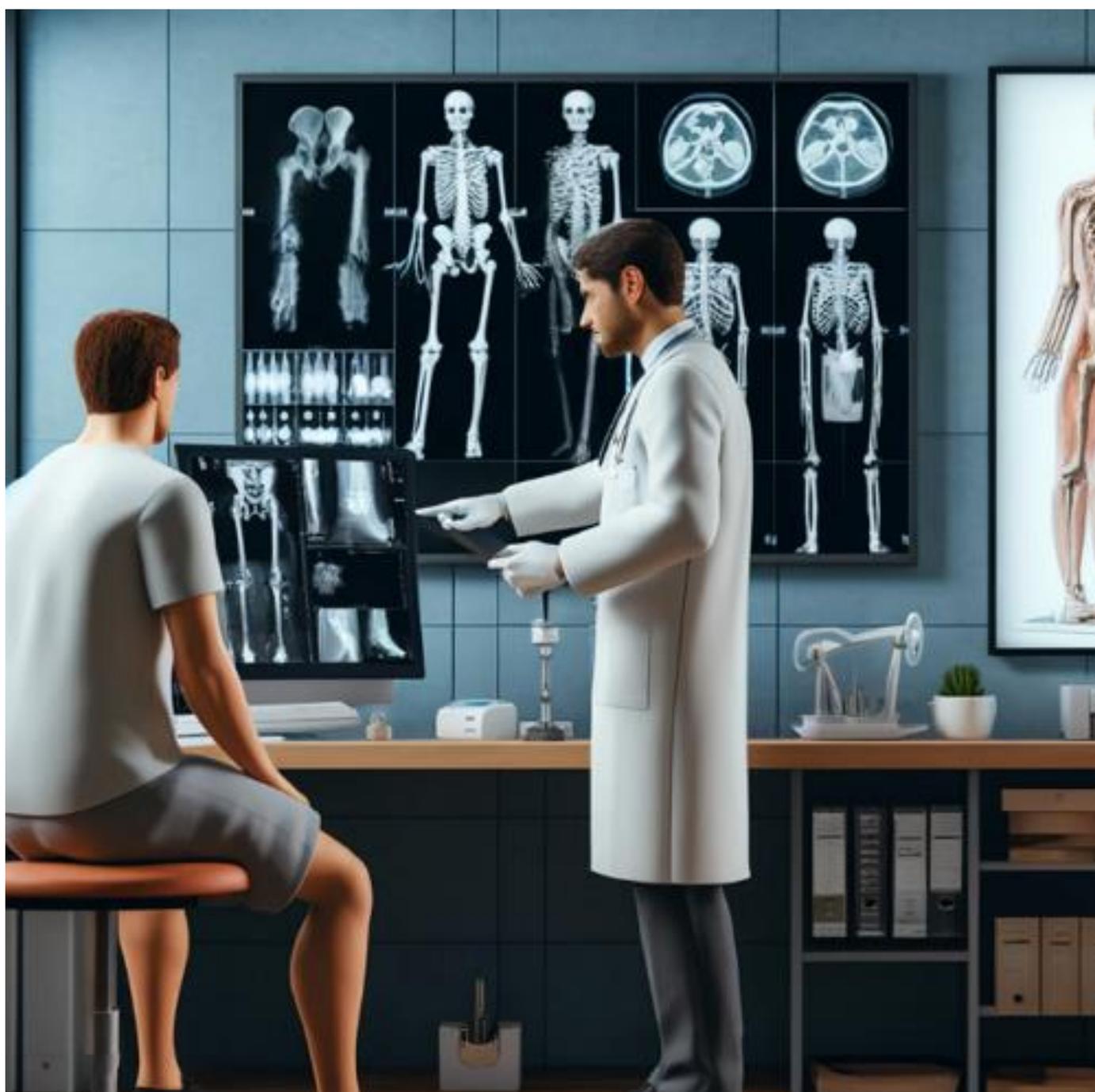


Травматология и ортопедия

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/travmatolog/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек, 24 лет, обратился в приемное отделение городской больницы к врачу травматологу-ортопеду по направлению из травматологического пункта

Жалобы

На боль, рану в области 4 пальца правой кисти.

Анамнез заболевания

Травма 3 ч назад в быту. Кухонным ножом случайно поранил 4 палец правой кисти по ладонной стороне.

Анамнез жизни

Сопутствующих заболеваний нет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 60 ударов в 1 мин., АД 110/60 мм.рт. столба. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус:

В проекции диафиза основной фаланги 4 пальца правой кисти имеется резаная рана размерами 1,0x0,2x0,4 см. Края раны ровные. Из раны выступает дистальный конец сухожилия поверхностного сгибателя 4 пальца. Дно раны - сухожилие глубокого сгибателя 4 пальца. Сосудисто-нервные пучки не повреждены. Движения 4 пальца ограничены из-за боли, но движения есть в пястно-фаланговом, межфаланговых суставах. Кровоснабжение и иннервация не нарушены.

Для постановки диагноза необходимо в условиях приемного отделения городской больницы

Результаты

В данной ситуации повреждение сгибателя локализуется в зоне

- 1
- 4
- 2
- 3

Данному пациенту поставлен диагноз

- 1
- 4
- 2
- 3

Диагноз

Пациенту показано лечение

- первичная хирургическая обработка раны, шов сухожилия поверхностного сгибателя 4 пальца и лучевого собственнопальцевого нерва
- первичная хирургическая обработка раны, шов сухожилия поверхностного сгибателя 4 пальца
- шов сухожилий сгибателей 4 пальца
- первичная хирургическая обработка раны, шов сухожилия глубокого сгибателя 4 пальца

В операции первичной хирургической обработки (ПХО) раны, шва сгибателя пальца самым сложным этапом является

- первичная хирургическая обработка раны
- наложение шва сухожилия поверхностного сгибателя 4 пальца
- ушивание раны
- выполнение дополнительных разрезов кожи для улучшения визуализации подлежащих структур

Правильное положение кисти при выполнении тыльной иммобилизирующей повязки в области кистевого сустава (по протоколу Belfast и Sheffield) – ладонное сгибание под углом + ____ + гр.

- 70
- 10
- 20
- 50

Правильное положение пальцев при выполнении тыльной иммобилизирующей повязки в области пястно-фаланговых суставов (по протоколу Belfast и Sheffield) – ладонное сгибание под углом + ____ + гр.

- 10-15
- 50
- 80-90
- 70

Правильным положением пальцев при выполнении тыльной иммобилизирующей повязки в области межфаланговых суставов (МФС) (по протоколу Belfast и Sheffield) является

- ладонное сгибание под углом 20 гр.
- выпрямленное положение
- ладонное сгибание под углом 30 гр.

- ладонное сгибание под углом 40 гр.

Средний срок иммобилизации после шва сухожилия поверхностного сгибателя 4 пальца составляет +___+ недель/недели

- 6
- 8
- 4
- 2

К выполнению упражнений по протоколу Belfast и Sheffield приступают с +___+ дня после шва сухожилия сгибателя

- 5
- 1
- 10
- 7

Дальнейшее лечение пациента после стационара должно проводиться в условиях

- «дневного стационара»
- отделения интенсивной терапии
- амбулатории (травматологического пункта или поликлиники)
- приемного отделения стационара

Повторное повреждение (разрыв) поверхностного сгибателя можно определить по МРТ или результатам

- «дневного стационара»
- отделения интенсивной терапии
- амбулатории (травматологического пункта или поликлиники)
- приемного отделения стационара

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась в приемное отделение городской больницы к врачу травматологу-ортопеду по направлению из травматологического пункта

Жалобы

На боль, отек в области правой кисти

Анамнез заболевания

Травма 2 ч назад в быту. Каталась на велосипеде, упала на правую кисть.

Анамнез жизни

- * Аппендэктомия в 18 лет
- * Аллергоанамнез без особенностей

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 70 ударов в 1 мин., АД 125/60 мм.рт. столба. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

В проекции 3,4,5 пястных костей правой кисти имеется умеренный отек (+1,0 см). Кожный покров не поврежден. Движения 3,4,5 пальцев ограничены из-за боли. Пальпация в проекции 4 пястной кости болезненная. Осевая нагрузка на 4 пястную кость болезненная. Пальпаторно определяется патологическая подвижность в проекции 4 пястной кости.

Для постановки диагноза в условиях травмпункта необходимо выполнить

- «дневного стационара»
- отделения интенсивной терапии
- амбулатории (травматологического пункта или поликлиники)
- приемного отделения стационара

Результаты

Абсолютным признаком перелома в объективном статусе является

- ограничение из-за боли движение 3,4,5 пальцев
- патологическая подвижность в области 4 пястной кости
- умеренный отек (+1,0 см) в проекции 3,4,5 пястных костей правой кисти
- болезненная пальпация в проекции 4 пястной кости

Данной пациентке поставлен диагноз

- ограничение из-за боли движение 3,4,5 пальцев
- патологическая подвижность в области 4 пястной кости
- умеренный отек (+1,0 см) в проекции 3,4,5 пястных костей правой кисти
- болезненная пальпация в проекции 4 пястной кости

Диагноз

У пациентки есть показания к

- ограничение из-за боли движение 3,4,5 пальцев
- патологическая подвижность в области 4 пястной кости
- умеренный отек (+1,0 см) в проекции 3,4,5 пястных костей правой кисти
- болезненная пальпация в проекции 4 пястной кости

В операции металлоостеосинтез пластиной и винтами самым сложным этапом является

- фиксация пластиной и винтами пястной кости

- разрез кожи и послойный доступ к зоне перелома
- ушивание раны
- открытая репозиция отломков

Функционально выгодное положение при иммобилизации в области кистевого сустава считается

+ _____ + флексия под углом + _____ + гр.

- ладонная; 15
- тыльная; 50
- тыльная; 35-40
- тыльная; 60

Функционально выгодное положение при иммобилизации в области пястно-фаланговых суставов считается ладонное сгибание + _____ + гр.

- 55-60
- 65-70
- 45-50
- 10-15

Средний срок консолидации при косом переломе пястной кости кисти составляет + _____ + недель

- 8 - 9
- 12 - 13
- 10 - 11
- 4 - 5

Дальнейшее лечение пациента после стационара должно проводиться в условиях

- приемного отделения стационара
- «дневного стационара»
- отделения интенсивной терапии
- амбулаторных (травматологического пункта или поликлиники)

Рентген-контроль пациентке после операции металлоостеосинтез 4 пястной кости кисти в условиях травмпункта выполняется на сроках через + _____ + дней, + _____ + недели/недель

- 5; 6
- 10; 4-5
- 7; 8
- 15; 3

Визуально ротационное смещение можно определить по положению

- соседних пальцев к поврежденному
- пястной кости поврежденного луча
- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- кончика поврежденного пальца

После повторной рентгенографии через 10 дней, если выявляется вторичное смещение отломков, то лечение продолжается в

- соседних пальцев к поврежденному
- пястной кости поврежденного луча
- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- кончика поврежденного пальца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 80 лет обратился в травматологическое отделение городской больницы к врачу – травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

- * ограничения движений 4, 5 пальцев левой кисти,
- * сгибательное положение,
- * отсутствие полного разгибания пальцев.

Анамнез заболевания

Около 5 лет назад заметил появление узлов в проекции 4, 5 пястных костей левой кисти с ладонной стороны. Далее появились ограничения движений 4, 5 пальцев и увеличение тяжей.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: ИБС. ГБ III. АГ III. Риск ССО 4. ФП. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. Хронический гастрит, вне обострения. Варикозная болезнь нижних конечностей.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 82 удара в 1 минуту, АД 180/100 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус:

На левой кисти 4, 5 пальцы находятся в согнутом положении на уровне пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов под углом: 4 луч: ПФС – 160°, ПМФС – 100°, 5 луч: ПФС – 130°, ПМФС – 170°. По ладонной стороне на уровне 4, 5 пястно-фаланговых суставов имеются узелки, переходящие в тяжи на 4, 5 пальцы. Пальпаторно узлы и тяжи плотной консистенции. Сгибания 4, 5 пальцев не ограничены, разгибание ограничено до вышеуказанных углов.

Кровоснабжение и иннервация не нарушены.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- магнитно-резонансную томографию
- компьютерную томографию
- УЗИ
- осмотр, пальпацию кисти

Такая деформация 4 пальца при контрактуре Дюпюитрена относится к + _____ + степени

- 1
- 3
- 2
- 4

Такая деформация 5 пальца при контрактуре Дюпюитрена относится к + _____ + степени

- 1
- 3
- 4
- 2

Данному пациенту поставлен диагноз: контрактура Дюпюитрена левой кисти

- 1
- 3
- 4
- 2

Диагноз

Пациенту показано проведение операции игольчатой апоневротомии или

- этапной гипсовой иммобилизации сменными ладонными лонгетами
- тенолиза, невролиза
- открытой тенотомии 4 луча, апоневрэктомии 5 луча
- открытой апоневрэктомии

В открытой апоневрэктомии самым сложным этапом является

- доступ
- освобождение сосудисто-нервного пучка от рубцовой ткани
- освобождение сухожилий сгибателей от рубцовой ткани

- ушивание раны

Правильным положением кисти при выполнении ладонной иммобилизирующей повязки в области кистевого сустава после операции считается + _____ + флексия под углом

- тыльная; 35°-40°
- тыльная, 50°
- ладонная, 15°
- тыльная, 60°

Правильным положением пальцев при выполнении ладонной иммобилизирующей повязки в области пястно-фаланговых суставов (ПФС) после операции считается

- ладонное сгибание под углом 40°
- выпрямленное положение
- ладонное сгибание под углом 50°
- ладонное сгибание под углом 20°

Правильным положением пальцев при выполнении ладонной иммобилизирующей повязки в области межфаланговых суставов (МФС) после операции считается

- ладонное сгибание под углом 30°
- выпрямленное положение
- ладонное сгибание под углом 40°
- ладонное сгибание под углом 20°

Срок иммобилизации после открытой апоневрэктомии составляет + _____ + недель/недели

- 8
- 4
- 2
- 6

После открытой апоневрэктомии к выполнению упражнений приступают с + _____ + дня

- 4
- 10
- 7
- 1

Дальнейшее лечение пациента после стационара должно проводиться в условиях

- 4
- 10
- 7
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась в травматолого-ортопедическое отделение городской больницы к врачу травматологу-ортопеду по направлению из травматологического пункта.

Жалобы

на

* увеличение в размерах 5 пальца правой кисти.

Анамнез заболевания

Вчера ударилась 5 пальцем правой кисти об комод.

Анамнез жизни

Нет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 70 ударов в 1 мин., АД 125/60 мм.рт.столба. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус:

Отмечается увеличение поперечных размеров с/ф 5 пальца правой кисти. Кожный покров не поврежден. Движения 5 пальца не ограничены, безболезненные. Пальпация в проекции с/ф 5 пальца безболезненная. Осевая нагрузка на 5 палец безболезненная.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- 4
- 10
- 7
- 1

Результаты обследования

Рентгенологическими признаками энхондромы является внутрикостное образование с

- нормальным эндостом и увеличенной толщиной кортикального слоя
- сохраненным эндостом и нормальной толщиной кортикального слоя
- утолщением кортикального слоя
- разрушенным эндостом и незначительной толщиной кортикального слоя

Пациентке поставлен диагноз

- нормальным эндостом и увеличенной толщиной кортикального слоя
- сохраненным эндостом и нормальной толщиной кортикального слоя
- утолщением кортикального слоя
- разрушенным эндостом и незначительной толщиной кортикального слоя

Диагноз

Пациентке показано лечение

- закрытая ручная репозиция, гипсовая лонгетная повязка в функциональном положении
- сегментарная резекция пораженной кости
- экзартикуляция 5 пальца на уровне проксимального межфалангового сустава
- эксскохлеация энхондромы с костной пластикой

В операции эксскохлеация энхондромы с костной пластикой самый сложный этап

- костная пластика
- ушивание раны
- максимально качественное удаление измененной ткани
- разрез кожи и послойный доступ к зоне перелома

Правильным положением кисти при выполнении ладонной иммобилизирующей повязки в области кистевого сустава после операции считается + _____ + флексия под углом + _____ + гр.

- тыльная, 35-40
- тыльная, 50
- ладонная, 15
- тыльная, 60

Функционально выгодным положением при иммобилизации в области пястно-фаланговых суставов считается ладонное сгибание под углом + ____ + гр.

- тыльная, 35-40
- тыльная, 50
- ладонная, 15
- тыльная, 60

Результаты

Функционально выгодным положением при иммобилизации в области проксимальных межфаланговых суставов считается ладонное сгибание под углом + _____ + гр.

- 75-90
- 20-30
- 50-60
- 35-45

Средний срок перестройки трансплантата в зоне энхондромы с/ф 5 пальца кисти составляет + _____ + недель

- 6-8
- 9-10
- 10-12
- 4-5

Дальнейшее лечение пациентки после стационара должно проводиться в условиях

- отделения интенсивной терапии
- приемного отделения стационара
- «дневного стационара»
- амбулатории (травматологического пункта или поликлиники)

Рентген-контроль пациентки после операции эксскохлеация энхондромы с костной пластикой с/ф 5 пальца правой кисти в условиях травмпункта выполняется на сроках + _____ + дней, + _____ + недель, + _____ + недель

- 5; 5; 12
- 14; 4; 10
- 10; 3-4; 6-8
- 7; 6; 12

У пациентов с наличием энхондоромы с/ф 5 пальца после незначительного удара часто бывает перелом

- 5; 5; 12
- 14; 4; 10
- 10; 3-4; 6-8
- 7; 6; 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 года обратился в травматологическое отделение городской больницы к врачу – травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

- * боль и ограничение движений в области правого голеностопного сустава,
- * боль в голеностопе усиливается при физической активности.

Анамнез заболевания

Отметил появление болевого синдрома 5 лет назад. Ограничения движений связывает с наличием травмы в анамнезе - 15 лет подвернул правый голеностопный сустав на улице, обратился в травмпункт по месту жительства, где был диагностирован перелом обеих лодыжек правой голени, выполнена репозиция костных фрагментов и гипсовая иммобилизация. 3 месяца провел гипсовой иммобилизации, далее приступив к реабилитационному лечению. Спустя 10 лет после травмы стал отмечать значительные ограничения движений в голеностопном суставе. Любое консервативное лечение не приводило к успеху. Болевой синдром прогрессировал ежегодно, едва купировался нестероидными противовоспалительными препаратами.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: ИБС. ГБ 2.
- * Операции: отрицает.
- * Инфекционный анамнез спокойный.
- * Аллергологический анамнез спокойный.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 66 ударов в 1 минуту, АД 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус

На уровне правого голеностопного сустава – вальгусная деформация, движения в правом гсс 0/0/10, отмечается патологическая крепитация, выраженный болевой синдром, умеренный отек. Задний, средний и передний отдел без изменений.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- 5; 5; 12
- 14; 4; 10
- 10; 3-4; 6-8
- 7; 6; 12

По полученным данным пациенту можно поставить диагноз

- 5; 5; 12
- 14; 4; 10
- 10; 3-4; 6-8
- 7; 6; 12

Диагноз

Для выбора тактики оперативного лечения на рентгенограммах стопы необходимо оценить

- длину пяточной кости
- угол инклинации таранной кости
- ширину пяточной кости
- стадию артроза голеностопного сустава

По данным рентгенографии артроз у данного пациента можно отнести к +__+ стадии

- 2
- 3
- 4
- 1

Пациенту для устранения болевого синдрома показано проведение операции

- артродез таранно-ладьевидного сустава
- артродез голеностопного сустава
- стабилизация медиальной колонны
- удлинение латеральной колонны пяточной кости

При выполнении переднего продольного доступа к голеностопному суставу

- все сухожилия остаются интактны
- пересекается сухожилие длинного разгибателя 1 пальца
- пересекается сухожилие длинного сгибателя всех пальцев
- пересекается сухожилие мышцы приводящей 1 палец

Для оптимальной фиксации голеностопного сустава необходимо использовать

- пластину и винты
- спицы
- гипсовую иммобилизацию
- винты

При наличии выраженного дефекта костной ткани, лучше применять

- костный аутогрансплантат
- эндопротезирование
- гипсовую иммобилизацию
- цементирование

Необходимо выполнить первым этапом после доступа

- резекцию наружной лодыжки
- резекцию ладьевидной кости
- остеотомию пяточной кости
- резекцию остеофитов

После операции пациенту нужно передвигаться при помощи

- ботинка Бергмана
- ходунков
- костылей
- костылей в гипсовой лонгете

Гипсовая иммобилизация после артродезирования голеностопного сустава составляет

- 20-22 недели
- 14-16 недель
- 2-4 недели
- 10-12 недель

Контрольные рентгенограммы целесообразно выполнять через

- 20-22 недели
- 14-16 недель
- 2-4 недели
- 10-12 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась в травматологическое отделение городской больницы к врачу – травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

* деформацию правой стопы,

* боли в стопе, усиливающиеся при нагрузке и в узкой обуви.

