первый год жизни ребенка (до начала ходьбы) попытки коррекции не проводятся. |
|  |  | **Причиной врожденной мышечной кривошеи является:** |
| A | Сращение шейных позвонков (болезнь Клиппеля-Фейля) с нарушением тонуса мышц шеи; |
| B | Клиновидные шейные позвонки |
| C | Шейные ребра |
| D | Контрактура мышц при ротационном смещении атланта (болезнь Гризеля); |
| E | Укорочение грудинно-ключично-сосцевидной мышцы; |
|  |  | **Диспластические деформации грудной клетки приводят:** |
| A | К уменьшению массы тела |
| B | Перегрузке правых отделов сердца |
| C | Мышечной кривошее |
| D | Усилению легочного кровотока |
| E | Развитию хронической гипоксии |
|  |  | **При врожденном вывихе бедра в возрасте после 1 года отмечается:** |
| A | Абсолютное укорочение конечности |
| B | Относительное укорочение конечности |
| C | Положительный симптом Тренделенбурга |
| D | Смещение большого вертела ниже линии Розера-Нелатона |
| E | Ограничение отведения бедра |
|  |  | **Артрогрипоз – это:** |
| A | Изолированное поражение крупного сустава верхней или нижней конечности как осложнение перенесенного вирусного заболевания |
| B | Множественные поражения крупных и мелких суставов конечностей как осложнение перенесенного вирусного заболевания |
| C | Поражение межпозвонковых суставов как осложнение перенесенного вирусного заболевания |
| D | Поражение мышечной ткани с развитием миогенных контрактур как осложнение перенесенного вирусного заболевания |
| E | Врожденная патология мышечной и нервной ткани |
|  |  | **Пороки осанки у ребенка могут быть обусловлены:** |
| A | Плохим зрением |
| B | Нарушениями слуха |
| C | Нарушениями носового дыхания |
| D | Контрактурами в суставах конечностей |
| E | Нарушениями психики |
|  |  | **К приобретенному сколиозу относят:** |
| A | Неврогенный |
| B | Диспластический |
| C | Семейный |
| D | Рахитический |
| E | Статический |
|  |  | **Врожденный сколиоз наиболее быстро прогрессирует в возрасте:** |
| A | 1-3 года (с момента начала ходьбы) |
| B | 5-7 лет (высокая физическая активность) |
| C | 7-10 лет (начало занятий в школе) |
| D | 12-15 лет (пубертатный период) |
| E | 17-20 лет (завершение формирования костного скелета) |
|  |  | **В комплексном консервативном лечении сколиоза применяют:** |
| A | Плавание в бассейне |
| B | Лечебная физкультура (упражнения, растягивающие позвоночник) |
| C | Фиксация ортопедическими корсетами |
| D | Массаж |
| E | Электростимуляция мышц |
|  |  | **Сглаженность грудного кифоза, шейного и поясничного лордоза характерны для порока осанки:** |
| A | Сутулая спина |
| B | Плоская спина |
| C | Круглая спина |
| D | Юношеский кифоз |
| E | Асимметричная осанка |
|  |  | **Увеличение грудного кифоза и незначительно выраженный поясничный и шейный лордоз характерны для порока осанки:** |
| A | Сутулая спина |
| B | Плоская спина |
| C | Круглая спина |
| D | Юношеский кифоз |
| E | Асимметричная осанка |
|  |  | **Существенное увеличение грудного кифоза, шейного и поясничного лордоза характерны для порока осанки:** |
| A | Сутулая спина |
| B | Плоская спина |
| C | Круглая спина |
| D | Юношеский кифоз |
| E | Асимметричная осанка |
|  |  | **Изменение оси позвоночника во фронтальной плоскости характерно для порока осанки:** |
| A | Сутулая спина |
| B | Плоская спина |
| C | Круглая спина |
| D | Юношеский кифоз |
| E | Асимметричная осанка |
|  |  | **Ротация тел позвонков (торсия) может отмечаться при:** |
| A | Асимметричной осанке; |
| B | Врожденном сколиозе |
| C | Приобретенном сколиозе; |
| D | Спондилолистезе |
| E | Болезни Бехтерева |
|  |  | **На рентгенограммах о прекращении роста ребенка можно судить по:** |
| A | Появлению поясничного лордоза |
| B | Склерозированию замыкательных пластинок тел позвонков |
| C | Сращению дужек крестцовых позвонков |
| D | Окостенению зоны роста области крыла подвздошной кости |
| E | Зарастанию крестцово-подвздошных суставов |
|  |  | **Индекс стабильности сколиотической деформации позвоночника определяют по рентгенограммам, выполненным в положении:** |
| A | Сидя и лежа на спине |
| B | Сидя и стоя |
| C | Стоя и лежа на спине |
| D | Лежа на спине и на боку |
| E | Лежа на спине и на животе |

**Вопросы:**

1. Врождённый вывих бедра – этиология, патогенез, отдаленные ортопедические последствия, их профилактика.
2. Консервативное лечение при врожденном вывихе бедра.
3. Клиническая и рентгенологическая диагностика врожденного вывиха бедра.
4. Врожденная косолапость – клинико-рентгенологическая диагностика, принципы лечения.
5. Врожденная мышечная кривошея – диагностика и принципы лечения
6. Пороки осанки – причины, классификация, проявления, отличие от сколиотической болезни.
7. Сколиотическая болезнь – патогенез, классификация, диагностика, прогноз. Дифференциальная диагностика с пороками осанки. Принципы консервативного лечения.