Анамнез заболевания

Отметила появление деформации в 29 лет, никакого болевого синдрома не отмечала, за помощью к специалистам не обращалась. С течением времени деформация стопы прогрессировала, стало тяжело носить узкую обувь, особенно на высоком каблуке. За последние два года боли усилились и появились болезненные гиперкератозы на подошвенной поверхности стопы и тыльной поверхности 2 пальца. Появилось покраснение и отек в области 1 пальца, ограничение движений 1 пальца.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, вне обострения.
- * Травмы: отрицает.
- * Операции: отрицает.
- * Инфекционный анамнез спокойный.
- * Аллергологический анамнез спокойный.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 72 ударов в 1 минуту, АД 140/100 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус:

На правой стопе продольный свод опущен, поперечный свод опущен и расширен. Первый палец отклонен кнаружи, медиальный остеофит головки 1 плюсневой кости, вальгусно деформирован, движения в 1 ПФС ограничены (10° тыльного сгибания, 10° подошвенного сгибания), болезненны. 2 палец в состоянии подвывиха на тыл стопы, на тыле пальца в проекции проксимального межфалангового сустава – гиперкератоз. Кровоснабжение и иннервация не нарушены. Под головками 2, 3 плюсневых костей — гипертрофированный гиперкератоз.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- 20-22 недели
- 14-16 недель
- 2-4 недели
- 10-12 недель

По полученным данным пациентке можно поставить диагноз

- 20-22 недели
- 14-16 недель
- 2-4 недели
- 10-12 недель

Диагноз

Для выбора тактики оперативного лечения на рентгенограмме стопы в прямой проекции необходимо измерить

- угол инклинации таранной кости
- угол варусного отклонения первого пальца и угол вальгусного отклонения первой плюсневой кости
- угол вальгусного отклонения первого пальца и угол варусного отклонения первой плюсневой кости
- длину плюсневых костей

По данным рентгенографии деформацию у данной пациентки можно отнести к +___+ степени

- 2
- 4
- 1
- 3

Пациентке для коррекции деформации 1 луча показано проведение операции

- Венкебаха
- Боумана
- Гомана
- Лapidуса

Пациентке для коррекции деформации 2 пальца показано выполнение операции

- Боумана
- Лapidуса
- Гомана
- Scarf

Для оптимальной фиксации костных фрагментов необходимо использовать

- гипсовую иммобилизацию
- спицы
- винты
- скобы

При чрезмерной тяге сухожилия разгибателя 2 пальца необходимо выполнить его

- z-образную тенотомию
- отсечение
- транспозицию
- укорочение

При сохранении вальгусного отклонения 1 пальца после вмешательства на 1 плюсневой кости необходимо выполнить остеотомию +_____+ основной фаланги 1 пальца

- Фримана
- Scarf
- Akin
- Лapidус

После операции пациентке нужно передвигаться при помощи

- костылей
- ходунков
- ботинка Барука
- ботинка Бергмана

Ботинок Барука оптимально носить + _____ + недели/недель

- 2-4
- 4-8
- 10-12
- 1-2

Контрольные рентгенограммы целесообразно выполнять через

- 2-4
- 4-8
- 10-12
- 1-2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет обратился в травматологическое отделение городской больницы к врачу – травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

- * деформацию правой стопы,
- * боли в стопе, усиливающиеся при нагрузке,
- * ограничение движений в стопе.

Анамнез заболевания

Отметил появление деформации около 3 лет назад, после того как сильно подвернул стопу (появилась боль, отек и гематома) за помощью к специалистам не обращался. С течением времени деформация стопы прогрессировала, стало тяжело долго стоять и ходить. За последний год боли усилились и стали носить постоянный характер. Появилось покраснение и отек в области вершушки наружной лодыжки, ладьевидной кости и позади внутренней лодыжки, ограничение тыльного сгибания в голеностопном суставе, ограничение пронации и супинации стопы.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, вне обострения.
- * Травмы: отрицает.
- * Операции: отрицает.
- * Инфекционный анамнез спокойный.
- * Аллергологический анамнез спокойный.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 72 ударов в 1 минуту, АД 130/100 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус: ходит без дополнительной опоры. Весом обеих нижних конечностей владеет. Амплитуда движений в правом коленном, тазобедренном суставах не ограничена. Активные движения в правом голеностопном суставе: 10/0/40, пассивные движения в правом ГСС: 10/0/40, незначительно болезненны. Активные и пассивные движения в правом подтаранном суставе ограничены, болезненны. Активные и пассивные движения в правой стопе (сустав Шопара и Лисфранка) ограничены, болезненны.

На правом голеностопном суставе и стопе определяется: ахиллово сухожилие - контрагировано. Деформация на уровне голеностопного сустава: нет. На уровне заднего отдела левой стопы отмечается вальгусная деформация. Тест «Передний выдвигающий ящик»: отрицательный. Форма среднего отдела стопы: продольный свод резко уплощен, отведение. Форма переднего отдела стопы и пальцев: вальгусное отклонение 1 пальца. Периферическое кровообращение и чувствительность в голенях и стопах сохранены.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- 2-4
- 4-8
- 10-12
- 1-2

Базовыми компонентами для оценки на рентгенограммах в такой ситуации будут абдукция переднего отдела, опущение продольного свода и + _____ + отдела стопы

- вальгус заднего
- варус среднего
- вальгус среднего
- варус заднего

По полученным данным можно установить диагноз

- вальгус заднего
- варус среднего
- вальгус среднего
- варус заднего

Диагноз

По классификации Богданова продольное плоскостопие у данного пациента относится к + ___ + степени (угол Богданова – 150°, высота внутреннего продольного свода – 20 мм)

- 4
- 1
- 2
- 3

По клинико-рентгенологической классификации деформацию у данного пациента можно отнести к + _____ + типу

- 4 – ригидная плосковальгусная стопа
- 2a – эластичная гиперпронированная стопа
- 1 – эластичная гипермобильная стопа
- 3 – неэластичная плосковальгусная стопа

Пациенту для коррекции деформации стопы показано проведение

- изолированного артроэреза подтаранного сустава
- трехсуставного артродеза заднего отдела (подтаранного, таранно-ладьевидного и пяточно-кубовидного суставов)
- артроэреза подтаранного сустава, укорочения задней большеберцовой мышцы, удлинения ахиллова сухожилия
- корригирующей остеотомии нижней трети большеберцовой и малоберцовой кости

Для выполнения подтаранного артроэреза имплант внедряется в

- пяточную кость
- латеральный отросток таранной кости
- пяточно-кубовидный сустав
- подтаранный синус

Для определения укорочения икроножной мышцы необходимо выполнять тест

- Lapidus
- Vulpius
- Trundenbolt
- Silfverskiold

Для удлинения сухожилия икроножной мышцы у данного пациента необходимо выполнить операцию

- Lapidus

- Akin
- Strayer
- Silfverskiold

Для укорочения сухожилия задней большеберцовой мышцы необходимо выполнить его

- косую тенотомию с сшиванием бок-в-бок
- транспозицию
- пластику по Гоману с рефиксацией при помощи якорного фиксатора
- пластику по Бродену

После операции пациенту потребуется лонгетная иммобилизация на + ____ + недель

- 4-6
- 8-10
- 1-2
- 12-14

После прекращения иммобилизации пациент должен ходить 4 недели в

- 4-6
- 8-10
- 1-2
- 12-14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился в травматологическое отделение городской больницы к врачу – травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

- * боль в правом голеностопном суставе, усиливающуюся при движениях,
- * выраженный отек голени,
- * ограничение движений в стопе.

Анамнез заболевания

Во время игры в волейбол, при неудачном приземлении после прыжка, почувствовал резкий щелчок в области голеностопного сустава, после чего появился выраженный болевой синдром и отек. При попытке пойти отметил выраженную слабость в ноге и хромоту, что вынудило обратиться за помощью.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, вне обострения.
- * Травмы: отрицает.
- * Операции: отрицает.

* Инфекционный анамнез спокойный.

* Аллергологический анамнез спокойный.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 72 удара в 1 минуту, АД 130/100 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус: ходит без дополнительной опоры, хромя на правую стопу. Весом обеих нижних конечностей владеет. Отек в области правого голеностопного сустава и голени +2 см по сравнению со здоровой стороной, ненапряженный. Амплитуда движений в правом коленном, тазобедренном суставах не ограничена. Активные движения в правом голеностопном суставе: 20/0/20, пассивные движения в правом ГСС: 20/0/40, болезненны. Активные и пассивные движения в правом подтаранном суставе в полном объеме, безболезненны. Активные и пассивные движения в правой стопе (сустав Шопара и Лисфранка) в полном объеме, безболезненны. Осевая нагрузка безболезненна.

На правой стопе и голеностопном суставе определяется ахиллово сухожилие: западение на 5 см выше области прикрепления к пяточной кости. Деформация на уровне голеностопного сустава: нет. Деформация на уровне заднего отдела стопы: нет. Тест «Передний выдвигающий ящик»: отрицательный. Форма среднего отдела стопы: без изменений. Форма переднего отдела стопы и пальцев: без изменений. Периферическое кровообращение и чувствительность в голенях и стопах сохранены.

Для постановки диагноза необходимо выполнить клинический тест + _____ + , который заключается в сдавлении мышц задней группы голени и сравнении движений между поврежденной и здоровой стопой

- Вилсона
- Томпсона
- Смирнова
- Фрайберга

На рентгенологическом снимке при свежем разрыве ахиллова сухожилия у пациента можно диагностировать

- деформацию треугольника Kager (жировая прослойка между пяточной костью, ахилловым сухожилием и сухожилиями сгибателей пальцев)
- перелом заднего отростка таранной кости
- остеофиты в голеностопном суставе
- деформацию Хаглунда

По полученным данным можно установить диагноз

- деформацию треугольника Kager (жировая прослойка между пяточной костью, ахилловым сухожилием и сухожилиями сгибателей пальцев)
- перелом заднего отростка таранной кости
- остеофиты в голеностопном суставе
- деформацию Хаглунда

Диагноз

К изменениям, которые можно диагностировать в режиме T2 на МРТ при разрыве ахиллова сухожилия, относят

- разрастания соединительной ткани
- вывих сухожилий малоберцовых мышц
- отек и гематому
- перелом пяточной кости

К дополнительному методу исследования относится

- электронейромиография
- плантография
- ЭКГ
- электроэнцефалография

Манипуляцией, позволяющей восстановить первоначальный тонус и функцию трехглавой мышцы голени, является

- электрофорез
- оперативное лечение
- магнитотерапия
- ударно-волновая терапия

Консервативное лечение применяют лишь тогда, когда

- риск осложнений будет превышать ожидаемый благоприятный исход
- имеется молоткообразная деформация 2 пальца
- имеется деформация 1 пальца
- имеется хронический гастрит

Распространенным способом хирургического лечения является

- закрытый
- открытый
- мини-инвазивный
- артроскопический

К преимуществам чрескожных швов относят

- отличную визуализацию

- отсутствие возможности повредить нерв
- малотравматичность, отсутствие рубцов
- надежную фиксацию

К недостаткам чрескожных швов относят

- недостаточное натяжение ахиллова сухожилия, плохое заживление раны
- повреждения нерва, проблемы с кожными покровами
- большой разрез, отсутствие визуализации
- ограничение функции ахиллова сухожилия, большой разрез

Основой реабилитации является применение

- магнитотерапии
- озонотерапии
- физических упражнений
- ударно-волновой терапии

Ахиллово сухожилие образовано двумя головками икроножной мышцы и + _____ + мышцей

- магнитотерапии
- озонотерапии
- физических упражнений
- ударно-волновой терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился в травматологическое отделение городской больницы к врачу – травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

- * боль в правом голеностопном суставе, усиливающуюся при движениях,
- * выраженный отек голени,
- * ограничение движений в стопе.

Анамнез заболевания

Во время игры в волейбол, при неудачном приземлении после прыжка, почувствовал резкий щелчок в области голеностопного сустава, после чего появился выраженный болевой синдром и отек. При попытке пойти отметил выраженную слабость в ноге и хромоту, что вынудило обратиться за помощью.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, вне обострения.
- * Травмы: отрицает.
- * Операции: отрицает.

* Инфекционный анамнез спокойный.

* Аллергологический анамнез спокойный.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 72 удара в 1 минуту, АД 130/100 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус: ходит без дополнительной опоры, хромя на правую стопу. Весом обеих нижних конечностей владеет. Отек в области правого голеностопного сустава и голени +2 см по сравнению со здоровой стороной, ненапряженный. Амплитуда движений в правом коленном, тазобедренном суставах не ограничена. Активные движения в правом голеностопном суставе: 20/0/20, пассивные движения в правом ГСС: 20/0/40, болезненны. Активные и пассивные движения в правом подтаранном суставе в полном объеме, безболезненны. Активные и пассивные движения в правой стопе (сустав Шопара и Лисфранка) в полном объеме, безболезненны. Осевая нагрузка безболезненна.

На правой стопе и голеностопном суставе определяется ахиллово сухожилие: западение на 5 см выше области прикрепления к пяточной кости. Деформация на уровне голеностопного сустава: нет. Деформация на уровне заднего отдела стопы: нет. Тест «Передний выдвигающий ящик»: отрицательный. Форма среднего отдела стопы: без изменений. Форма переднего отдела стопы и пальцев: без изменений. Периферическое кровообращение и чувствительность в голенях и стопах сохранены.

Для постановки диагноза необходимо выполнить клинический тест + _____ + , который заключается в сдавлении мышц задней группы голени и сравнении движений между поврежденной и здоровой стопой

- Смирнова
- Вилсона
- Фрайберга
- Томпсона

На рентгенологическом снимке при свежем разрыве ахиллова сухожилия у пациента можно диагностировать

- остеофиты в голеностопном суставе
- деформацию треугольника Kager
- перелом заднего отростка таранной кости
- деформацию Хаглунда

По полученным данным можно установить диагноз

- остеофиты в голеностопном суставе
- деформацию треугольника Kager

- перелом заднего отростка таранной кости
- деформацию Хаглунда

Диагноз

К изменениям, которые можно диагностировать в режиме T2 на МРТ при разрыве ахиллова сухожилия, относят

- отек и гематому
- разрастания соединительной ткани
- вывих сухожилий малоберцовых мышц
- перелом пяточной кости

К дополнительному методу исследования относится

- ЭКГ
- электроэнцефалография
- электронейромиография
- плантография

Манипуляцией, позволяющей восстановить первоначальный тонус и функцию трехглавой мышцы голени, является

- ударно-волновая терапия
- электрофорез
- оперативное лечение
- магнитотерапия

Консервативное лечение применяют лишь тогда, когда

- имеется деформация 1 пальца
- риск осложнений будет превышать ожидаемый благоприятный исход
- имеется хронический гастрит
- имеется молоткообразная деформация 2 пальца

Распространенным способом хирургического лечения является

- артроскопический
- закрытый
- открытый
- мини-инвазивный

Основным преимуществом чрескожных швов сухожилия является

- скорость выполнения вмешательства
- малотравматичность, отсутствие рубцов
- надежная фиксация
- отличная визуализация

Недостатком чрескожных швов являются

- ограничение функции ахиллова сухожилия, большой разрез
- недостаточное натяжение ахиллова сухожилия, плохое заживление раны
- большой разрез, отсутствие визуализации
- повреждения нерва, проблемы с кожными покровами

Основой реабилитации таких пациентов является

- магнитотерапия
- ударно-волновая терапия
- лечебная физкультура
- озонотерапия

Ахиллово сухожилие образовано двумя головками икроножной мышцы и + _____ + мышцей

- магнитотерапия
- ударно-волновая терапия
- лечебная физкультура
- озонотерапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 78 лет, 10 суток после ревизионного эндопротезирования правого тазобедренного сустава, выполненного по поводу асептической нестабильности эндопротеза. Интраоперационные биоптаты и смывы с удаленных компонентов эндопротеза роста микробов не дали. Трое суток назад – расхождение послеоперационных швов в нижнем углу раны и отхождение гематомы. Сохраняется раневое отделяемое гнойно-геморрагического характера. Получает в течение 2 дней т. ципрофлоксацин внутрь по 0,5 г 2 раза в сутки, капсулы рифампицин внутрь по 0,3 г 2 раза в сутки. Периоперационная профилактика проводилась цефазолином по 1.0 г 3 раза в сутки в\м 2 дня. Для профилактики тромбоза глубоких вен со дня операции получала фрагмин по 5 тыс.ед 5. 3 дня, далее и по настоящее время принимает дабигатрана этексилат по 220 мг 1 раз в сутки внутрь.

Жалобы

на

- * повышение температуры тела до 37,4°C в течение 3 дней,
- * боль в правом тазобедренном суставе,
- * промокание повязки в области правого тазобедренного сустава.

Анамнез заболевания

2010 г. – тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава по поводу коксартроза III ст. Послеоперационный период протекал без осложнений.

С 2018 г. стали беспокоить боли в области правого тазобедренного сустава, установлена нестабильность вертлужного компонента. В настоящую госпитализацию выполнено ревизионное эндопротезирование правого тазобедренного сустава.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование высшее, на пенсии.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние. Дочь 52 года и сын 49 лет. Здорова.
- * Наследственность. Отец в возрасте 67 лет перенес трансмуральный инфаркт миокарда, скончался, у матери пациентки была ГБ, желчнокаменная болезнь.
- * Перенесенные заболевания: в возрасте 55 лет холецистэктомия.
- * Вредные привычки отрицает.
- * Аллергоанамнез не отягощен.
- * Сопутствующие заболевания ГБ III, риск ССО 3, ХСН I.

Status Localis

Масса тела 52 кг, рост 164 см. Передвигается с помощью двух костылей, движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны, сгибание до угла 110 градусов, в области правого тазобедренного сустава в нижней трети послеоперационного рубца расхождение краев раны с обильным гнойно-геморрагическим отделяемым.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- магнитотерапия
- ударно-волновая терапия
- лечебная физкультура
- озонотерапия

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- магнитотерапия
- ударно-волновая терапия
- лечебная физкультура
- озонотерапия

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является: состояние после эндопротезирования

- магнитотерапия
- ударно-волновая терапия

- лечебная физкультура
- озонотерапия

Диагноз

Диагностированная у данной пациентки инфекция относится к перипротезной инфекции + _____ + типа

- острая гематогенная
- хроническая гематогенная
- хроническая послеоперационная
- острая послеоперационная

С учетом результатов лабораторных и инструментальных методов обследования необходимо отменить ципрофлоксацин и рифампицин, назначить комбинацию

- рифампицина и тобрамицина
- цефоперазон/сульбактама и полимиксина В
- цефоперазон/сульбактама и рифампицина
- полимиксина В и цефепима

Режимом дозирования цефоперазон\сульбактама у данной пациентки является + _____ + г в сутки внутривенно + _____ + раз(а)

- 2,0 ; 2
- 1,5 ; 4
- 4,0 ; 1
- 1,0 ; 2

К формированию гематомы и расхождению послеоперационной раны привело несоответствие дозировки дабигатрана этексилата + _____ + пациентки

- весу
- росту
- возрасту
- функции почек

С учетом типа инфекции, выделенного возбудителя и клинических проявлений инфекции пациентке показана

- ревизия, санация, дренирование гнойного очага с сохранением эндопротеза и заменой мобильных компонентов
- одноэтапная замена эндопротеза
- ревизия, санация, дренирование гнойного очага с сохранением эндопротеза
- двухэтапная замена эндопротеза

Санация с сохранением эндопротеза невозможна по причине

- гнойно-геморрагического характера раневого отделяемого
- наличия I типа перипротезной инфекции
- резистентного возбудителя
- приема комбинации ципрофлоксацина с рифампицином

Режим дозирования дабигатрана у данной пациентки составляет + _____ + мг в сутки внутрь + _____ + раз(а)

- 110 ; 1
- 75 ; 1
- 75 ; 2
- 150 ; 1

В случае, если расчетный клиренс креатинина пациентки 25 мл/мин, режим дозирования цефоперазона/сульбактама составляет

- 0,6 г каждые 8 часов
- 0,5 г каждые 12 часов
- 1 г каждые 12 часов
- 1,5 г каждые 12 часов

При расчетном клиренсе креатинина <15 мл/мин для профилактики тромбоза глубоких вен данной пациентке показан + _____ + без коррекции дозы

- 0,6 г каждые 8 часов
- 0,5 г каждые 12 часов
- 1 г каждые 12 часов
- 1,5 г каждые 12 часов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 62 года, поступила для обследования и ревизионного эндопротезирования правого тазобедренного сустава.

Жалобы

на

* ноющие боли в области правого тазобедренного сустава, появившиеся через 6 месяцев после первичного эндопротезирования.

Анамнез заболевания

Год назад – тотальное цементное эндопротезирование правого тазобедренного сустава по поводу коксартроза III ст. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 6 мес после операции отметила появление ноющей боли в области правого тазобедренного сустава, появляющиеся к вечеру, принимала

НПВС, в связи с усилением болевого синдрома обратилась к травматологу-ортопеду по месту жительства. Была направлена в стационар для обследования и оперативного лечения.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование среднее.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.
- * Семейное положение – замужем. Дочь 32 года, сын 28 лет. Здоровы.
- * Перенесенные заболевания: в возрасте 55 лет холицистэктомия.
- * Вредные привычки – отрицает.
- * Аллергоанамнез без особенностей.
- * Сопутствующие заболевания ГБ II, риск ССО 2, хронический гастроуденит.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Масса тела 84 кг, рост 168 см. Температура тела $36,5^{\circ}\text{C}$. ЧД – 16 в минуту.
- * Кожа бледная, влажная, без высыпаний. Видимые слизистые розовые влажные, без высыпаний.
- * Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные.
- * Общий соматический осмотр патологии внутренних органов не выявил.
- * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 130/95 мм рт. ст.
- * Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
- * Лабораторно при поступлении: лейкоцитов $7,2 \cdot 10^6$ /л, СРБ 36 мг/л.

Status Localis

Передвигается с помощью трости. Движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны: сгибание до угла 150 градусов, разгибание до угла 10 градусов, отведение до угла 15 градусов, внутренняя ротация до угла 15 градусов, наружная ротация до угла 10 градусов. Послеоперационный рубец правого тазобедренного сустава без признаков воспаления, 20 см. Движения в левом ТБС безболезненны. Осевая нагрузка безболезненна. Кровоснабжение, иннервация стопы сохранены.

Для постановки диагноза и определения тактики хирургического лечения необходимо дополнительно выполнить

- 0,6 г каждые 8 часов
- 0,5 г каждые 12 часов
- 1 г каждые 12 часов
- 1,5 г каждые 12 часов

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 0,6 г каждые 8 часов

- 0,5 г каждые 12 часов
- 1 г каждые 12 часов
- 1,5 г каждые 12 часов

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является: состояние после эндопротезирования

- 0,6 г каждые 8 часов
- 0,5 г каждые 12 часов
- 1 г каждые 12 часов
- 1,5 г каждые 12 часов

Диагноз

Диагностированная у данной пациентки инфекция относится к перипротезной инфекции + _____ + типа

- хроническая послеоперационная
- хроническая гематогенная
- острая послеоперационная
- острая гематогенная

С учетом длительности и характера течения инфекционного процесса, выделенного возбудителя, состояния окружающих эндопротез тканей, на фоне компенсированной сопутствующей патологии пациентке необходимо выполнить

- одноэтапную замену эндопротеза
- ревизию, санацию, дренирование гнойного очага с сохранением эндопротеза
- двухэтапную замену эндопротеза
- ревизию, санацию, дренирование гнойного очага с сохранением эндопротеза и заменой мобильных компонентов

Рациональной комбинацией антибактериальных препаратов для парентерального курса терапии в данной ситуации является комбинация

- ванкомицина и левофлоксацина
- гентамицина и меропенема
- ко-тримоксазола и цефуроксима
- ампициллина/сульбактама и цiproфлоксацина

Режим дозирования левофлоксацина в данном случае составляет + _____ + мг + _____ + раза в сутки внутривенно

- 500 ; 2

- 1000 ; 1 продленной инфузией в течение 4 часов
- 500 ; 3
- 1000 ; 2

Продолжительность парентерального курса антибиотикотерапии составляет

- 6 недель
- 4 недели
- 5-7 суток
- 10-14 суток

Бесцементная фиксация компонентов эндопротеза, при недоступности использования других методов локальной антибактериальной терапии, в ходе выполнения одноэтапной ревизионной операции у данной пациентки с перипротезной инфекцией

- не повлияет на эффективность купирования инфекции
- ухудшит прогноз результата лечения
- улучшит функциональный результат
- улучшит выживаемость эндопротеза

Рациональной комбинацией антибактериальных препаратов для перорального курса терапии на амбулаторном этапе в данной ситуации является комбинация

- ко-тримоксазола и ампициллина
- эритромицина и цефокситина
- левофлоксацина и рифампицина
- левофлоксацина и клиндамицина

В случае снижения у пациентки фильтрационной способности почек с клиренсом креатинина 65 мл/мин рекомендовано

- замена ванкомицина на имипенем
- замена левофлоксацина на ципрофлоксацин
- снижение дозы левофлоксацина
- снижение дозы ванкомицина

В случае выделения полирезистентного штамма S.aureus, устойчивого к пероральным формам антибиотиков, пациентке необходимо было выполнить

- замена ванкомицина на имипенем
- замена левофлоксацина на ципрофлоксацин
- снижение дозы левофлоксацина
- снижение дозы ванкомицина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 65 лет, поступил для обследования и ревизионного эндопротезирования правого коленного сустава.

Жалобы

на

- * ноющие боли в области правого коленного сустава,
- * отек правого коленного сустава, появившийся 7 месяцев назад,
- * периодические подъемы температуры тела до 37,4 оС в течение последних 6 месяцев.

Анамнез заболевания

Пациенту по поводу гонартроза 3 ст. в октябре 2016 года выполнено эндопротезирование правого коленного сустава. Послеоперационный период без особенностей. Со временем сформировалась контрактура, боль прогрессировала. В сентябре 2017 года выявлена нестабильность эндопротеза, при обследовании при пункции коленного сустава выявлен стафилококк MRSE. Госпитализирован для обследования и оперативного лечения.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование среднее. На пенсии.
- * Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.
- * Семейное положение – женат. Дочь 32 года, сын 28 лет. Здоровы.
- * Перенесенные заболевания: в возрасте 25 лет аппендэктомия.
- * Вредные привычки – отрицает.
- * Аллергоанамнез без особенностей.
- * Сопутствующие заболевания. Хронический поверхностный гастрит, ремиссия. Ожирение 2 степени. Посттромботическая болезнь левой нижней конечности С 3 (Острый тромбоз глубоких вен в 2016 г.).

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Масса тела 105 кг, рост 182 см. Температура тела 36,5^оС. ЧД – 16 в минуту.
- * Кожа бледная, влажная, без высыпаний. Видимые слизистые розовые влажные, без высыпаний.
- * Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные.
- * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 130/95 мм рт. ст.
- * Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
- * Лабораторно при поступлении: лейкоцитов $7,2 \times 10^6$ /л, СРБ 16 мг/л.

Status Localis

Умеренный отек правого коленного сустава. По передней поверхности правого коленного сустава п/о рубец длиной около 14 см безболезненный, нормотрофический, дугообразный, неспаивный с окружающими тканями.

Надколенник безболезнен, симптом «баллотирования надколенника» отрицательный. Амплитуда движений в правом коленном суставе (20 градусов): разгибание 180 гр, сгибание 160 гр, ограничены болью. Осевая нагрузка умеренно болезненна. Кровоснабжение, иннервация правой стопы сохранены. **Для постановки диагноза лабораторными методами и определения тактики хирургического лечения необходимо дополнительно выполнить**

- замена ванкомицина на имипенем
- замена левофлорксацина на ципрофлоксацин
- снижение дозы левофлорксацина
- снижение дозы ванкомицина

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- замена ванкомицина на имипенем
- замена левофлорксацина на ципрофлоксацин
- снижение дозы левофлорксацина
- снижение дозы ванкомицина

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является: состояние после эндопротезирования правого коленного сустава, + _____ + , комбинированная контрактура правого коленного сустава

- замена ванкомицина на имипенем
- замена левофлорксацина на ципрофлоксацин
- снижение дозы левофлорксацина
- снижение дозы ванкомицина

Диагноз

Диагностированная у данного пациента инфекция относится к перипротезной инфекции + _____ + типа

- хроническая гематогенная
- острая послеоперационная
- хроническая послеоперационная
- острая гематогенная

С учетом длительности и характера течения инфекционного процесса, выделенного возбудителя, состояния окружающих эндопротез тканей, на фоне компенсированной сопутствующей патологии пациенту необходимо выполнить

- ревизию, санацию, дренирование гнойного очага с сохранением эндопротеза
- одноэтапную замену эндопротеза
- ревизию, санацию, дренирование гнойного очага с сохранением эндопротеза и заменой мобильных компонентов
- двухэтапную замену эндопротеза

Рациональной комбинацией антибактериальных препаратов для парентерального курса терапии в данной ситуации является комбинация

- ко-тримоксазола и цефуроксима
- гентамицина и линезолида
- ванкомицина и фосфомицина
- ампициллина/сульбактама и ципрофлоксацина

Режимом дозирования фосфомицина в данном случае является + _____ + г + _____ + раза в сутки внутривенно капельно

- 2,0 ; 2
- 4,0 ; 2
- 1,0 ; 3
- 4,0 ; 3

При отсутствии положительной клинической динамики после ревизионной операции на фоне этиотропной антибиотикотерапии следует предположить наличие

- дополнительного очага инфекции и выполнить компьютерную томографию
- повышенной фильтрационной способности почек и проконсультироваться с нефрологом
- полиорганной недостаточности и перевести пациента в реанимацию
- резистентного возбудителя и оценить качество хирургической санации очага

Для повышения эффективности антибактериальной терапии

- вводят ванкомицин за 2 часа до операции, фосфомицин - интраоперационно
- операцию проводят на фоне постоянной инфузии системных антибиотиков в разовой дозе
- интраоперационно устанавливают спейсер из костного цемента с антибиотиком
- операцию проводят на фоне инфузии системных антибиотиков в двойной разовой дозе

С учетом характера резистентности для курса антибактериальной терапии на амбулаторном этапе в данной ситуации следует назначить

- ко-тримоксазол и фосфомицин
- ванкомицин
- левофлоксацин и клиндамицин
- линезолид

В случае снижения у пациента клиренса креатинина до 65 мл/мин рекомендовано

- замена фосфомицина на цiproфлоксацин
- замена ванкомицина на имипенем
- снижение дозы ванкомицина
- снижение дозы фосфомицина

В случае выделения штамма *S.epidermidis*, чувствительного к ко-тримоксазолу и рифампицину, и назначения этих препаратов для амбулаторного курса антибактериальной терапии, данному пациенту необходимо контролировать

- замена фосфомицина на цiproфлоксацин
- замена ванкомицина на имипенем
- снижение дозы ванкомицина
- снижение дозы фосфомицина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 72 лет, 10 сутки после тотального эндопротезирования правого тазобедренного сустава. При поступлении в стационар изменений лабораторных показателей не выявлено, выполнена пункция правого тазобедренного сустава, при бактериологическом исследовании аспирата роста микроорганизмов не получено. Получила курс цефазолина по 1,0 г 3 р/сут 2 дня, фругмин по 5 тыс.ед. 5 дней. На момент осмотра получает дабигатрана этексилат по 220 мг/сут, омепразол 20 мг/сут, эналаприл 10 мг/сут.

Результаты лабораторных исследований за 5 сутки после операции: лейкоцитов $9,2 \times 10^6$ /л, СРБ 82 мг/л. При бактериологическом исследовании интраоперационных тканевых биоптатов роста микроорганизмов не выявлено.

Жалобы

на

* боль в правом тазобедренном суставе, обильное промокание повязки,

* повышение температуры тела накануне вечером до $37,6^{\circ}\text{C}$.

Анамнез заболевания

2008 г. – тотальное бесцементное эндопротезирование левого тазобедренного сустава по поводу коксартроза III ст. Послеоперационный период протекал без

осложнений.

2010 г. – тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава, в послеоперационном периоде ревизия через неделю по поводу гематомы. С 2018 г. стали беспокоить боли в области правого тазобедренного сустава, установлена нестабильность вертлужного компонента. В настоящую госпитализацию выполнено ревизионное эндопротезирование правого тазобедренного сустава.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально.
* Образование высшее, на пенсии.
* Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

* Семейное положение – вдова. Дочь 38 лет. Здоровая.

* Наследственность. Отец скончался от ишемического инсульта, у матери пациентки была ГБ.

* Перенесенные заболевания: в возрасте 55 лет миома матки (резекция).

* Вредные привычки отрицает.

* Аллергоанамнез: лекарственная аллергия на гепарин сыпь, мовалис сыпь, мидокалм сыпь; бытовую, пищевую аллергию отрицает.

* Сопутствующие заболевания ГБ II, риск ССО 3, ХСН I.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Масса тела 82 кг, рост 168 см. Температура тела 37,9^oC. ЧД – 20 в минуту.

* Кожа бледная, влажная, без высыпаний. Видимые слизистые розовые влажные, без высыпаний.

* Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные.

* Общий соматический осмотр патологии внутренних органов не выявил.

* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 135/95 мм рт. ст.

* Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

* Передвигается с помощью двух костылей, левая нижняя конечность - без признаков воспаления.

Status Localis

Движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны, сгибание до угла 110 градусов, отек и гиперемия кожных покровов в области верхней трети правого бедра, в нижнем углу раны расхождение краев с серозно-геморрагическим отделяемым.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- замена фосфомицина на ципрофлоксацин
- замена ванкомицина на имипенем
- снижение дозы ванкомицина
- снижение дозы фосфомицина

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- замена фосфомицина на ципрофлоксацин
- замена ванкомицина на имипенем
- снижение дозы ванкомицина
- снижение дозы фосфомицина

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является: состояние после эндопротезирования

- замена фосфомицина на ципрофлоксацин
- замена ванкомицина на имипенем
- снижение дозы ванкомицина
- снижение дозы фосфомицина

Диагноз

Диагностированная у данной пациентки инфекция относится к перипротезной инфекции + _____ + типа

- хроническая послеоперационная
- острая послеоперационная
- острая гематогенная
- хроническая гематогенная

Рациональной комбинацией антибактериальных препаратов в данной ситуации является комбинация

- цефоперазон/сульбактама и цефтазидима
- цефтазидима и меропенема
- ципрофлоксацина и имипенема
- цефоперазон/сульбактама и амикацина

Режим дозирования цефоперазона/сульбактама у данной пациентки составляет + _____ + г + _____ + раза в сутки в/в

- 4 ; 2
- 2 ; 3
- 1 ; 2 продленной инфузией в течение 4 часов
- 1 ; 4

Ревизию послеоперационной раны у данной пациентки

- необходимо выполнить в кратчайшие сроки
- при положительной динамике на фоне антибактериальной терапии проводить не обязательно
- проводят без последующей антибактериальной терапии
- необходимо выполнить после стихания явлений острого воспаления

С учетом типа инфекции, выделенного возбудителя и клинических проявлений инфекции пациентке показана

- ревизия, санация, дренирование гнойного очага с сохранением эндопротеза и заменой мобильных компонентов
- одноэтапная замена эндопротеза
- ревизия, санация, дренирование гнойного очага с сохранением эндопротеза
- двухэтапная замена эндопротеза

При отсутствии положительной клинической динамики после ревизионной операции на фоне этиотропной антибактериальной терапии следует предположить наличие

- резистентного возбудителя и оценить качество хирургической санации очага
- дополнительного очага инфекции и выполнить компьютерную томографию
- повышенной фильтрационной способности почек и проконсультироваться с нефрологом
- полиорганной недостаточности и перевести пациента в реанимацию

В ходе ревизионной операции очищенную от некротизированных тканей рану необходимо

- обработать антимикробной мазью
- обильно промыть раствором антисептика
- ушить наглухо
- проверить на наличие инородных тел

Антибиотик + _____ +; способ и начало его введения + _____ + рекомендациям по периоперационной антибактериальной профилактике при эндопротезировании

- не соответствовал; соответствовали
- соответствовал; соответствовали
- не соответствовал; не соответствовали
- соответствовал; не соответствовали

В случае отсутствия клинических проявлений инфекции до операции и выделения *Pseudomonas aeruginosa* из интраоперационных биоптатов пациентке необходимо было выставить диагноз: Перипротезная инфекция

- не соответствовал; соответствовали
- соответствовал; соответствовали
- не соответствовал; не соответствовали
- соответствовал; не соответствовали

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 61 года поступила для обследования и лечения в травматологическое отделение ЦРБ

Жалобы

на

- * гиперемию в области левого тазобедренного сустава,
- * повышение температуры тела до 37,4°C.

Анамнез заболевания

В декабре 2008 г. – тотальное бесцементное эндопротезирование левого тазобедренного сустава по поводу коксартроза III ст. Послеоперационный период протекал без осложнений.

В декабре 2010 г. – тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава по поводу коксартроза III ст., через неделю после операции ревизия по поводу гематомы.

В апреле 2017 г. реэндопротезирование левого тазобедренного сустава по поводу нестабильности вертлужного компонента.

В 2019 году за 2 недели до поступления через месяц после тяжелой ангины, которую лечила в стационаре, отметила гиперемию в области левого тазобедренного сустава и повышение температуры тела до 37,4°C в течение 5 дней, обратилась в травматологу-ортопеда по месту жительства, была направлена в профильный стационар.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Образование высшее, на пенсии.
- * Аллергологический анамнез: лекарственная аллергия на гепарин - сыпь, мовалис - сыпь, мидокалм - сыпь; бытовую, пищевую аллергию отрицает.
- * Гипертоническая болезнь II, риск ССО 3. Атеросклеротический кардиосклероз. Желудочковая экстрасистолия. ХСН I. Ожирение I степени. Хронический поверхностный гастродуоденит.
- * Постоянно принимает препараты: лизиноприл 10 мг, бидоп 10 мг.
- * Перенесённые заболевания: туберкулёз, сифилис, гепатит, венерические заболевания — отрицает.
- * Травмы и операции: кроме описанных выше, удаление матки с придатками в 2006 г. по поводу миомы и кисты яичника.

* Гемотрансфузии: 2010 г. без особенностей.

* Акушерско-гинекологический анамнез: беременности 3, роды 1, аборты 2, менопауза с 48 лет.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост: 170 см. Вес: 110 кг.

* Температура тела 37,2^oC. ЧД – 20 в минуту.

* Кожа бледная, влажная, без высыпаний. Видимые слизистые розовые влажные, без высыпаний.

* Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные.

* Общий соматический осмотр патологии внутренних органов не выявил.

* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 135/95 мм рт. ст.

* Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный

Status Localis

Положение больной активное. Ходит с дополнительной опорой на костыли, хромота на левую ногу. Дефицит активных движений в левом тазобедренном и коленном суставах. Относительное укорочение левой нижней конечности — 2,0 см. Послеоперационный Y-образный рубец по наружной поверхности левого бедра в проекции большого вертела длиной 25 см, гиперемия кожных покровов вокруг рубца и инфильтрацией мягких тканей. Поверхностная чувствительность кожи, пульсация периферических сосудов сохранена. Послеоперационный прямой рубец по наружной поверхности правого бедра в проекции большого вертела длиной до 20 см, без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- не соответствовал; соответствовали
- соответствовал; соответствовали
- не соответствовал; не соответствовали
- соответствовал; не соответствовали

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- не соответствовал; соответствовали
- соответствовал; соответствовали
- не соответствовал; не соответствовали
- соответствовал; не соответствовали

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является: тотальный эндопротез левого тазобедренного сустава,

+ _____ + , **тотальный эндопротез правого тазобедренного сустава**

- не соответствовал; соответствовали
- соответствовал; соответствовали
- не соответствовал; не соответствовали
- соответствовал; не соответствовали

Диагноз

Диагностированная у данной пациентки инфекция относится к перипротезной инфекции + _____ + типа

- II (поздняя хроническая)
- I (острая послеоперационная)
- III (острая гематогенная/отсроченная)
- IV (положительная интраоперационная культура)

Ревизию послеоперационной раны у данной пациентки

- при положительной динамике на фоне антибактериальной терапии проводить не следует
- необходимо выполнить в кратчайшие сроки
- необходимо выполнить после стихания явлений острого воспаления
- следует провести без последующей антибактериальной терапии

С учетом длительности течения инфекционного процесса до 4 недель от момента манифестации, чувствительного к большинству антибиотиков возбудителя, стабильной фиксации компонентов на фоне компенсированной сопутствующей патологии пациентке показана

- двухэтапная замена эндопротеза
- одноэтапная замена эндопротеза
- антибактериальная терапия без операции
- санация с сохранением эндопротеза

Обязательным этапом операции у данной пациентки является

- резекционная артропластика
- несвободная пересадка островкового лоскута из латеральной широкой мышцы бедра
- замена мобильных компонентов эндопротеза
- свободная мышечная пластика

Рациональной комбинацией антибактериальных препаратов для парентеральной терапии в данной ситуации является комбинация

- ко-тримоксазола и цефуроксима

- ампициллина/сульбактами и ципрофлоксацина
- гентамицина и меропенема
- ванкомицина и левофлоксацина

**Режим дозирования левофлоксацина в данном случае составляет + _____ +
раза в сутки внутривенно**

- 500 мг, 2
- 500 мг, 3
- 1000 мг, 1, продленной инфузией в течение 4 часов
- 1000 мг, 2

**Продолжительность парентерального курса антибиотикотерапии
составляет**

- 5-7 суток
- 10-14 суток
- 6 недель
- 4 недели

**В случае снижения у пациентки фильтрационной способности почек с
клиренсом креатинина 65 мл/мин рекомендовано**

- снижение дозы левофлоксацина
- снижение дозы ванкомицина
- замена левофлоксацина на ципрофлоксацин
- замена ванкомицина на имипенем

**В случае развития у пациентки псевдомембранозного колита средней
тяжести на фоне антибактериальной терапии необходимо назначить**

- снижение дозы левофлоксацина
- снижение дозы ванкомицина
- замена левофлоксацина на ципрофлоксацин
- замена ванкомицина на имипенем

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет обратилась в приемный покой стационара.

Жалобы

Боли, отек и чувство распирания в области правой голени, подъем температуры тела до 38^oС в вечернее время.

Анамнез заболевания

За 9 дней до обращения получила в быту резаную рану задней поверхности голени в средней трети, упав на битое стекло, по поводу чего в

травматологическом пункте по месту жительства была выполнена первичная хирургическая обработка раны с наложением швов. Через 8 суток после травмы и операции отметила резкое усиление болевого синдрома, фебрильную лихорадку в вечернее время, за сутки до обращения развился выраженный отек по задней поверхности правой голени, появилось отделяемое из раны.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Образование высшее, бухгалтер. Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние. Перенесла аппендэктомию в возрасте 23 лет, флебэктомию справа в возрасте 42 лет. Аллергоанамнез: отек Квинке на ампициллин. Сопутствующая патология: Хронический бронхит, ст. ремиссии. Гипертоническая болезнь 2 ст. Узловой нетоксический зоб. Хронический пиелонефрит

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Вес 82 кг, рост 162 см. Температура тела 37,4^oC. ЧД – 18 в минуту.

* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

* Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные.

* Общий соматический осмотр патологии внутренних органов не выявил.

* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 135/95 мм.рт.ст.

* Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный

* Локальный статус: левая нижняя конечность - без признаков воспаления. На правой нижней конечности по задней поверхности голени определяется болезненный при пальпации обширный инфильтрат размером 6 x 10 см с очагом флюктуации по центру и с гиперемизированными кожными покровами, локальная гипертермия и расхождение краёв в нижней трети послеоперационной раны с незначительным серозно-гнойным отделяемым.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- снижение дозы левофлоксацина
- снижение дозы ванкомицина
- замена левофлоксацина на ципрофлоксацин
- замена ванкомицина на имипенем

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- снижение дозы левофлоксацина
- снижение дозы ванкомицина
- замена левофлоксацина на ципрофлоксацин
- замена ванкомицина на имипенем

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- снижение дозы левофлоксацина
- снижение дозы ванкомицина
- замена левофлоксацина на ципрофлоксацин
- замена ванкомицина на имипенем

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- «дневного» стационара
- травматологического пункта
- поликлиники по месту жительства
- хирургического отделения стационара

Пациентке показано

- дренирование флегмоны
- выполнение радикальной хирургической обработки очага инфекции
- консервативное лечение без хирургического вмешательства
- вскрытие и открытое ведение флегмоны

С учетом характера течения заболевания, результатов лабораторных исследований и данных анамнеза необходимо назначить

- моксифлоксацин
- ампициллин
- амоксициллин/клавуланат
- цефазолин

Моксифлоксацин следует назначить по 400 мг

- 3 р/сут внутрь
- 1 р/сут в/в капельно
- 1 р/сут в/в струйно
- 2 р/сут в/в капельно

При отсутствии положительной клинической динамики после радикальной хирургической обработки на фоне антибактериальной терапии следует предположить наличие

- повышенной фильтрационной способности почек и проконсультироваться с нефрологом

- дополнительного очага инфекции и выполнить компьютерную томографию
- резистентного возбудителя и оценить качество хирургической санации очага
- полиорганной недостаточности и перевести пациента в реанимацию

При положительной динамике на фоне парентерального назначения антибактериальных препаратов проведение ступенчатой терапии приводит к

- уменьшению стоимости лечения, но увеличению сроков эрадикации возбудителя
- сокращению общего срока антибактериальной терапии при сохранении высокой эффективности
- уменьшению стоимости лечения и сокращению сроков пребывания в стационаре при сохранении высокой эффективности
- увеличению безопасности проводимой антибактериальной терапии

По окончании радикальной хирургической обработки очага инфекции рану, очищенную от некротизированных тканей, необходимо

- обильно промыть раствором антисептика и дренировать
- обработать жирорастворимой антимикробной мазью и дренировать
- промыть физиологическим раствором и ушить наглухо
- проверить на наличие инородных тел и ушить наглухо

Режим дозирования моксифлоксацина, если у пациентки значимое нарушение функции почек и клиренс креатинина 35 мл/мин

- составляет 200 мг 1 раз в 2 дня
- составляет 200 мг 1 р/сут
- составляет 400 мг 1 раз в 3 дня
- не требует коррекции

В случае выделения у пациентки с нарушением функции почек из тканевых биоптатов полирезистентного штамма стафилококка, устойчивого к фторхинолонам, следует

- составляет 200 мг 1 раз в 2 дня
- составляет 200 мг 1 р/сут
- составляет 400 мг 1 раз в 3 дня
- не требует коррекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

на

- * болевой синдром в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией в нижние конечности (боль усиливается в положении стоя и облегчается в положении лежа, иррадирует по передне-боковой поверхности, преимущественно в область коленных суставов и стоп; в левой ноге боль выражена сильнее);
- * онемение в ногах при длительной ходьбе (более 500 м).

Анамнез заболевания

Болевой синдром в пояснице беспокоит более 20 лет. Последние 5 лет отмечает нарастающие боли в области ног (больше в левой), появление онемения в ногах при ходьбе. Наблюдается у невролога, неоднократно проходила курсы лечения в условиях неврологического стационара. Консервативное лечение (массаж, ЛФК, обезболивающие) приносят временное облегчение.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: псориаз.
- * Хронические инфекции, контакт с инфекционными больными: отрицает.
- * Травмы: отрицает.
- * Операции: отрицает.
- * Аллергии: новокаин.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Ориентация в месте, личности, времени правильная. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, влажные, обычного цвета. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 68 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/80 mmHg. Дыхание везикулярное, проводится во все лёгочные отделы. Хрипов нет. ЧД 19 /мин. Гиперстеник. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Позывы к дефекации и микции в норме. *Неврологический статус.* Черепно-мозговые нервы в норме. Мышечная сила: верхние конечности 5 баллов, равномерно, нижние конечности 5 баллов, равномерно. Физиологические рефлексy равномерно понижены в нижних конечностях равномерно. Патологические рефлексy не определяются. Чувствительность снижена по L4, L5 S1 больше слева. Менингеальных признаков нет. Симптомы натяжения отсутствуют.

Локальный статус. Ходит с дополнительной опорой из-за боли. При осмотре туловище смещено вправо. Отмечается умеренная сколиотическая деформация поясничного отдела. Ось тела отклонена вперед. При пальпации в области пояснично-крестцового отдела отмечается ригидность мышц поясницы, усиление боли при надавливании на остистые отростки.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- составляет 200 мг 1 раз в 2 дня
- составляет 200 мг 1 р/сут
- составляет 400 мг 1 раз в 3 дня

- не требует коррекции

Результаты инструментальных методов обследования

Для постановки диагноза и определения тактики лечения необходимо еще провести

- составляет 200 мг 1 раз в 2 дня
- составляет 200 мг 1 р/сут
- составляет 400 мг 1 раз в 3 дня
- не требует коррекции

Результаты обследования

Какой предполагаемый основной диагноз

- составляет 200 мг 1 раз в 2 дня
- составляет 200 мг 1 р/сут
- составляет 400 мг 1 раз в 3 дня
- не требует коррекции

Диагноз

Фоновым заболеванием для данной патологии является

- дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника
- болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилит)
- диффузный токсический зоб
- сахарный диабет 1 типа

Из немедикаментозных методов лечения наиболее активно применяют

- иглорефлексотерапию
- регулярные гимнастические упражнения (ЛФК)
- диетотерапию
- магнитотерапию

К показаниям к оперативному лечению относят

- отсутствие клинически значимого эффекта от консервативного лечения
- наличие клинически значимого эффекта от консервативного лечения
- предпочтения лечащего врача и медицинского персонала
- предпочтения пациента и его родственников

Для купирования болевого синдрома применяются

- препараты группы холинолитиков
- спазмолитические препараты

- противосудорожные лекарственные средства
- нестероидные противовоспалительные средства

Объем оперативного лечения зависит от степени

- сопутствующего гонартроза
- неврологических расстройств
- нарушения баланса позвоночника
- сколиотической деформации грудного отдела

Обязательным условием декомпрессивно-стабилизирующего оперативного вмешательства является

- удаление всех межпозвонковых грыж
- восстановление баланса позвоночника
- установка системы ламинарной фиксации
- устранение острого реберного горба

После декомпрессивно-стабилизирующей операции с восстановлением баланса позвоночника в послеоперационном периоде больной способен подняться с постели на +__+ сутки

- 7
- 10
- 5
- 1

Частым сопутствующим заболеванием является

- кардиосклероз
- пневмофиброз
- гипотиреоз
- остеопороз

К возможным отдаленным осложнениям после декомпрессивно-стабилизирующих операций относят

- кардиосклероз
- пневмофиброз
- гипотиреоз
- остеопороз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 11 лет с мамой обратилась к ортопеду в детскую поликлинику.

Жалобы

Жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

По словам матери, с 5-6 лет изменилась осанка у ребенка, стала горбиться за столом. Летом этого года, родители отметили появление реберного горба, особенно четко он определяется при наклоне кпереди. У врача не наблюдалась. В течение 2 лет отметили прогрессирование деформации. Обратились к участковому педиатру, после чего было выдано направление к ортопеду.

Анамнез жизни

- * Растет и развивается согласно возрасту.
- * Хронические заболеваний нет.
- * Аллергических реакций мать не отмечает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Походка не изменена.

Ось тела сохранена, физиологические изгибы позвоночника выраженные, поясничные треугольники разные, асимметрия надплечий и осей позвоночных костей. При пробе Адамса отмечается реберный горб справа, при использовании сколиометра угол наклона 41 градус, умеренная болезненность при пальпации паравертебральных мышц.

Сила в нижних и верхних конечностях по 5б, чувствительность сохранена. Физиологические рефлексы с н/к и в/к обычной живости, патологические рефлексы не определяются.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- кардиосклероз
- пневмофиброз
- гипотиреоз
- остеопороз

Результаты инструментального метода обследования

Дополнительным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- кардиосклероз
- пневмофиброз
- гипотиреоз
- остеопороз

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом для данной пациентки является

- кардиосклероз
- пневмофиброз
- гипотиреоз

- остеопороз

Диагноз

Угол Кобба 14 градусов соответствует + _____ + сколиоза

- легкой степени
- тяжелой степени
- отсутствию
- средней степени

При дуге сколиотической деформации >40 градусов, степень костного возраста по Risser 1. Пациенту с AIS следует рекомендовать

- физиолечение, динамическое наблюдение каждые 2 месяца
- наблюдение и повторную рентгенограмму через 6 месяцев
- корсетотерапию и динамическое наблюдение
- хирургическую коррекцию

Наиболее известной и чаще всего используемой классификацией для детского идиопатического сколиоза (AIS) является классификация

- SRS-Schwab
- Schwab
- King
- Lenke

Для определения ротации тел позвонков используют классификацию

- King
- SRS-Schwab
- Nash Moe
- Чаклина

Объемом дальнейшего лечения у данного пациента является

- корсетотерапия с физиотерапией
- хирургическая коррекция с установкой имплантов
- вытяжение петель Глиссона с физиолечением
- вытяжение за ремённые бугры и массаж

Преимуществом моноаксиальных транспедикулярных винтов по сравнению с крючками является

- применение прямого деротационного маневра
- простота установки имплантов
- возможность давать дистракцию и компрессию
- меньшее количество послеоперационных осложнений

В послеоперационном периоде активизация больного разрешается

- на 7 день
- на 3 день
- на следующий день
- через 1 месяц

Помимо пола, степени сколиотической дуги, еще одним показателем фактора риска дальнейшего прогрессирования сколиотической деформации является

- костный возраст
- степень развития мышечной системы
- степень умственного развития
- количество хронических заболеваний

В шкале Risser выделяют + _____ + степеней

- костный возраст
- степень развития мышечной системы
- степень умственного развития
- количество хронических заболеваний

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 5 лет с матерью обратился в медицинскую организацию к врачу – травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

- * боли в правом предплечье и локтевом,
- * деформацию в области предплечья и локтевого сустава,
- * невозможность движений в суставе.

Анамнез заболевания

Травма произошла 1 час назад. Ребенок играл во дворе. Упал на детской площадке с «улитки» с упором на правую руку появились сильные боли, деформация предплечья. В сопровождении матери обратились в детский травматологический пункт при детской больнице со специализированным травматологическим отделением.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Из детских болезней перенес ветряную оспу в возрасте трех лет. Другими детскими инфекционными заболеваниями не болел.
- * Аллергологический анамнез без особенностей.
- * Гепатитами не болел.

Объективный статус

По органам и системам в соответствии с возрастом.

Местный статус: ребенок удерживает руку здоровой рукой, повреждения кожных покровов не выявлено.

При осмотре отмечается деформация на границе верхней и средней трети локтевой кости с углом, открытым кнутри, по наружной поверхности имеется выстояние головки лучевой кости. Пальпация в области локтевого сустава и верхней трети предплечья резко болезненна. Движения в локтевом суставе невозможны из-за боли. Нарушений кровообращений не выявлено.

Для постановки диагноза необходимо проведение рентгенографии в области

- костный возраст
- степень развития мышечной системы
- степень умственного развития
- количество хронических заболеваний

Результаты обследования

В момент возникновения данной травмы может произойти повреждение + _____ + нерва

- кожно-мышечного
- срединного
- лучевого
- локтевого

К рентгенологическим признакам, указывающим на наличие вывиха головки лучевой кости, кроме линии Гинзбурга, относят

- линию Вилькинштейна
- линию Смита
- определение оси локтевой и лучевой костей
- линию Хильгенрайдера

Для определения возможных нарушений функции лучевого нерва при повреждении Монтеджи проводят тест на

- отсутствие активного разгибания кисти и пальцев поврежденного сегмента конечности
- отсутствие активного сгибания предплечья в локтевом суставе
- противопоставление 1 пальца
- сведение пальцев кисти при среднем положении кисти

Предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является

- отсутствие активного разгибания кисти и пальцев поврежденного сегмента конечности
- отсутствие активного сгибания предплечья в локтевом суставе
- противопоставление 1 пальца
- сведение пальцев кисти при среднем положении кисти

Диагноз

Тактикой лечения в данном случае является проведение

- открытой репозиции костных отломков локтевой кости с металлоостеосинтезом и открытое устранение вывиха головки лучевой кости с трансартикулярной фиксацией спицей
- закрытой репозиции костных отломков под местным обезболиванием
- закрытой репозиции костных отломков локтевой кости с вправлением головки лучевой кости под наркозом
- открытой репозиции костных отломков локтевой кости с остеосинтезом и закрытое устранение вывиха головки лучевой кости

После проведения репозиции костных отломков и устранения вывиха головки, подтвержденные данными рентгенографии, повторная рентгенография

- открытой репозиции костных отломков локтевой кости с металлоостеосинтезом и открытое устранение вывиха головки лучевой кости с трансартикулярной фиксацией спицей
- закрытой репозиции костных отломков под местным обезболиванием
- закрытой репозиции костных отломков локтевой кости с вправлением головки лучевой кости под наркозом
- открытой репозиции костных отломков локтевой кости с остеосинтезом и закрытое устранение вывиха головки лучевой кости

На основании рентгенологической картины после репозиции определяется

- стояние костных отломков локтевой кости удовлетворительное, подвывих головки лучевой кости устранен
- подвывих головки лучевой кости устранен, сохранено поперечное смещение костных отломков локтевой кости с удовлетворительным стоянием
- сохранение подвывиха головки лучевой кости, ось локтевой кости правильная
- подвывих головки лучевой кости устранен, сохранено поперечное смещение костных отломков локтевой кости с неудовлетворительным стоянием

Тактикой лечения после оценки полученных рентгенограмм является

- необходимость открытой репозиции головки лучевой кости без репозиции локтевой кости, т.к. стояние костных отломков удовлетворительное
- закрытое наложение аппарата Илизарова для стабилизации костных отломков локтевой кости, с проведением спицы с упорной площадкой через головку лучевой кости для устранения ее подвывиха
- необходимость повторной репозиции с устранением подвывиха головки лучевой кости
- необходимость наблюдения и продолжения фиксации в гипсовой лонгете

При проведении двукратной попытки устранения подвывиха головки лучевой кости достичь ее вправления не удалось. Дальнейшей тактикой ведения пациента является

- открытая репозиция головки лучевой кости без репозиции локтевой кости, т.к. стояние костных отломков удовлетворительное
- одноэтапное открытое вправление головки лучевой кости с остеосинтезом локтевой кости в положении гиперкоррекции и трансартикулярной фиксацией головки лучевой кости спицей
- закрытое наложение аппарата Илизарова для стабилизации костных отломков локтевой кости с проведением спицы с упорной площадкой через головку лучевой кости для устранения ее подвывиха
- продолжение попыток закрытой репозиции для устранения подвывиха головки лучевой кости, т.к. допустимо выполнить 5-6 попыток

Снятие внешней иммобилизации с локтевого сустава, если она требуется, после операции открытого вправления головки лучевой кости с остеотомией локтевой кости и фиксацией отломков локтевой кости штифтом Богданова

- показано через 2 недели после удаления фиксирующей головку лучевой кости спицы для начала ранней разработки движений, фиксация отломков локтевой кости стабильна
- показано через 4-5 недель от момента операции после появления признаков консолидации костных отломков локтевой кости
- не требуется, так как фиксация костных отломков локтевой кости и головки лучевой кости стабильная и не требуется ее проведения
- показано через 2 месяца до наступления окончательной перестройки костной мозоли, что гарантирует стабильность локтевой кости при начале разработки движений

Трансартикулярно фиксирующую головку лучевой кости спицу целесообразно удалить

- показано через 2 недели после удаления фиксирующей головку лучевой кости спицы для начала ранней разработки движений, фиксация отломков локтевой кости стабильна

- показано через 4-5 недель от момента операции после появления признаков консолидации костных отломков локтевой кости
- не требуется, так как фиксация костных отломков локтевой кости и головки лучевой кости стабильная и не требуется ее проведения
- показано через 2 месяца до наступления окончательной перестройки костной мозоли, что гарантирует стабильность локтевой кости при начале разработки движений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 11 лет обратился в лечебное учреждение к врачу травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

* ограничение движений в правом локтевом суставе, его деформацию.

Анамнез заболевания

1 год назад ребенок упал с турника. Появились сильные боли в области правого локтевого сустава, деформация в области верхней трети предплечья. Родители с ребенком обратились в детский травматологический пункт. Пациенту выполнены рентгенограммы верхней трети правого предплечья (локтевой сустав не захватывался). Поставлен диагноз перелом правой локтевой со смещением. Наложена гипсовая лонгета на правую верхнюю конечности от верхней трети до пястно-фаланговых суставов. Пациент отпущен домой с рекомендацией явка через 1 месяц. Через 1 месяц выполнена рентгенография костей правого предплечья без захвата локтевого сустава. Констатирована консолидация костных отломков с остаточным угловым смещением локтевой кости. Рекомендована разработка движений. В процессе разработки в течение 3 месяцев родители обратили внимание на деформацию в области наружной поверхности локтевого сустава, ограничение движений сохранялось, обратились в специализированное учреждение. Рентгенограммы выполнены с захватом локтевого сустава, по описанию сросшийся перелом локтевой кости, данных по состоянию локтевого сустава нет.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Из детских болезней перенес ветряную оспу в возрасте трех лет.
- * Другими детскими инфекционными заболеваниями не болел.
- * Аллергологический анамнез без особенностей.
- * Гепатитами не болел.

Объективный статус

По органам и системам в соответствии с возрастом.

Местный статус: при осмотре отмечается деформация на границе верхней и средней трети локтевой кости с углом открытым кнутри, по наружной поверхности имеется выстояние головки лучевой кости. Имеется ограничение движений в локтевом суставе сгибание 70° , разгибание 140° , ротационные

движения в локтевом суставе не ограничены. Пальпация головки лучевой кости и места деформации локтевой кости практически безболезненны.

Для постановки диагноза необходимо проведение рентгенографии в области

- показано через 2 недели после удаления фиксирующей головку лучевой кости спицы для начала ранней разработки движений, фиксация отломков локтевой кости стабильна
- показано через 4-5 недель от момента операции после появления признаков консолидации костных отломков локтевой кости
- не требуется, так как фиксация костных отломков локтевой кости и головки лучевой кости стабильная и не требуется ее проведения
- показано через 2 месяца до наступления окончательной перестройки костной мозоли, что гарантирует стабильность локтевой кости при начале разработки движений

Результаты обследования

Необходимым дополнительно для постановки диагноза и решения вопроса о методе лечения является проведение

- показано через 2 недели после удаления фиксирующей головку лучевой кости спицы для начала ранней разработки движений, фиксация отломков локтевой кости стабильна
- показано через 4-5 недель от момента операции после появления признаков консолидации костных отломков локтевой кости
- не требуется, так как фиксация костных отломков локтевой кости и головки лучевой кости стабильная и не требуется ее проведения
- показано через 2 месяца до наступления окончательной перестройки костной мозоли, что гарантирует стабильность локтевой кости при начале разработки движений

Результаты обследования

Наряду с линией Гинзбурга подтверждающей рентгенологический диагноз вывиха головки лучевой кости является

- показано через 2 недели после удаления фиксирующей головку лучевой кости спицы для начала ранней разработки движений, фиксация отломков локтевой кости стабильна
- показано через 4-5 недель от момента операции после появления признаков консолидации костных отломков локтевой кости
- не требуется, так как фиксация костных отломков локтевой кости и головки лучевой кости стабильная и не требуется ее проведения
- показано через 2 месяца до наступления окончательной перестройки костной мозоли, что гарантирует стабильность локтевой кости при начале разработки движений

Результаты обследования

Предварительным диагнозом у ребенка является

- показано через 2 недели после удаления фиксирующей головку лучевой кости спицы для начала ранней разработки движений, фиксация отломков локтевой кости стабильна
- показано через 4-5 недель от момента операции после появления признаков консолидации костных отломков локтевой кости
- не требуется, так как фиксация костных отломков локтевой кости и головки лучевой кости стабильная и не требуется ее проведения
- показано через 2 месяца до наступления окончательной перестройки костной мозоли, что гарантирует стабильность локтевой кости при начале разработки движений

Диагноз

Основным рентгенологическим признаком для выбора метода лечения является

- показано через 2 недели после удаления фиксирующей головку лучевой кости спицы для начала ранней разработки движений, фиксация отломков локтевой кости стабильна
- показано через 4-5 недель от момента операции после появления признаков консолидации костных отломков локтевой кости
- не требуется, так как фиксация костных отломков локтевой кости и головки лучевой кости стабильная и не требуется ее проведения
- показано через 2 месяца до наступления окончательной перестройки костной мозоли, что гарантирует стабильность локтевой кости при начале разработки движений

На основании данной рентгенограммы целесообразным оперативным вмешательством является

- открытая репозиция головки лучевой кости с корригирующей остеотомией локтевой кости с последующей фиксацией отломков штифтом Богданова с трансартикулярной фиксацией головки лучевой кости спицей без восстановления кольцевидной связки. При высоком стоянии лучевой кости предварительное низведение лучевой кости путем раздельного наложения аппарата внешней фиксации за лучевую и локтевую кости
- проведение открытой репозиции головки лучевой кости с корригирующей остеотомией локтевой кости с последующей фиксацией отломков штифтом Богданова с трансартикулярной фиксацией головки лучевой кости спицей с восстановлением кольцевидной связки
- проведение закрытого наложения аппарата внешней фиксации: раздельно на локтевую и лучевую кости. Низвести лучевую кость, после ее

низведения произвести закрытое вправление головки лучевой кости при помощи спиц с упорами и удерживать ее в течение 6 недель до формирования полноценной рубцовой ткани

- проведение открытого вправления головки лучевой кости после низведения лучевой кости аппаратом внешней фиксации с формированием кольцевидной связки, которая удерживает головку лучевой кости в правильном положении без корригирующей остеотомии локтевой кости

Проведение оперативного вмешательства при застарелых повреждениях Монтеджи у детей заключается в проведении

- закрытого наложения аппарата внешней фиксации: отдельно на локтевую и лучевую кости. Низвести лучевую кость, после ее низведения произвести закрытое вправление головки лучевой кости при помощи спиц с упорами и удерживать ее в течение 6 недель до формирования полноценной рубцовой ткани
- открытой репозиции головки лучевой кости с корригирующей остеотомией локтевой кости с последующим фиксацией отломков штифтом Богданова с трансартикулярной фиксацией головки лучевой кости спицей с восстановлением кольцевидной связки, которая удерживает головку лучевой кости в правильном положении. При высоком стоянии лучевой кости предварительное низведение лучевой кости путем раздельного наложения аппарата внешней фиксации за лучевую и локтевую кости
- открытого вправления головки лучевой кости; после, если это требуется, низведения лучевой кости аппаратом внешней фиксации, с формированием кольцевидной связки, которая удерживает головку лучевой кости в правильном положении без корригирующей остеотомии локтевой кости
- открытой репозиции головки лучевой кости с корригирующей остеотомией локтевой кости с последующей фиксацией отломков штифтом Богданова с трансартикулярной фиксацией головки лучевой кости спицей без восстановления кольцевидной связки. При высоком стоянии лучевой кости предварительное низведение лучевой кости путем раздельного наложения аппарата внешней фиксации за лучевую и локтевую кости

Восстановление кольцевидной связки, фиксирующей головку лучевой кости с локтевой костью

- не проводится
- проводят аллотрансплантатом
- проводят лавсановой лентой
- проводят сухожильным аутоотрансплантатом

Удаление спицы, фиксирующую головку лучевой кости, проводится

- через 2 недели со снятием швов
- через 6 недель после окончательного формирования рубцовых тканей удерживающих
- через 7 дней после операции
- после консолидации костных отломков локтевой кости

Разработка движений в локтевом суставе начинается

- со 2-3 дня после операции, во время перевязки проводится инициальная разработка с проведением качательных движений в диапазоне 10-15 градусов, со сменой положения предплечья в локтевом суставе
- через 4-5 недель после выписки, после проведения контрольной рентгенографии и констатации появления первых признаков консолидации локтевой кости
- через 8-9 недель от момента операции после окончательной перестройки костной мозоли в зоне остеотомии локтевой кости
- через 2 недели после операции после удаления трансартикулярной спицы, фиксирующей головку лучевой кости с учетом внутрикостной фиксации отломков локтевой кости

Окончание внешней иммобилизации локтевого сустава, если она была необходима, после операции открытого вправления головки лучевой кости с остеотомией локтевой кости и фиксации отломков локтевой кости штифтом Богданова проводится

- через 4-5 недель от момента операции, после появления признаков консолидации костных отломков локтевой кости
- снятие внешней иммобилизации не требуется, так как фиксация костных отломков локтевой кости и головки лучевой кости стабильная и не требуется ее проведения
- через 2 недели после удаления фиксирующей головки лучевой кости спицы для начала ранней разработки движений, фиксация отломков локтевой кости стабильна
- через 2 месяца после наступления окончательной перестройки костной мозоли, что гарантирует стабильность локтевой кости при начале разработки движений

Повторный осмотр после выписки

- через 4-5 недель от момента операции, после появления признаков консолидации костных отломков локтевой кости
- снятие внешней иммобилизации не требуется, так как фиксация костных отломков локтевой кости и головки лучевой кости стабильная и не требуется ее проведения
- через 2 недели после удаления фиксирующей головки лучевой кости спицы для начала ранней разработки движений, фиксация отломков локтевой кости стабильна

- через 2 месяца после наступления окончательной перестройки костной мозоли, что гарантирует стабильность локтевой кости при начале разработки движений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 4 лет обратился в лечебное учреждение к врачу травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

- * ограничение движений в правом локтевом суставе, его деформацию,
- * отсутствие активного сгибания и разгибания правой кисти и пальцев.

Анамнез заболевания

1 месяц назад ребенок упал дома с дивана. Появились сильные боли в области правого локтевого сустава, деформация в области верхней трети предплечья. Родители с ребенком обратились в детский травматологический пункт. Пациенту выполнены рентгенограммы верхней трети правого предплечья (локтевой сустав не захватывался). Поставлен диагноз перелом правой локтевой со смещением. Наложена гипсовая лонгета на правую верхнюю конечность от верхней трети до пястно-фаланговых суставов. Пациент отпущен домой с рекомендацией явка через 1 месяц. Через 1 мес. выполнена рентгенография костей правого предплечья без захвата локтевого сустава. Констатирована консолидация костных отломков с остаточным угловым смещением локтевой кости. Рекомендована разработка движений. В процессе разработки родители обратили внимание на деформацию в области наружной поверхности локтевого сустава, отсутствие разгибания правой кисти и пальцев и через 1,5 месяца от момента травмы обратились в специализированное лечебное учреждение. Имелось активное разгибание пальцев и кисти в момент травмы, родители не помнят. Со слов матери через 7-10 дней после травмы она заметила, что ребенок не разгибает пальцы, кисть была фиксирована. Обращались в травматологический пункт, врач связал данную клинику с отеком в области перелома.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Из детских болезней перенес ветряную оспу в возрасте трех лет. Другими детскими инфекционными заболеваниями не болел.
- * Аллергологический анамнез без особенностей.
- * Гепатитами не болел.

Объективный статус

По органам и системам в соответствии с возрастом.

Местный статус: при осмотре отмечается деформация на границе верхней и средней трети локтевой кости с углом открытым кнутри, по наружной поверхности имеется выступание головки лучевой кости. Имеется ограничение движений в локтевом суставе сгибание 70° , разгибание 140° , ротационные движения в локтевом суставе не ограничены. Пальпация головки лучевой кости

и места деформации локтевой кости практически безболезненны. Активного разгибания правой кисти и пальцев нет (свисающая кисть).

Необходимой для постановки диагноза является консультация врача

- хирурга
- эпидемиолога
- невролога
- педиатра

Для постановки диагноза необходимо провести

- хирурга
- эпидемиолога
- невролога
- педиатра

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- хирурга
- эпидемиолога
- невролога
- педиатра

Диагноз

Сопутствующим диагнозом является травматическая невропатия

+ _____ + нерва

- кожно-мышечного
- срединного
- лучевого
- локтевого

Признаком, указывающим на повреждение нерва в данном случае, является

- отсутствие сведения и разведения пальцев на кисти
- отсутствие противопоставления 1 пальца кисти
- отсутствие активного разгибания пальцев и кисти
- резкое ограничение сгибания предплечья в локтевом суставе

Перед выбором тактики лечения необходимо дополнительно оценить

- степень сдавления нервного ствола головкой лучевой кости
- степень выраженности процесса рубцевания вокруг нервного ствола
- состояние других нервов на уровне локтевого сустава

- уровень сдавления нерва головкой лучевой кости

Тактика лечения заключается в

- выполнении экстренного оперативного вмешательства
- проведении двухэтапного лечения
- проведении одноэтапного оперативного лечения в ближайшее время
- продолжении консервативного лечения

Предоперационное планирование предполагает проведение

- ревизии и невролиза лучевого нерва на протяжении, открытого вправления головки лучевой кости с остеотомией локтевой кости с созданием правильной оси локтевой кости и металлоостеосинтезом и трансартрикулярной фиксацией головки лучевой кости, без проведения сухожильно-мышечной пластики
- ревизии и невролиза лучевого нерва на протяжении, открытого вправления головки лучевой кости с остеотомией локтевой кости с созданием правильной оси локтевой кости и металлоостеосинтезом и трансартрикулярной фиксацией головки лучевой кости, с проведением сухожильно-мышечной пластики на кисти, т.к. восстановление лучевого нерва может не произойти
- открытого вправления головки лучевой кости с остеотомией локтевой кости с созданием правильной оси локтевой кости и металлоостеосинтезом и трансартрикулярной фиксацией головки лучевой кости, без ревизии лучевого нерва и без проведения сухожильно-мышечной пластики
- выполнение первым этапом невролиза лучевого нерва с его перемещением в интактную зону. Втором этапом после перестройки костного регенерата локтевой кости выполнить этап вправления головки лучевой кости с корригирующей остеотомией локтевой кости и если не восстановится лучевой нерв одновременно выполнить операцию сухожильно-мышечной пластики

Восстановление кольцевидной связки во время операции с помощью имплантов

- проводится за счет сухожильного аллотрансплантата
- проводится за счет сухожильного аутооттрансплантата
- проводится с помощью лавсановой ленты
- не требуется

Удаление трансартрикулярной спицы, фиксирующей головку лучевой кости, проводится

- через 2 недели со снятием швов
- через 7 дней после операции

- через 6 недель после окончательного формирования рубцовых тканей удерживающих
- после консолидации костных отломков локтевой кости

Дополнительным лечебным мероприятием, которое следует рекомендовать в связи с повреждением нерва, является наложение гипсовой лонгеты или брейса в

- среднем положении кисти и пальцев
- положении локтевой девиации и сгибания в лучезапястном суставе
- положении разгибания пальцев и кисти
- положении локтевого сустава под углом $60-70^{\circ}$ для более свободного лежания лучевого нерва на уровне локтевого сустава

Повторный осмотр после выписки из стационара

- среднем положении кисти и пальцев
- положении локтевой девиации и сгибания в лучезапястном суставе
- положении разгибания пальцев и кисти
- положении локтевого сустава под углом $60-70^{\circ}$ для более свободного лежания лучевого нерва на уровне локтевого сустава

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет обратилась к травматологу-ортопеду в поликлинику.

Жалобы

на

* сильную боль в области грудной клетки, с иррадиацией в правую лопатку.

Анамнез заболевания

Отмечает, что год назад беспокоила боль ниже лопаток, лечилась самостоятельно путем мажевой аппликации на область боли препаратом НПВП. Через 6 месяцев отметила изменение осанки, сгорбленность. Текущие жалобы появились 4 недели назад во время уборки (мыла окна, поднимала ведро с водой). За помощью не обращалась, принимает НПВС в таблетках, а также местно компрессы из капустного листа, с положительным эффектом.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: ХСН: ИБС (инфаркт 2010), ГБ 2 ст. СД 2 типа.

Остеопороз (Т-критерий -3.0, Z-критерий -1,6).

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* Аллергическая реакция на пенициллин.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 155 см, масса тела 77 кг. Ходит самостоятельно, без дополнительной опоры. Ось тела смещена кпереди, при осмотре грудного отдела, имеется кифотическая деформация, поясничный лордоз сохранен. При пальпации болезненность паравертебральных мышц Th5,

Th6 позвонков. Сила в нижних и верхних конечностях по 5б, чувствительность сохранена. Физиологические рефлексy с н/к и в/к обычной живости, патологические рефлексy не определяются.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- среднем положении кисти и пальцев
- положении локтевой девиации и сгибания в лучезапястном суставе
- положении разгибания пальцев и кисти
- положении локтевого сустава под углом 60-70° для более свободного лежания лучевого нерва на уровне локтевого сустава

Результаты обследования

Необходимыми лабораторными методами обследования при впервые выявленном остеопорозе являются

- общеклинический анализ крови
- ферритин и железо крови
- иммунофиксация белков сыворотки крови
- биохимический анализ крови
- костно-специфическая щелочная фосфатаза

Предполагаемым основным диагнозом является

- общеклинический анализ крови
- ферритин и железо крови
- иммунофиксация белков сыворотки крови
- биохимический анализ крови
- костно-специфическая щелочная фосфатаза

Диагноз

Методом дополнительного обследования, который необходимо назначить пациенту для установки диагноза, является

- биопсия костного мозга
- денситометрия
- рентген бедренной кости
- биопсия паращитовидной железы

Для дифференциальной диагностики с патологическим переломом на фоне опухоли для определения тактики лечения проводят

- рентген бедренной кости
- трепанбиопсию из тела Th6
- биопсию костного мозга
- биопсию паращитовидной железы

Для определения тактики лечения рекомендованные сроки определения маркеров костного ремоделирования (резорбции при назначении антирезорбтивной терапии и костеобразования при назначении анаболической терапии) составляют исходно и через + _____ + месяца

- 1
- 12
- 6
- 3

Наиболее подходящей тактикой лечения данного перелома является

- симптоматическое лечение
- вертебропластика
- применение антирезорбтивных препаратов (например деносумаб)
- назначение блокады с лидокаином и дексаметазоном

К препаратам выбора лечения в послеоперационном периоде относят

- антибиотики
- нестероидные противовоспалительные средства
- бисфосфонаты
- стронция ранелат

Активизация пациента после оперативного лечения происходит на + ___ + сутки

- 1-2
- 20-30
- 5-6
- 3-4

Наиболее предпочтительная длительность терапии остеопороза таблетированными бисфосфонатами составляет + _____ + лет

- 1
- 10
- 5
- 3

Согласно ВОЗ, уровнем Т-критерия, при котором выставляется диагноз Остеопороз, является

- -1,5
- -1
- -2,5
- -2,0

Необходимым количеством маркеров костного ремоделирования для лабораторной оценки является

- -1,5
- -1
- -2,5
- -2,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 31 год, пришел в приемное отделение сам. Госпитализирован в стационар.

Жалобы

на

- * сильные боли в шейном отделе позвоночника, усиливающиеся при попытках поворота головы,
- * невозможность держать голову ровно,
- * боли и онемение по наружной поверхности правой руки и 1 пальца.

Анамнез заболевания

По словам жены, отдыхали на озере. После ссоры, пострадавший нырнул вниз головой с причала, выплыл самостоятельно. Сразу почувствовал боль и слабость мышц шеи, боли и онемение правого плеча, до локтевого сустава.

Анамнез жизни

- * Не работает.
- * Хронические заболевания: гепатит В, ремиссия.
- * Курит, алкоголем злоупотребляет.
- * Аллергических реакций нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, в сознании. Больной сидит и поддерживает голову двумя руками, на просьбу опустить руки, отвечает, что "иначе голову не удержит". Рост 172 см, масса тела 78 кг. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см. из под края реберной дуги. При осмотре имеются множественные ссадины, кровоподтеки в области лопаток, затылка. При пальпации, напряжение мышц шеи, болезненность в области остистых отростков 4-5 шейных позвонков. Сила в нижних и верхних конечностях по 5б, гипестезия по наружной поверхности правого плеча (радикулоишемия С6 нерва). Физиологические рефлексы с н/к и в/к обычной живости, патологические рефлексы не определяются.

На первичном этапе для постановки диагноза необходимо назначить

- -1,5
- -1
- -2,5

- -2,0

Результаты обследования

Наиболее информативными методами обследования для оценки компрессии спинномозговых структур являются

- -1,5
- -1
- -2,5
- -2,0

Результаты обследования

Данному пациенту поставлен диагноз: + _____ + C5 позвонка

- -1,5
- -1
- -2,5
- -2,0

Диагноз

Компрессионный перелом

Переломо-вывих тела

Спондилолистез тела

Перелом остистого отростка

По классификации AO-spine, у данного пациента тип перелома

- A1
- A3
- B2
- C3

Оптимальным сроком для проведения хирургического лечения будет

- через 6 месяцев после травмы и при сохранении неврологических расстройств
- после стабилизации соматических показателей
- через 1 год и при сохранении неврологических расстройств
- через 1 месяц после травмы и при сохранении неврологических расстройств

Показанием для оперативного вмешательства на позвоночнике является

- тяжелая черепно-мозговая травма
- повреждения внутренних органов
- компрессионный корешковый синдром
- травматический шок

Наиболее подходящей тактикой лечения является

- динамическое наблюдение
- корсетотерапия, блокады с лидокаином и дексаметазоном
- оперативное лечение
- HALO аппарат или вытяжение за теменные бугры

В данном случае оптимальным будет являться + _____ + доступ

- трансоральный
- передний срединный
- задний
- переднебоковой

При угловой деформации шейного отдела $> + ___ + ^\circ$, показано оперативное лечение

- 21
- 11
- 5
- 40

Длительность использования ортеза и воротника на шейный отдел после операции составляет + _____ + месяца (ев)

- 12
- 3
- 2
- 1

Неврологические изменения по классификации ASIA соответствуют типу

- A
- D
- B
- E

Активизация больного после декомпрессивно-стабилизирующей операции происходит на + _____ + сутки

- A
- D
- B

- Е

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 39 лет госпитализирован в стационар в отделение травматологии и ортопедии.

Жалобы

на

- * острые жгучие боли в левой ноге,
- * боли в спине,
- * онемение кожных покровов в области левого колена и голени.

Анамнез заболевания

Периодические приступы болевого синдрома в спине отмечает в течении последних 8 лет. Три дня назад при подъеме тяжести (автомобильное колесо) почувствовал «простреливающую» боль в пояснице. На следующее утро при попытке встать с кровати почувствовал онемение в левой ноге и нарастающий болевой синдром в области левого колена и голени, судороги в икроножной мышце. Прием НПВС с приносит кратковременное облегчение боли. Дома осмотрен участковым терапевтом, госпитализирован в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

- * Бухгалтер, работает в офисе.
- * Хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- А
- D
- B
- E

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- А

- D
- B
- E

Диагноз

Предшественником данного заболевания является

- длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов
- злоупотребление алкоголем
- инфекционный мононуклеоз
- наличие дегенеративно-дистрофических изменений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника

Морфологическим субстратом секвестра служат фрагменты пульпозного ядра и

- остеофит
- фиброзное кольцо
- желтая связка
- гиалиновый хрящ

Наиболее предпочтительной тактикой лечения является

- наблюдение за больным
- срочное оперативное лечение
- консервативное лечение
- оперативное лечение в плановом порядке

Наиболее предпочтительным хирургическим вмешательством является

- микродискэктомия
- задний спондилодез
- транспедикулярная фиксация
- нуклеопластика

Оптимальным является + _____ + доступ

- передний
- передне-боковой
- задний
- боковой

Среднее время операции при микродискэктомии составляет

- 20 минут
- 75 – 80 минут
- 3 часа

- 120 минут

Наиболее частым ранним осложнением после хирургического лечения грыжи межпозвонкового диска является

- массивная кровопотеря во время операции
- параплегия в нижних конечностях
- инфекция области хирургического вмешательства
- механическая нестабильность

Механическая нестабильность позвоночно-двигательного сегмента после операции

- является наиболее частым осложнением в отдаленном периоде после микродискэктомии
- требует проведения повторной микродискэктомии с обязательным использованием эндоскопической техники
- может развиваться при чрезмерной резекции межпозвонкового сустава
- не является показанием к проведению стабилизирующей операции

Длительность постельного режима после оперативного лечения составляет + ___ + дня/дней

- 3
- 7
- 5
- до 1

Риск рецидива межпозвонковой грыжи повышен при

- 3
- 7
- 5
- до 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 49 лет поступила в консультативную поликлинику.

Жалобы

на

* сильную боль в области поясницы с иррадиацией в нижние конечности, не зависящую от положения тела, физической нагрузке,

* периодический озноб,

* общую слабость.

Анамнез заболевания

Пациентку в течение полугода беспокоили боли в поясничном отделе, 2 месяца назад была оперирована по поводу грыжи межпозвонкового диска L3-4, в объеме: микродискэктомии. Сразу после операции боли прошли, первый месяц протекал спокойно, повышения температуры не было, показатели общего и биохимического анализа крови не выходили за границы нормы. Месяц назад поднялась температура, при самостоятельном измерении до 38 градусов, озноб по ночам, сильные боли в нижней части поясницы с иррадиацией в нижние конечности до стоп.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: хр. цистит, хр. гастрит, СД 2 типа, туберкулез (со слов в юности).

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Положение тела вынужденное. Передвигается на короткие расстояния с дополнительной опорой. При осмотре поясничного отдела имеется п/о рубец физиологической окраски. Болезненность при пальпации паравerteбральных мышц. Сила в нижних и верхних конечностях по 5б, чувствительность сохранена. Физиологические рефлексы с н/к повышены с обеих сторон, патологические рефлексы не определяются. Симптом Ласега, Брагарда положительны с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 3
- 7
- 5
- до 1

Результаты лабораторных методов обследования

Дополнительными методами инструментальной диагностики являются

- 3
- 7
- 5
- до 1

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым диагнозом является

- 3
- 7
- 5
- до 1

Диагноз

Наиболее часто данное заболевание вызывает

- Staphylococcus aureus
- Candida albicans
- асептический процесс
- менингококк

Предпочтительной тактикой лечения является

- санация очага и передний спондилодез аутокостью
- спондилосинтез
- эпидуральное введение антибиотиков
- антибиотикотерапия

Показаниями к оперативному лечению является отсутствие эффекта от антибиотикотерапии и

- при “чистых” посевах из диска
- прогрессирующий неврологический дефицит
- отсутствие необходимых антибиотиков для смены терапии
- личное желание пациента или врача

Необходимыми исследованиями в ходе лечения являются

- посевы мокроты
- посевы крови
- клинические анализы крови
- биопсия очага

Противопоказанием для хирургического лечения пациента со спондилодисцитом с прогрессирующим неврологическим дефицитом является

- инсульт или инфаркт в анамнезе
- СРБ > 0,50 mg/dl
- плегия
- сепсис

Критерием клинической оценки эффективности лечения спондилодисцита является

- уровень СРБ < 0,50 mg/dl
- уменьшение границы между костной и мягкой тканями
- нормальная температура тела
- увеличение признаков костной деструкции

Операцией выбора при хирургическом лечении спондилодисцита является

- эндопротезирование
- санация очага
- костотранзверзэктомия
- открытая стабилизация

Необходимо проводить дифференциальную диагностику спондилодисцита и

- грыжи межпозвонкового диска
- новообразования
- синовальной кисты
- спондилеза

Наиболее распространенными возбудителями неспецифического спондилита являются

- грыжи межпозвонкового диска
- новообразования
- синовальной кисты
- спондилеза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 23 года обратился на прием к травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

* ноющие боли в грудном отделе позвоночника, усиливающиеся при длительной статической нагрузке (в положении стоя, сидя).

Болевой синдром облегчается в положении лежа и после приема НПВС. При длительном нахождении в положении лежа на спине также появляются боли.

Анамнез заболевания

Отмечает появление боли между лопатками в детском возрасте (около 15 лет назад), тогда же обнаружили кифотическую деформацию грудного отдела позвоночника. Наблюдался у ортопеда. Последние 5 лет отмечает увеличение кифоза в грудном отделе, появление постоянных болей в положении стоя и сидя. Самостоятельно занимается в спортзале.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: отрицает.

* Хронические инфекции, контакт с инфекционными больными отрицает.

* Травмы – не было, операции – не было. Аллергии: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, влажные, обычного цвета. Периферические лимфатические узлы не

увеличены.

Пульс 74 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 120/80 mmHg. Дыхание везикулярное, проводится во все лёгочные отделы. Хрипов нет. ЧД 16 /мин.

Живот не увеличен в объёме, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика выслушивается.

Печень у края реберной дуги. Селезёнка перкуторно не увеличена.

Поколачивание по пояснице безболезненно. Отеков нет. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: сознание ясное. Ориентирован в месте, себе, времени правильно. ЧМН без патологии. Мышечная сила верхних конечностях N, D=S, нижних конечностях N, D=S. Физиологические рефлексы в норме D=S. Патологические рефлексы не определяются. Чувствительность: N, D=S. Менингеальных знаков нет.

Основным методом обследования для постановки диагноза является

- грыжи межпозвонкового диска
- новообразования
- синовиальной кисты
- спондилеза

Результаты обследования

Дополнительным методом для постановки диагноза и выбора тактики лечения является

- грыжи межпозвонкового диска
- новообразования
- синовиальной кисты
- спондилеза

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- грыжи межпозвонкового диска
- новообразования
- синовиальной кисты
- спондилеза

Диагноз

Основными опорными критериями постановки диагноза являются

- кифоз в грудном отделе больше 40 градусов; угловая (клиновидная) деформация по меньшей мере 3 смежных позвонков; сопутствующая

патология: грыжи Шморля, перелом (иногда с отломком) апофиза тела позвонка

- прогрессирующие боли и слабость в нижних конечностях. Кифоз в грудном отделе больше 20 градусов; угловая (клиновидная) деформация по меньшей мере 1 позвонка; сопутствующая патология: грыжи Шморля
- ригидность мышц в области грудного и поясничного отделов позвоночника. Кифоз в грудном отделе больше 20 градусов; угловая (клиновидная) деформация по меньшей мере 1 позвонка; сопутствующая патология: грыжи Шморля
- поясничный гиперлордоз, саблевидные голени. Кифоз в грудном отделе больше 20 градусов; угловая (клиновидная) деформация по меньшей мере 1 позвонка; сопутствующая патология: грыжи Шморля

Наиболее часто применяемым вариантом лечения является

- медикаментозная терапия хондропротекторами
- ношение экстензионного корсета
- хирургическая коррекция кифоза
- комплексное немедикаментозное лечение (ЛФК, массаж, физиотерапия)

Показаниями к хирургическому лечению являются

- болевой синдром в грудном и поясничном отделах, ригидность мышц поясницы и шеи, затруднение дыхания по ночам, головокружение в дневное время
- косметический дефект, который беспокоит больного, членов его семьи и окружающих, неэффективность коррекции психологического состояния
- сопутствующее заболевание надпочечников, которое проявляется в виде высоких значений артериального давления
- неэффективность консервативной терапии, бурное прогрессирование деформации позвоночника и наличие исходно грубых деформаций

Во время оперативного лечения в обязательном порядке необходимо выполнять

- коррекцию кифоза
- костотранзверзэктомию
- ревизию спинного мозга
- пересечение спинномозговых нервов

Коррекция кифоза происходит за счет + _____ + опорных структур

- укорочения передних
- укорочения задних
- растяжения задних
- растяжения передних

В послеоперационном периоде больной не нуждается в

- ранней активизации
- корсете
- тромбопрофилактике
- обезболивании

Наиболее грозным послеоперационным осложнением является

- поверхностная инфекция раны
- появление головокружения и одышки
- послеоперационная гематома
- неврологический дефицит

Для улучшения вентиляции легких после операции необходимо назначить

- прогулки на свежем воздухе
- воздушные ванны
- велоэргометрию
- дыхательную гимнастику

Методом реабилитации, который используется в раннем послеоперационном периоде, является

- прогулки на свежем воздухе
- воздушные ванны
- велоэргометрию
- дыхательную гимнастику

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 75 лет обратилась в районный травм пункт самотеком.

Жалобы

на

- * боли в области правого лучезапястного сустава,
- * невозможность движений в правом лучезапястном суставе.

Анамнез заболевания

Со слов больной травма за 2 часа до обращения выходя из подъезда дома поскользнулась, упала с упором на правую руку. Сознание не теряла, головой не ударялась. Почувствовала резкую боль в области правого лучезапястного сустава, усиливающуюся при движениях. Самостоятельно поднялась и доехала до районного травматологического пункта.

Анамнез жизни

* Страдает ИБС: стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имела.
- * Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, Рост 164 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические отеки нижних конечностей. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень ниже края реберной дуги +2 см.

Местный статус. Отек, деформация в области правого лучезапястного сустава, по ладонной поверхности в нижней трети правого предплечья имеется рана размерами 1x1 см без признаков выраженного кровотечения из раны дренируется гематома. При пальпации отмечается резкая болезненность в области дистального метаэпифиза лучевой кости и шиловидного отростка локтевой. Активные и пассивные движения резко ограничены, болезненны. Нейроциркуляторных расстройств в кисти не отмечается.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится

- прогулки на свежем воздухе
- воздушные ванны
- велоэргометрию
- дыхательную гимнастику

Результаты инструментального метода обследования

Необходимым действием в условиях травматологического пункта является

- репозиция и фиксация в гипсовой лонгете
- ушивание раны и репозиция с назначением следующей явки
- наложение асептической повязки на область раны предплечья
- направление пациентки на госпитализацию
- наложение иммобилизирующей повязки на область перелома
- ушивание раны

Пациентка доставлена в стационар. В анамнезе у нее стенокардия напряжения, при поступлении АД 140/90, ЧСС 90 в мин. Необходимым диагностическим мероприятием является

- проведение коронарографии для определения степени проходимости коронарных сосудов
- обязательная оценка общего холестерина и его фракций со срочной коррекцией
- электрокардиография (ЭКГ)
- выполнение ЭХОКГ для оценки сократительной функции миокарда

Указанная клинико-рентгенологическая картина соответствует

- проведение коронарографии для определения степени проходимости коронарных сосудов
- обязательная оценка общего холестерина и его фракций со срочной коррекцией
- электрокардиография (ЭКГ)
- выполнение ЭХОКГ для оценки сократительной функции миокарда

Диагноз

После установки диагноза открытого перелома дистального метаэпифиза костей предплечья при необходимости дополнительной предоперационной подготовки больная должна быть переведена в отделение травматологии в течение 2 часов с момента

- выполнения рентгенограмм
- осмотра анестезиологом-реаниматологом
- поступления в приёмное отделение
- выставления диагноза

К неотложным консультациям специалистов в предоперационном периоде относятся консультации

- эндокринолога
- сосудистого хирурга
- кардиолога
- терапевта; анестезиолога-реаниматолога

Наиболее оптимальным способом оперативного лечения открытого перелома дистального метаэпифиза костей предплечья со смещением отломков типа Колеса у лиц пожилого возраста является

- наложение дистракционного аппарата наружной фиксации, первичная хирургическая обработка раны
- выполнение асептической обработки раны, иммобилизация, затем по заживлению раны остеосинтез блокируемой пластиной
- выполнение накостного остеосинтеза сразу при поступлении блокируемой пластиной
- проведение первичной хирургической обработки раны с закрытой репозицией и наложением гипсовой лонгеты

Оптимальными сроками выполнения оперативного вмешательства у данной больной будут являться сроки

- не более 6 часов с момента поступления в приемное отделение
- не более 24 часов с момента поступления в приемное отделение
- более 10 суток в плановом порядке
- не более 5 суток с момента поступления в приемное отделение

Методом выбора дальнейшего лечения у пациентки является

- переход на гипсовую иммобилизацию сразу по заживлению раны независимо от положения отломков и сохраняющимся из смещении
- переход на погружной остеосинтез в минимально ранние сроки любым типом пластин
- гипсовая повязка через 3 недели после наложения аппарата наружной фиксации
- выполнение максимально раннего погружного остеосинтеза

Переход на погружной остеосинтез пластиной рекомендуется

- сразу по заживлению раны, степень смещения отломков не имеет значения
- как только врач полностью убедится, что инфицирования раны нет
- в любой ситуации
- по заживлению раны, при сохраняющемся смещении отломков

Наиболее оптимальным при накостном остеосинтезе у лиц пожилого возраста при наличии компрессии суставной поверхности и образовании «пустот» в области дистального метаэпифиза лучевой кости является применение

- костных трансплантатов не требуется
- местных тканей – костной стружкой с соседних участков диафиза лучевой кости
- аутокости из гребня подвздошной кости
- аллотрансплантата

Лечебную физкультуру при переломе дистального метаэпифиза костей предплечья у лиц пожилого возраста следует начинать

- костных трансплантатов не требуется
- местных тканей – костной стружкой с соседних участков диафиза лучевой кости
- аутокости из гребня подвздошной кости
- аллотрансплантата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 22 лет обратилась к врачу травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

* периодические подвывихи левого надколенника во время физических нагрузок.

Анамнез заболевания

Со слов больной, травму левого коленного сустава получила в детстве во время занятий физкультурой. Лечение консервативное в поликлинике по месту жительства (гипсовая иммобилизация, лечебная физкультура, физиотерапия). После восстановления функции коленного сустава отмечает подвывихи надколенника 1-2 раза в месяц при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * Условия труда и быта удовлетворительные.
- * Гепатит - отр., туберкулез, венерические заболевания отрицает.
- * Аллергические реакции на препараты отрицает.
- * Гемотрансфузий не было.
- * Флюорография – без патологии.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. Дыхание ритмичное, везикулярное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Язык чистый, влажный. Живот активно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Периферические лимфоузлы не изменены. Физиологические отправления не нарушены.

Локальный статус. Передвигается самостоятельно, без дополнительной опоры. Контуры левого коленного сустава не изменены. Активные и пассивные движения в полном объеме, безболезненны. Амплитуда движений – 185-40°°. Пальпация левого коленного сустава умеренно болезненна в области надколенника. Кровоснабжение и иннервация дистальных отделов конечности не нарушены.

Для постановки диагноза необходимо выполнить определение уровня
+ _____ + **крови**

- костных транспалнтатов не требуется
- местных тканей – костной стружкой с соседних участков диафиза лучевой кости
- аутокости из гребня подвздошной кости
- аллотранспалантата

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить рентгенографию
коленного сустава в + _____ + проекции

- костных транспалнтатов не требуется
- местных тканей – костной стружкой с соседних участков диафиза лучевой кости
- аутокости из гребня подвздошной кости

- аллотрансплантата

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо определить

+ _____ + надколенника

- симптом баллотирования
- высоту стояния
- форму и размер
- степень боковой подвижности

Для постановки диагноза необходимо выполнить тест

- Файербэнкса
- вальгусного отклонения голени
- Лахмана
- «переднего выдвигающего ящика»

Данному пациенту поставлен диагноз: + _____ + левого надколенника

- Файербэнкса
- вальгусного отклонения голени
- Лахмана
- «переднего выдвигающего ящика»

Диагноз

У данного пациента имеется привычный + _____ + вывих левого надколенника

- латеральный
- нижний
- верхний
- медиальный

Наиболее частым последствием привычного вывиха надколенника является

- развитие остеоартроза бедренно-надколенникового сочленения
- повреждение менисков
- повреждение крестообразных связок
- артрофиброз коленного сустава

Для лечения привычного вывиха надколенника рекомендуется

- физиотерапевтическое лечение

- ортезирование коленного сустава
- лечебная физкультура
- оперативное лечение

Целью оперативного лечения при привычном вывихе надколенника является

- повышение стабильности надколенника при средних углах сгибания в коленном суставе
- максимально стабильная фиксация надколенника при разогнутом коленном суставе
- восстановление оптимальной траектории скольжения надколенника во всей амплитуде движений в коленном суставе
- полное обездвиживание надколенника

При нормальном анатомическом соотношении в бедренно-надколенниковом сочленении наиболее эффективным методом оперативного лечения является

- абразивная хондропластика надколенника
- реконструкция медиальной бедренно-надколенниковой связки
- транспозиция бугристости большеберцовой кости
- эндопротезирование надколенника

Послеоперационное ограничение осевой нагрузки

- не требуется
- с опорой на костыли необходимо в течение 4 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 8 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции

В течение первой недели после операции рекомендуется назначение

- не требуется
- с опорой на костыли необходимо в течение 4 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 8 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 31 года обратился в травматологическое отделение городской больницы к врачу – травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

* боли в левом коленном суставе, усиливающиеся при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Со слов больного, травму левого коленного сустава получил 1,5 года назад во время игры в футбол. Лечение консервативное в поликлинике по месту жительства (нестероидные противовоспалительные препараты) - с временным положительным эффектом. Обострение болевого синдрома отмечает 1 месяц назад, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * Условия труда и быта удовлетворительные.
- * Гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает.
- * Аллергические реакции на препараты отрицает.
- * Гемотрансфузий не было.
- * Флюорография без патологии.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное, Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. Дыхание ритмичное, везикулярное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Язык чистый, влажный. Живот активно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Периферические лимфоузлы не изменены. Физиологические отправления не нарушены.

Локальный статус. Передвигается самостоятельно, без дополнительной опоры. Контуры левого коленного сустава сглажены за счет умеренного внутрисуставного выпота. Активные и пассивные движения в полном объеме, умеренно болезненны в крайних положениях. Амплитуда движений – 175-50⁰. Пальпация левого коленного сустава умеренно болезненна в проекции медиального отдела суставной щели. Кровоснабжение и иннервация дистальных отделов конечности не нарушены.

Для постановки диагноза необходимо выполнить определение уровня

+ _____ + **крови**

- не требуется
- с опорой на костыли необходимо в течение 4 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 8 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

+ _____ + **левого коленного сустава**

- не требуется
- с опорой на костыли необходимо в течение 4 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 8 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции

Результаты обследования

**Для постановки диагноза необходимо выполнить + _____ +
коленного сустава**

- перкуссию
- аускультацию
- пальпацию
- осмотр

Для постановки диагноза необходимо провести оценку

- теста «переднего выдвигающего ящика»
- теста «заднего выдвигающего ящика»
- симптома Байкова
- теста Лахмана

Данному пациенту поставлен диагноз: + _____ + разрыв медиального мениска левого коленного сустава

- теста «переднего выдвигающего ящика»
- теста «заднего выдвигающего ящика»
- симптома Байкова
- теста Лахмана

Диагноз

Данный разрыв мениска является

- горизонтальным
- по типу «ручки лейки»
- неполным
- краевым

**Разрыв мениска по типу «ручки лейки» может вызывать + _____ +
коленного сустава**

- нестабильность
- подвывих
- анкилоз
- блокаду

Разрыв мениска по типу «ручки лейки» является показанием к

- физиотерапевтическому лечению
- иммобилизации коленного сустава
- лечебной физкультуре
- оперативному лечению

При таких типах разрывов методом оперативного лечения является

- мозаичная костно-хрящевая аутопластика коленного сустава
- артроскопическая резекция медиального мениска
- открытое удаление медиального мениска
- артроскопический шов медиального мениска

При таких типах разрывов необходимым объемом вмешательства является

- резекция заднего рога мениска
- удаление поврежденного участка мениска
- резекция тела мениска
- тотальная менискэктомия

После артроскопической резекции мениска послеоперационная иммобилизация коленного сустава

- не требуется
- необходима тутором сроком на 4 недели
- необходима тутором сроком на 6 недель
- необходима тутором сроком на 2 недели

После артроскопической резекции мениска в течение первой недели после операции рекомендуется назначение

- не требуется
- необходима тутором сроком на 4 недели
- необходима тутором сроком на 6 недель
- необходима тутором сроком на 2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 41 года обратилась к врачу травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

* боли и ощущение неустойчивости в правом коленном суставе при повседневных бытовых нагрузках.

Анамнез заболевания

Со слов больной, травму правого коленного сустава получила около 6 месяцев назад во время ДТП (пассажир) – ударилась правой голенью о переднюю панель автомобиля. Доставлена в приемное отделение городской больницы, где была выполнена рентгенография – без костно-травматической патологии, пункция коленного сустава, удалено 80 мл геморрагического выпота, наложена гипсовая иммобилизация коленного сустава сроком на 1 месяц. После снятия гипсовой иммобилизации и восстановления функции коленного сустава отмечает

сохранение болей и чувства неустойчивости в правом коленном суставе, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * Условия труда и быта удовлетворительные.
- * Гепатит - отр., туберкулез, венерические заболевания отрицает.
- * Аллергические реакции на препараты отрицает.
- * Гемотрансфузий не было.
- * Флюорография без патологии.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное, Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. Дыхание ритмичное, везикулярное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Язык чистый, влажный. Живот активно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Периферические лимфоузлы не изменены. Физиологические отправления не нарушены.

* Локальный статус.* Передвигается самостоятельно, без дополнительной опоры. Щадящая правосторонняя хромота. Контуры правого коленного сустава сглажены не изменены. Активные и пассивные движения в полном объеме, безболезненны. Амплитуда движений – 185-45⁰. Пальпация правого коленного сустава умеренно болезненна в проекции медиального и латерального отдела суставной щели. Кровоснабжение и иннервация дистальных отделов конечности не нарушены.

Для постановки диагноза необходимо выполнить определение уровня

+ _____ + крови

- не требуется
- необходима тутором сроком на 4 недели
- необходима тутором сроком на 6 недель
- необходима тутором сроком на 2 недели

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

+ _____ + правого коленного сустава

- не требуется
- необходима тутором сроком на 4 недели
- необходима тутором сроком на 6 недель
- необходима тутором сроком на 2 недели

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо провести + _____ + коленного сустава

- перкуссию
- оценку амплитуды движений
- пальпацию
- оценку стабильности

Для постановки диагноза необходимо выполнить тесты

- «переднего выдвигного ящика» и вальгусного отклонения голени
- Лахмана и Файербэнкса
- «переднего выдвигного ящика» и «заднего выдвигного ящика»
- «заднего выдвигного ящика» и варусного отклонения голени

Данному пациенту поставлен диагноз: Разрыв

+ _____ + **связки правого коленного сустава**

- «переднего выдвигного ящика» и вальгусного отклонения голени
- Лахмана и Файербэнкса
- «переднего выдвигного ящика» и «заднего выдвигного ящика»
- «заднего выдвигного ящика» и варусного отклонения голени

Диагноз

Разрыв передней и задней крестообразной связки в данном случае следует рассматривать как

- застарелый
- хронический
- свежий
- спонтанный

Застарелый разрыв передней и задней крестообразной связки чаще всего проявляется в виде + _____ + коленного сустава

- гипостезии
- гемартроза
- хронической нестабильности
- развития деформации

Для лечения разрывов передней и задней крестообразных связок рекомендуется

- медикаментозная терапия
- оперативное лечение
- физиотерапевтическое лечение
- лечебная физкультура

При оперативном лечении таких повреждений необходимо выполнить

- реконструкцию только задней крестообразной связки
- удаление культы передней и задней крестообразной связки
- реконструкцию передней и задней крестообразных связок
- реконструкцию только передней крестообразной связки

Во время операции необходимо

- выполнить моделирующую резекцию межмышцелковой вырезки бедренной кости
- выполнить латеральный релиз надколенника
- выполнить субтотальную синовэктомию
- сформировать костные туннели для проведения трансплантатов в анатомических местах прикрепления передней и задней крестообразной связки

Послеоперационное ограничение осевой нагрузки

- не рекомендовано
- необходимо в течение первых суток после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 6 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции

Послеоперационная иммобилизация производится в положении

- не рекомендовано
- необходимо в течение первых суток после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 6 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет обратился к врачу травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

* боли и ощущение неустойчивости в правом коленном суставе при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Со слов больного, травму правого коленного сустава получил 2 недели назад во время игры в баскетбол (профессиональный игрок). После падения возникла острая боль в коленном суставе и отек, по поводу чего обратился в поликлинику по месту жительства. В день травмы в поликлинике была выполнена пункция коленного сустава, удалено 70 мл геморрагического выпота, гипсовая иммобилизация коленного сустава сроком на 2 недели. После снятия гипсовой иммобилизации отмечает сохранение болей и чувства неустойчивости в правом коленном суставе, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * Условия труда и быта удовлетворительные.
- * Гепатит - отр., туберкулез, венерические заболевания отрицает.
- * Аллергические реакции на препараты отрицает.
- * Гемотрансфузий не было.
- * Флюорография без патологии.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное, Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. Дыхание ритмичное, везикулярное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Язык чистый, влажный. Живот активно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Периферические лимфоузлы не изменены. Физиологические отправления не нарушены.

Локальный статус. Передвигается самостоятельно, без дополнительной опоры. Щадящая правосторонняя хромота. Контуры правого коленного сустава сглажены не изменены. Активные и пассивные движения в полном объеме, умерено болезненны в крайних положениях. Амплитуда движений – 180-50⁰. Пальпация правого коленного сустава умерено болезненна в проекции медиального и латерального отдела суставной щели. Кровоснабжение и иннервация дистальных отделов конечности не нарушены.

Для постановки диагноза необходимо выполнить определение уровня

+ _____ + **крови**

- не рекомендовано
- необходимо в течение первых суток после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 6 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

+ _____ + **правого коленного сустава**

- не рекомендовано
- необходимо в течение первых суток после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 6 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции

Результаты обследования

**Для постановки диагноза необходимо провести + _____ +
коленного сустава**

- оценку стабильности

- перкуссию
- оценку амплитуды движений
- пальпацию

Для постановки диагноза необходимо выполнить тест

- «заднего выдвигающего ящика»
- варусного отклонения голени
- Лахмана
- вальгусного отклонения голени

**Данному пациенту поставлен диагноз: Разрыв + _____ +
связки правого коленного сустава**

- «заднего выдвигающего ящика»
- варусного отклонения голени
- Лахмана
- вальгусного отклонения голени

Диагноз

Разрыв передней крестообразной связки в данном случае следует рассматривать как

- свежий полный
- свежий частичный
- застарелый полный
- застарелый частичный

Для лечения полных разрывов передней крестообразной связки у пациентов с высокими функциональными нагрузками рекомендуется

- медикаментозная терапия
- физиотерапевтическое лечение
- оперативное лечение
- лечебная физкультура

Методом оперативного лечения является

- артроскопический шов передней крестообразной связки
- удаление культи передней крестообразной связки
- артроскопическая аутопластика передней крестообразной связки
- транспозиция сухожилий мышц гусиной лапки

Трансплантат передней крестообразной связки необходимо располагать в

- наиболее изометричных местах анатомического прикрепления
- изометрической позиции вне зоны анатомического прикрепления

- неизометрической и неанатомической зоне прикрепления
- анатомической позиции вне изометрических точек прикрепления

Оптимальная фиксации аутотрансплантата передней крестообразной связки осуществляется

- с использованием внутрикальных или экстракортикальных фиксаторов
- с использованием методики «пресс-фит»
- путем подшивания концов трансплантата к мягким тканям
- только в бедренном туннеле с использованием подвешивающей системы

После артроскопической аутопластики передней крестообразной связки послеоперационная иммобилизация коленного сустава

- не показана
- необходима сроком на 6 недель
- необходима сроком на 3 недели
- необходима только в первые сутки

Занятия контактными и игровыми видами спорта после артроскопической аутопластики передней крестообразной связки рекомендуется не ранее, чем через

- не показана
- необходима сроком на 6 недель
- необходима сроком на 3 недели
- необходима только в первые сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 19 лет обратился в травматологическое отделение городской больницы к врачу – травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

* периодические боли и блокады левого коленного сустава.

Анамнез заболевания

Со слов больного, травм левого коленного сустава не было. Постепенно нарастающие боли стали беспокоить около 1 года назад. Консервативно не лечился. Обострение болевого синдрома и возникновение периодических блокад сустава отмечает около 1 месяца назад, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

* Условия труда и быта удовлетворительные.

* Гепатит - отр., туберкулез, венерические заболевания отрицает.

* Аллергические реакции на препараты отрицает.

* Гемотрансфузий не было.

* Флюорография без патологии.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное, Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. Дыхание ритмичное, везикулярное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Язык чистый, влажный. Живот активно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Периферические лимфоузлы не изменены. Физиологические отправления не нарушены.

Локальный статус. Передвигается самостоятельно, без дополнительной опоры. Контуры левого коленного сустава сглажены за счет внутрисуставного выпота. Активные и пассивные движения в полном объеме, умерено болезненны в крайних положениях. Амплитуда движений – 180-45[^]0[^]. Пальпация левого коленного сустава умерено болезненна в проекции медиального отдела суставной щели. Кровоснабжение и иннервация дистальных отделов конечности не нарушены.

Для постановки диагноза необходимо выполнить определение уровня

+ _____ + крови

- не показана
- необходима сроком на 6 недель
- необходима сроком на 3 недели
- необходима только в первые сутки

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- не показана
- необходима сроком на 6 недель
- необходима сроком на 3 недели
- необходима только в первые сутки

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить + _____ + коленного сустава

- перкуссию
- осмотр
- пальпацию
- аускультацию

Для постановки диагноза необходимо провести оценку

- симптома Вильсона
- теста Лахмана
- теста «заднего выдвигного ящика»
- теста «переднего выдвигного ящика»

Данному пациенту поставлен диагноз: + _____ + левого коленного сустава

- симптома Вильсона
- теста Лахмана
- теста «заднего выдвигного ящика»
- теста «переднего выдвигного ящика»

Диагноз

Заболевание у данного пациента соответствует + _____ + стадии рассекающего остеохондрита согласно классификации ICRS (международное общество восстановления хряща)

- первой
- четвертой
- третьей
- второй

Рассекающий остеохондрит коленного сустава на четвертой стадии может приводить к

- формированию свободного внутрисуставного тела и образованию костно-хрящевого дефекта пораженного мыщелка бедренной кости
- изменению длины конечности
- повреждению связок
- повреждению менисков

Рассекающий остеохондрит коленного сустава четвертой стадии является показанием к

- иммобилизации коленного сустава
- оперативному лечению
- ограничению осевой нагрузки на пораженную конечность
- лечебной физкультуре

При четвертой стадии рассекающего остеохондрита целью оперативного лечения является

- удаление внутрисуставного костно-хрящевого тела
- восстановление стабильности коленного сустава
- устранение сопутствующих внутрисуставных повреждений

- удаление нестабильного фрагмента и восполнение костно-хрящевого дефекта мыщелка бедренной кости

Оптимальным методом лечения при данном типе повреждения является

- комбинированная методика (микрофрактуринг + подшивание коллагеновой мембраны)
- подшивание коллагеновой мембраны
- микрофрактуринг
- мозаичная костно-хрящевая аутопластика

Послеоперационное ограничение осевой нагрузки

- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции
- необходимо с опорой на костыли сроком на 6 недель
- с опорой на костыли необходимо в течение 4 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 8 недель после операции

В течение первой недели после операции рекомендуется назначение

- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции
- необходимо с опорой на костыли сроком на 6 недель
- с опорой на костыли необходимо в течение 4 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 8 недель после операции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет госпитализирована в стационар.

Жалобы

на

* ощущение боли в области поясницы без иррадиации в нижние конечности при наклонах, физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Упала с лошади 5 недель назад. Текущие жалобы начала замечать через 2 недели после травмы, за помощью не обращалась.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает.

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 82 кг.

Ось тела сохранена, при осмотре поясничного отдела, положительный симптом “вожжей”, болезненность при пальпации паравертебральных мышц. Сила в нижних и верхних конечностях по 5б, чувствительность сохранена.

Физиологические рефлексы с н/к и в/к обычной живости, патологические рефлексы не определяются.

Необходимыми инструментальными методами для постановки диагноза являются

- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции
- необходимо с опорой на костыли сроком на 6 недель
- с опорой на костыли необходимо в течение 4 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 8 недель после операции

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительным инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза и дальнейшей тактики лечения, является

- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции
- необходимо с опорой на костыли сроком на 6 недель
- с опорой на костыли необходимо в течение 4 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 8 недель после операции

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом пациента является

- с опорой на костыли необходимо в течение 12 недель после операции
- необходимо с опорой на костыли сроком на 6 недель
- с опорой на костыли необходимо в течение 4 недель после операции
- с опорой на костыли необходимо в течение 8 недель после операции

Диагноз

В классификации спондилолистеза по Myerding представлено + _____ + степеней

- 3
- 6
- 4
- 5

На начальном этапе лечения данного заболевания необходимо

- динамическое наблюдение в поликлинике по месту жительства
- провести экстренное оперативное лечение в условиях специализированного стационара
- назначить срочную физиотерапию на поясничную область в условиях санатория
- наблюдение, иммобилизация корсетом и симптоматическое лечение

Показаниями к оперативному вмешательству у пациентов данной категории являются

- предпочтения лечащего врача и медицинского персонала
- наличие клинически значимого эффекта от консервативного лечения
- нарастающие боли и неврологическая симптоматика
- развитие инфекционного воспаления в области патологического процесса

Основным отдаленным осложнением спондилолистного (истмического) спондилолистеза, кроме неврологических нарушений, является

- псевдоартроз
- разрыв фиброзного кольца диска
- разрыв желтой связки
- тромбоз сосудистой сети спинного мозга

Необходимым объемом оперативного вмешательства у данного пациента является

- ламинэктомия, костно-пластическая фиксация позвонка ребрами, задний спондилодез
- декомпрессия нервных структур, транспедикулярная фиксация, редукция позвонка, спондилодез
- ламинэктомия, транспедикулярная фиксация без проведения спондилодеза
- двусторонняя фораминотомия, корсетотерапия

Возможным осложнением при проведении оперативного вмешательства является

- некроз параспинальных мышц
- травма нерва
- перелом ножек позвонков
- кровотечение из эпидуральных вен

Для купирования послеоперационной боли стандартной анальгезирующей терапией является

- комбинация опиоидов и НПВС
- комбинация двух НПВС
- пролонгированное введение опиоидных анальгетиков через инфузомат
- комбинация двух опиоидных анальгетиков

Наиболее частым отдаленным осложнением, связанным с установкой спинальных имплантов неинфекционной этиологии у пациентов с данным заболеванием, является

- нестабильность вышележащего сегмента

- перелом металлоконструкции
- асептическое расшатывание винтов
- перелом остистых отростков

Наиболее подходящим препаратом для периоперационной антибиотикопрофилактики у данного пациента в стационаре, где MRSA часто вызывают раневую инфекцию, является

- нестабильность вышележащего сегмента
- перелом металлоконструкции
- асептическое расшатывание винтов
- перелом остистых отростков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 59 лет на приеме у травматолога-ортопеда.

Жалобы

на

- * боли в грудном отделе позвоночника, которые облегчаются в положении лежа и усиливаются в положении стоя и сидя,
- * ночные боли в области грудного отдела и ребер,
- * онемение в нижних конечностях,
- * шаткость походки,
- * нарушение равновесия,
- * задержку стула.

Анамнез заболевания

Ночные боли беспокоят около 4 месяцев. Острые боли в грудном отделе позвоночника возникли 1 месяц назад (после поднятия тяжести). Обращалась к неврологу по месту жительства, проходила курс консервативного лечения по поводу дегенеративно-дистрофического заболевания позвоночника с умеренно-положительной динамикой. Онемение в ногах и шаткость походки отмечает на протяжении двух недель, в динамике нарастает.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: рак молочной железы выявлен 1 год назад, проведена мастэктомия. У онколога не наблюдалась.
- * Хронические инфекции, контакт с инфекционными больными: отрицает.
- * Травмы позвоночника: отрицает.
- * Аллергии: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, влажные, обычного цвета. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 130/70 mmHg. Дыхание везикулярное, проводится во все лёгочные отделы. Хрипов нет. ЧД 19 /мин. Нормостеник. Живот мягкий, безболезненный во всех

отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Стул с задержкой, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус. Сознание ясное. Ориентация в месте, личности, времени правильная. Черепно-мозговые нервы в норме. Активные движения в конечностях в норме. Мышечная сила: верхние конечности 5 баллов, равномерно, нижние конечности 4 балла, равномерно. Физиологические рефлексы равномерно понижены в нижних конечностях. Патологические рефлексы не определяются. Чувствительность: гипестезия с уровня Th5 с двух сторон. Менингеальных признаков нет. Синдромы натяжения отсутствуют.

Локальный статус. Определяется кифотическая угловая деформация в грудном отделе позвоночника. При пальпации в области угла кифоза отмечается усиление боли, напряжение паравerteбральных мышц.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- нестабильность вышележащего сегмента
- перелом металлоконструкции
- асептическое расшатывание винтов
- перелом остистых отростков

Результаты обследования

Дополнительным методом диагностики для постановки диагноза и определения тактики лечения является

- нестабильность вышележащего сегмента
- перелом металлоконструкции
- асептическое расшатывание винтов
- перелом остистых отростков

Результаты обследования

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- компрессионном переломе на фоне остеопороза
- острой травмой позвоночника
- дегенеративно-дистрофическим заболеванием позвоночника
- мышечно-тоническим синдромом

Опорными диагностическими критериями служат

- онкологический анамнез и данные лучевых методов
- анамнез и жалобы пациента
- данные биохимического анализа крови
- данные электронейромиографии

Предпочтительным методом лечения больной является

- консервативное лечение с использованием корсета на грудно-поясничный отдел
- стабилизирующая операция на грудном отделе посредством установки металлоконструкции
- консервативное лечение – постельный режим на 3 месяца
- декомпрессивная ламинэктомия и стабилизация грудного отдела позвоночника металлоконструкцией

Обязательным этапом оперативного вмешательства является

- декомпрессия спинного мозга
- задний спондилодез
- тотальная спондилэктомия
- лигирование спинномозговых нервов

Экстренное хирургическое вмешательство по декомпрессии спинного мозга необходимо в случае

- двустороннего гидроторакса
- быстрого развития паралича
- декомпенсации соматического состояния
- развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей

Наиболее предпочтительным доступом для хирургического вмешательства является

- задний
- передне-боковой
- передний
- боковой

Наиболее часто встречающимся ранним осложнением после операции является

- нестабильность металлоконструкции
- парез или паралич
- ликворная киста
- глубокая инфекция раны

Наиболее часто встречающимся отдаленным осложнением после операции является

- продолженный рост опухоли
- ликворея
- глубокая инфекция раны
- псевдоартроз

Перелом Th5 позвонка является

- патологическим переломом
- переломом Ченса
- оскольчатым переломом
- дистракционным переломом

Пациентам с метастатическим поражением костей для профилактики патологических переломов назначают

- патологическим переломом
- переломом Ченса
- оскольчатым переломом
- дистракционным переломом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 63 лет обратилась к врачу – травматологу-ортопеду в травматологический пункт.

Жалобы

на

- * боль,
- * отек,
- * ограничение движения в 5 пальце правой кисти.

Анамнез заболевания

Травма 1,5 ч назад в быту. На правую руку упал тяжелый предмет (около 1 кг).

Анамнез жизни

ЖКБ. Хронический холецистит, вне обострения. Гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия II степени, ХСН IIА ФК II.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 86 ударов в 1 минуту, АД 145/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус. В проекции ногтевой фаланги 5 пальца правой кисти имеется умеренный отек (+0,2 см). Кожный покров не поврежден. Движения 5 пальце ограничены из-за боли. Пальпация в проекции ногтевой фаланги 5 пальца болезненная. Пальпаторно определяется патологическая подвижность в проекции ногтевой фаланги 5 пальца. Осевая нагрузка на 5 палец болезненная. Иннервация и кровоснабжение не нарушены.

Для постановки диагноза в условиях травмпункта необходимо выполнить

- компьютерную томографию
- магнитно-резонансную томографию

- рентгенографию правой кисти в прямой, косой, а при необходимости и строго боковой проекциях
- ультразвуковое исследование

Абсолютным признаком перелома в объективном статусе является

- болезненная пальпация в проекции ногтевой фаланги 5 пальца
- патологическая подвижность в области ногтевой фаланги 5 пальца
- ограничение движений 5 пальца из-за боли в проекции ногтевой фаланги
- наличие в проекции 5 пальца кисти умеренного отека (+0,3 см)

По результатам рентгенографического исследования выявлен перелом диафиза ногтевой фаланги 5 пальца со смещением отломков.

В связи с этим был поставлен диагноз

- болезненная пальпация в проекции ногтевой фаланги 5 пальца
- патологическая подвижность в области ногтевой фаланги 5 пальца
- ограничение движений 5 пальца из-за боли в проекции ногтевой фаланги
- наличие в проекции 5 пальца кисти умеренного отека (+0,3 см)

Диагноз

Пациентке показано

- проведение закрытой ручной репозиции, иммобилизация
- наложение гипсовой лангетной повязки в среднефизиологическом положении
- проведение металлоостеосинтеза
- наложение давящей бинтовой повязки

В проведении металлоостеосинтеза такому пациенту самым сложным этапом является

- разрез кожи и послойный доступ к зоне перелома
- фиксация винтами или спицами основной фаланги
- открытая репозиция отломков
- ушивание раны

Функционально выгодное положение при иммобилизации в области проксимальных межфаланговых суставов считается ладонное сгибание под углом

- 35°-45°
- 50°-60°
- 20°-30°
- 75°-90°

Функционально выгодное положение при иммобилизации в области дистальных межфаланговых суставов считается ладонное сгибание

- 10°-15°
- 50°-60°
- 30°-40°
- 20°-30°

Средний срок консолидации при переломе ногтевой фаланги кисти составляет + ____ + недель/недели

- 6
- 4
- 5
- 3

Дальнейшее лечение такой пациентки должно проводиться в условиях

- дневного стационара
- отделения интенсивной терапии
- приемного отделения стационара
- амбулатории (травматологического пункта или поликлиники)

Рентген-контроль пациентке после иммобилизации в условиях травмпункта выполняется на сроках: + ____ + дней и + ____ + недели

- 8; 2
- 7; 5
- 5; 4
- 10; 3

Визуально ротационное смещение можно определить по положению

- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- пястной кости поврежденного луча
- соседних пальцев к поврежденному
- кончика поврежденного пальца

Если через 10 дней после повторной рентгенографии выявляется вторичное смещение отломков, то лечение продолжается в

- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- пястной кости поврежденного луча
- соседних пальцев к поврежденному
- кончика поврежденного пальца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 19 лет обратилась в приемное отделение городской больницы к врачу травматологу-ортопеду по направлению из травматологического пункта.

Жалобы

на

* боль,

* отек,

* ограничение движения во 2-ом пальце правой кисти.

Анамнез заболевания

Травма 5 ч назад в быту. Упала с велосипеда на правую кисть.

Анамнез жизни

Сопутствующих заболеваний нет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 62 ударов в 1 мин., АД 115/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус. В проекции основной фаланги 2 пальца правой кисти имеется умеренный отек (+1,0 см). Кожный покров не поврежден. Движения 2 пальце ограничены из-за боли. Пальпация в проекции основной фаланги 2 пальца болезненная. Пальпаторно определяется патологическая подвижность в проекции о/ф 2 пальца. Осевая нагрузка на 2-ой палец болезненная.

Кровоснабжение и иннервация не нарушены.

Для постановки диагноза в условиях травмпункта необходимо выполнить

- рентгенографию правой кисти в прямой, косой, а, при необходимости, и строго боковой проекциях
- ультразвуковое исследование
- компьютерную томографию
- магнитно-резонансную томографию

Абсолютным признаком перелома в объективном статусе является

- рентгенографию правой кисти в прямой, косой, а, при необходимости, и строго боковой проекциях
- ультразвуковое исследование
- компьютерную томографию
- магнитно-резонансную томографию

Получены результаты рентгенологического исследования (см. изображение 1).

Данной пациентке поставлен диагноз

- рентгенографию правой кисти в прямой, косой, а, при необходимости, и строго боковой проекциях
- ультразвуковое исследование
- компьютерную томографию
- магнитно-резонансную томографию

Диагноз

Пациентке показано лечение

- металлоостеосинтез (МОС) одним винтом
- закрытая ручная репозиция, гипсовая лонгетная повязка в функциональном положении
- гипсовая лонгетная повязка в среднефизиологическом положении
- давящая бинтовая повязка
- репозиция отломков, МОС спицами Киршнера или двумя винтами

В операции металлоостеосинтеза самым сложным этапом является

- открытая репозиция отломков
- ушивание раны
- фиксация винтами или спицами о/ф
- разрез кожи и послойный доступ к зоне перелома

Функционально выгодным положением при иммобилизации в области кистевого сустава считается + _____ + флексия под углом + _____ + гр

- ладонная, 15
- тыльная, 60
- тыльная, 35-40
- тыльная, 50

Функционально выгодным положением при иммобилизации в области пястно-фаланговых суставов считается ладонное сгибание под углом + _____ + гр

- ладонная, 15
- тыльная, 60
- тыльная, 35-40
- тыльная, 50

Дополнительная информация

Гипсовая лонгетная повязка пациенту накладывается по ладонной стороне от 1/3 предплечья до головок с/ф 2 пальца в функционально выгодном положении пястно-фаланговых суставов (ладонное сгибание под углом 45-50 гр.)

Средний срок консолидации при косом переломе о/ф кисти составляет + _____ + недель/недели

- 7-8
- 9-10
- 5-6
- 3-4

Дальнейшее лечение пациента после стационара должно проводиться в условиях

- отделения интенсивной терапии
- приемного отделения стационара
- «дневного стационара»
- амбулатории (травматологического пункта или поликлиники)

Рентген-контроль пациентке после операции металлоостеосинтез о/ф 2 пальца правой кисти в условиях травмпункта выполняется на сроках + _____ + дней, + _____ + недель/недели

- 7; 8
- 5; 6
- 10; 3-4
- 8; 2

Визуально ротационное смещение можно определить по положению

- кончика поврежденного пальца
- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- соседних пальцев к поврежденному
- пястной кости поврежденного луча

После повторной рентгенографии через 10 дней, если выявляется вторичное смещение отломков, то лечение продолжается в

- кончика поврежденного пальца
- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- соседних пальцев к поврежденному
- пястной кости поврежденного луча

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет обратился в травматологический пункт к врачу – травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

* боль в области левой кисти.

Анамнез заболевания

Травма произошла сегодня в быту. На левую кисть упал твердый предмет весом около 1,5 кг.

Анамнез жизни

* Хронический гастрит, вне обострения.

* Аппендектомия 10 лет назад.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 68 ударов в 1 минуту, АД 120/60 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус. В проекции 3, 4 пястных костей левой кисти имеется умеренный отек (+0,5 см). Кожный покров не поврежден. Движения 3, 4 пальцев ограничены из-за боли в проекции 3, 4 пястных костей. Пальпация в проекции 3 пястной кости болезненная. Осевая нагрузка на 3 пястную кость болезненная. Пальпаторно определяется патологическая подвижность в проекции 3 пястной кости.

Для постановки диагноза в условиях травмпункта необходимо выполнить

- магнитно-резонансную томографию
- компьютерную томографию
- рентгенографию левой кисти в прямой, боковой, а при необходимости и кривой проекциях
- ультразвуковое исследование

Абсолютным признаком перелома в объективном статусе является

- наличие в проекции 3, 4 пястных костей левой кисти умеренного отека (+0,5 см)
- патологическая подвижность в области 3 пястной кости
- ограничение движения 3, 4 пальцев из-за боли в проекции 3, 4 пястных костей
- болезненная пальпация в проекции 3 пястной кости

У пациента по результатам рентгенологического исследования выявлен поперечный перелом основания 3 пястной кости без смещения отломков. В связи с этим поставлен диагноз

- наличие в проекции 3, 4 пястных костей левой кисти умеренного отека (+0,5 см)
- патологическая подвижность в области 3 пястной кости
- ограничение движения 3, 4 пальцев из-за боли в проекции 3, 4 пястных костей
- болезненная пальпация в проекции 3 пястной кости

Диагноз

Лечение пациента предполагает

- наложение гипсовой лонгетной повязки в среднефизиологическом положении
- наложение давящей бинтовой повязки
- проведение закрытой ручной репозиции, наложение гипсовой лонгетной повязки в функциональном положении
- оперативное лечение

Функционально выгодным положением при иммобилизации в области кистевого сустава считается + _____ + флексия под углом

- ладонная; 15°
- тыльная; 50°
- тыльная; 60°
- тыльная; 35°-40°

Функционально выгодным положением при иммобилизации в области пястно-фаланговых суставов считается ладонное сгибание под углом

- 45°-50°
- 10°-15°
- 65°-70°
- 55°-60°

Средний срок иммобилизации при переломе основания 3 пястной кости кисти без смещения отломков составляет + _____ + недель

- 4-5
- 6-8
- 8-10
- 10-12

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- дневного стационара
- амбулатории (травматологического пункта)
- стационара (отделение интенсивной терапии)
- стационара

Рентген-контроль пациенту после иммобилизации в условиях травмпункта выполняется на сроках + _____ + дней, + _____ +

- 5; 6 недель
- 7; 8 недель

- 15; 3 недели
- 10; 4-5 недель

Визуально ротационное смещение можно определить по положению

- пястной кости поврежденного луча
- соседних пальцев к поврежденному
- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- кончика поврежденного пальца

Длительность восстановления функции кисти после иммобилизации при переломе 3 пястной кости кисти составляет в среднем + ____ + недель

- 8-10
- 4-5
- 10-12
- 6-8

Если через 10 дней после повторной рентгенографии выявляется вторичное смещение отломков, то лечение продолжается в

- 8-10
- 4-5
- 10-12
- 6-8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился в приемное отделение городской больницы к врачу травматологу-ортопеду по направлению из травматологического пункта.

Жалобы

на

- * боль,
- * отек в области правой кисти.

Анамнез заболевания

Травма 5 ч назад в быту. Бежал, споткнулся, упал на правую кисть.

Анамнез жизни

- * Хронический холецистит, вне обострения.
- * Хронический вирусный гепатит «С».

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 62 ударов в 1 мин., АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не

выявлено.

Локальный статус. В проекции 2,3,4,5 пястных костей правой кисти имеется умеренный отек (+1,5 см). Кожный покров не поврежден. Движения 2,3,4,5 пальцев ограничены из-за боли в проекции 3,4 пястных костей. Пальпация в проекции 3,4 пястных костей болезненная. Пальпаторно определяется патологическая подвижность в проекции 3,4 пястных костей. Осевая нагрузка на 3,4 пястные кости болезненная. Иннервация и кровоснабжение не нарушены. **Для постановки диагноза в условиях травмпункта необходимо выполнить**

- компьютерную томографию
- магнитно-резонансную томографию
- рентгенографию правой кисти в прямой, косой, а, при необходимости, и строго боковой проекциях
- ультразвуковое исследование

Абсолютным признаком перелома в объективном статусе является

- компьютерную томографию
- магнитно-резонансную томографию
- рентгенографию правой кисти в прямой, косой, а, при необходимости, и строго боковой проекциях
- ультразвуковое исследование

Получен результат рентгенографического исследования (см. изображение 1).

Данному пациенту поставлен диагноз

- компьютерную томографию
- магнитно-резонансную томографию
- рентгенографию правой кисти в прямой, косой, а, при необходимости, и строго боковой проекциях
- ультразвуковое исследование

Диагноз

Пациенту показано

- наложение гипсовой лонгетной повязки в среднефизиологичном положении
- выполнение закрытой ручной репозиции, наложение гипсовой лонгетной повязки в функциональном положении
- проведение оперативного лечения
- наложение давящей бинтовой повязки

В операции металлоостеосинтеза самым сложным этапом является

- ушивание раны

- открытая репозиция отломков временная фиксация спицами
- разрез кожи и послойный доступ к зоне перелома
- фиксация пластинами и винтами пястных костей

Функционально выгодным положением при иммобилизации в области кистевого сустава считается + _____ + флексия под углом + _____ + гр

- тыльная, 35-40
- тыльная, 50
- тыльная, 60
- ладонная, 15

Функционально выгодным положением при иммобилизации в области пястно-фаланговых суставов считается ладонное сгибание под углом + _____ + гр

- 65-70
- 10-15
- 55-60
- 45-50

Средний срок консолидации при косом переломе пястной кости кисти составляет + _____ + недель

- 8-9
- 10-11
- 12-13
- 4-5

Дальнейшее лечение пациента после стационара должно проводиться в условиях

- «дневного стационара»
- амбулаторных (травматологического пункта или поликлиники)
- приемного отделения стационара
- отделения интенсивной терапии

Рентген-контроль пациенту после операции металлоостеосинтеза 3, 4 пястной кости кисти в условиях травмпункта выполняется через + _____ + дней, + _____ + недель

- 5; 6
- 7; 8
- 10; 4-5
- 15; 3

Визуально ротационное смещение можно определить по положению

- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- кончика поврежденного пальца
- соседних пальцев к поврежденному
- пястной кости поврежденного луча

После повторной рентгенографии через 10 дней, если выявляется вторичное смещение отломков, то лечение продолжается в

- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- кончика поврежденного пальца
- соседних пальцев к поврежденному
- пястной кости поврежденного луча

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка, 22 года, обратилась в травматологический пункт к врачу травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

* боль,

* ограничения движений в области 4 пальца правой кисти.

Анамнез заболевания

Травма 3 ч назад в быту. Готовила ужин и поранила кухонным ножом 4 палец правой кисти по тыльной стороне (палец находился в выпрямленном положении).

Анамнез жизни

Сопутствующих заболеваний нет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 64 ударов в 1 мин., АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус. В проекции дистальной трети основной фаланги 4 пальца правой кисти имеется резаная рана размерами 1,0x0,2x0,3 см. Края раны ровные. Из раны выступает дистальный конец центрального пучка разгибательного аппарата 4 пальца. Боковые пучки целые. Дно раны основная фаланга 4 пальца. Движения 4 пальца ограничены из-за боли. Кровоснабжение и иннервация не нарушены.

Для постановки диагноза в условиях приемного отделения городской больницы необходимо

- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- кончика поврежденного пальца

- соседних пальцев к поврежденному
- пястной кости поврежденного луча

Дополнительная информация

Попросить пациента разогнуть палец в дистальном межфаланговом суставе при фиксации средней фаланги, затем в проксимальном межфаланговом суставе при фиксации основной фаланги - Открытое повреждение центрального пучка разгибательного аппарата 4 пальца.

В данной ситуации повреждение разгибателя локализуется в зоне

- 4
- 1
- 3
- 2

Пациентке поставлен диагноз

- 4
- 1
- 3
- 2

Диагноз

Пациентке показано оперативное лечение в объеме

- ПХО, шов центрального и боковых пучков разгибательного аппарат 4 пальца
- ПХО раны, шов центрального пучка разгибательного аппарата 4 пальца
- шов центрального и боковых пучков разгибательного аппарат 4 пальца
- ПХО, шов сухожилий сгибателей 4 пальца

В операции первичная хирургическая обработка (ПХО) раны, шов центрального пучка разгибательного аппарата пальца - самым сложным этапом является

- первичная хирургическая обработка раны
- шов центрального пучка разгибательного аппарата 4 пальца
- выполнение дополнительных разрезов кожи для улучшения визуализации подлежащих структур
- ушивание раны

Правильным положением кисти при выполнении ладонной иммобилизирующей повязки в области кистевого сустава после операции считается + _____ + флексия под углом + _____ + гр

- ладонная; 15
- тыльная; 60

- тыльная; 50
- тыльная; 35-40

Правильным положением пальцев при выполнении ладонной иммобилизирующей повязки в области пястно-фаланговых суставов (ПФС) после операции считается ладонное сгибание под углом + ___ + гр

- 80
- 45-50
- 65-70
- 55-60

Правильным положением пальцев при выполнении ладонной иммобилизирующей повязки в области межфаланговых суставов (МФС) после операции считается

- выпрямленное положение
- ладонное сгибание под углом 40 гр
- ладонное сгибание под углом 30 гр
- ладонное сгибание под углом 20 гр

Средний срок иммобилизации после шва центрального пучка разгибательного аппарата 4 пальца составляет + _____ + недель/недели

- 8
- 5-6
- 9
- 3

Приступать к выполнению упражнений после шва разгибательного аппарата рекомендуется на + _____ + день

- 3-4
- 1
- 7
- 10

Дальнейшее лечение пациентки после стационара должно проводиться в условиях

- отделения интенсивной терапии
- «дневного стационара»
- приемного отделения стационара
- амбулатории (травматологического пункта или поликлиники)

Повторное повреждение (разрыв) разгибательного аппарата 4 пальца можно определить по: УЗИ, МРТ или

- отделении интенсивной терапии
- «дневного стационара»
- приемного отделения стационара
- амбулатории (травматологического пункта или поликлиники)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 36 лет обратился в приемное отделение городской больницы к врачу травматологу-ортопеду по направлению из травматологического пункта.

Жалобы

на

* боль,

* отек,

* ограничение движения во 2-ом пальце правой кисти.

Анамнез заболевания

Травма 3 ч назад в быту. Упал на правую кисть с выставленным 2-м пальцем.

Анамнез жизни

ЖКБ. Хронический холецистит, вне обострения.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа, видимые слизистые чистые. Пульс 62 ударов в 1 мин., АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Неврологической симптоматики не выявлено.

Локальный статус. В проекции средней фаланги 2 пальца правой кисти имеется умеренный отек (+0,8 см). Кожный покров не поврежден. Движения 2 пальце ограничены из-за боли. Пальпация в проекции диафиза средней фаланги (с/ф) 2 пальца болезненная. Пальпаторно определяется патологическая подвижность в проекции с/ф 2 пальца. Осевая нагрузка на 2-ой палец болезненная. Иннервация и кровоснабжение не нарушены.

Для постановки диагноза в условиях травмпункта необходимо выполнить

- компьютерную томографию
- рентгенографию правой кисти в прямой, косой, а при необходимости и строго боковой проекциях
- магнитно-резонансную томографию
- ультразвуковое исследование

Абсолютным признаком перелома в объективном статусе является

- компьютерную томографию
- рентгенографию правой кисти в прямой, косой, а при необходимости и строго боковой проекциях
- магнитно-резонансную томографию

- ультразвуковое исследование

**Пришел результат рентгенологического исследования (см. изображение 1).
Данному пациенту поставлен диагноз**

- компьютерную томографию
- рентгенографию правой кисти в прямой, косой, а при необходимости и строго боковой проекциях
- магнитно-резонансную томографию
- ультразвуковое исследование

Диагноз

Пациенту показано лечение в объеме: открытая репозиция отломков, металлоостеосинтез спицами Киршнера; закрытая ручная репозиция, гипсовая лонгетная повязка в функциональном положении или

- гипсовая лонгетная повязка в среднефизиологическом положении
- давящая бинтовая повязка
- металлоостеосинтез пластиной с винтами
- закрытая репозиция отломков, металлоостеосинтез спицами Киршнера

В операции металлоостеосинтеза такому пациенту самым сложным этапом является

- фиксация винтами или спицами с/ф
- ушивание раны
- разрез кожи и послойный доступ к зоне перелома
- открытая репозиция отломков

Функционально выгодным положением при иммобилизации в области пястно-фаланговых суставов считается ладонное сгибание под углом + _____ + гр

- 65-70
- 45-50
- 55-60
- 10-15

Функционально выгодным положением при иммобилизации в области проксимального межфаланговых суставов считается ладонное сгибание под углом + _____ + гр

- 35-45
- 20-30
- 75-90
- 50-60

Средний срок консолидации при поперечном переломе с/ф 2 пальца кисти составляет + _____ + недель/недели

- 7-8
- 9-10
- 5-6
- 3-4

Дальнейшее лечение пациента после стационара должно проводиться в условиях

- приемного отделения стационара
- отделения интенсивной терапии
- амбулатории (травматологического пункта или поликлиники)
- «дневного стационара»

Рентген-контроль пациенту после операции металлоостеосинтеза с/ф 2 пальца правой кисти в условиях травмпункта выполняется на сроках + _____ + дней и + _____ + недели/недель

- 5; 6
- 10; 3-4
- 8; 2
- 7; 8

Визуально ротационное смещение можно определить по положению

- пястной кости поврежденного луча
- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- соседних пальцев к поврежденному
- кончика поврежденного пальца

После повторной рентгенографии через 10 дней если выявляется вторичное смещение отломков, то лечение продолжается в

- пястной кости поврежденного луча
- дистальной ладонной складки по отношению к поврежденному пальцу
- соседних пальцев к поврежденному
- кончика поврежденного пальца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 83 лет поступила в приемное отделение ЛПУ с подозрением на перелом левой бедренной кости.

Жалобы

На выраженные боли в области левого бедра, учащенное сердцебиение, невозможность передвигаться самостоятельно, нарушение подвижности левой нижней конечности.

Анамнез заболевания

Около 5 часов назад пациентка упала в ванной комнате, поскользнувшись на мокром полу при выходе из ванны. При падении возникла резкая выраженная боль в области левого бедра. Пациентка не смогла самостоятельно встать с пола и, ползком, добралась до телефона и вызвала бригаду скорой помощи. При осмотре был заподозрен перелом левой бедренной кости и пациентка была госпитализирована в приемное отделение ЛПУ.

Анамнез жизни

Пациентка в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью (с максимальными цифрами АД=85/100 мм рт. ст.; чувствует себя удовлетворительно с АД=135/80-140/85 мм рт. ст.). Инсульты, инфаркты в анамнезе отрицает. В анамнезе атеросклероз сосудов головного мозга, подагра. Принимает торасемид 5 мг в сутки, аторвастатин 10 мг в сутки. Менопауза в 52 года. Отмечает запоры до 3 суток, периодическое недержание мочи. За последний год отмечает около 3 падений, преимущественно в домашней обстановке, связанные бытовой обстановкой. Пользуется очками. Проживает одна. Имеет высшее образование. Аллергические реакции: отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Пациентка доставлена в ЛПУ на лежачей каталке. Состояние средней тяжести, обусловленное болевым синдромом. Рост – 155 см (ранее в молодости – 160 см), вес – 58 кг. ИМТ – 24,1 кг/м². Телосложение: правильное, нормостеничное. Отмечается укорочение левой нижней конечности до 5 см. В области правого тазобедренного сустава отека, видимых деформаций нет. Боль при пальпации не отмечается. Движения в левом тазобедренном суставе болезненны, резко ограничены. Движения в левом тазобедренном суставе: сгибание 0-20 градусов, ротация наружная 15 градусов, ротация внутренняя 10 градусов, отведение 15 градусов, приведение 10 градусов. Сосудистый пульс на a.dorsalis pedis сохранен с обеих сторон. Пальцы стоп теплые. Сосудистых и неврологических расстройств в стопах не выявлено. Симптом «прилипшей пятки» (невозможность оторвать от постели выпрямленную в коленном суставе ногу) - положительный. Кожные покровы и слизистые: чистые, бледной окраски. Язык чистый, влажный. Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена, смещаемая, безболезненная, мягкоэластической консистенции, однородная. Периферические отеки – нет. ЧДД 20 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 89 в 1 мин, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул – запоры. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Кифосколиотическая деформация грудного отдела позвоночника, сглажен поясничный лордоз. Проведение комплексной гериатрической оценки затруднено в связи с маломобильностью пациентки.

Шкала «Возраст не помеха» - 5 баллов. MNA 24 баллов. Мини-Ког 5/5 баллов.

ВАШ – 9 баллов. Индекс активности в повседневной жизни (Бартел) до травмы – 100 баллов. Краткая гериатрическая шкала оценки депрессии – 7 балла.

Пациентка должна быть доставлена в специализированное отделение из приемного покоя не позднее + ____ + часов

- 15
- 7
- 3
- 4

Необходимым для уточнения диагноза методом инструментального обследования является

- 15
- 7
- 3
- 4

Результаты обследования

Учитывая данные обследования больной можно поставить диагноз

- 15
- 7
- 3
- 4

Диагноз

Основной причиной перелома шейки бедра является

- острое нарушение мозгового кровообращения
- поясничный остеохондроз с корешковым синдромом
- миеломная болезнь
- остеопороз

Для верификации остеопороза данной пациентке

- необходимо провести расчет риска переломов по алгоритму FRAX
- необходимо определение маркеров костного метаболизма
- необходимо провести рентгеновскую денситометрию
- дообследование не нужно

К методу лечения перелома шейки бедра у данной пациентки будет относиться

- скелетное вытяжение
- иммобилизация пациентки на 2 месяца

- наложение гипсовой повязки на 1 месяц
- хирургическое лечение перелома

Пациентка должна быть прооперирована не позднее +__+ часов

- 48
- 12
- 96
- 72

**Уровень маркеров костного метаболизма + _____ +
необходимым условием для выбора типа терапии остеопороза**

- является
- в сочетании в результатами рентгеновской денситометрии является
- не является
- в сочетании с результатами расчета риска переломов по алгоритму FRAX является

Для старта терапии остеопороза данной пациентке

- нет необходимости в дообследовании
- необходимо выполнить компьютерную денситометрию
- необходимо определить маркеры костного метаболизма
- необходимо выполнить рентгеновскую денситометрию

Пациентку необходимо активизировать на +__+ сутки после операции

- 9-10
- 5-7
- 1-2
- 12-13

В дополнение к назначенному лечению остеопороза данной пациентке необходимо провести

- динамометрию
- оценку риска падений
- сомнологическое исследование
- краткую батарею тестов

**Риск повторных переломов после перенесенного данного
низкоэнергетического остеопоротического перелома**

- не изменяется
- возрастает
- снижается
- не изучался