



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации	
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия
Квалификация (специальность)	врач- травматолог-ортопед
Форма обучения	очная

Разработчик (и): кафедра общей хирургии, травматологии и ортопедии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Е.А. Назаров	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	профессор
И.А. Фокин	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
В.А. Жаднов	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии
С.Н. Трушин	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой факультетской хирургии

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
Протокол № 7 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

Нормативная справка.

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 № 1109 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)"
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

Программа государственной итоговой аттестации (далее – ГИА) разработана в соответствии с требованиями приказа Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»; приказа Министерства образования и науки РФ от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры; ФГОС ВО по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия, утвержденному приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1109; Основной профессиональной образовательной программой высшего образования по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия

Государственный экзамен по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

1. Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

1. Специальные методы обследования травматолого-ортопедических больных
2. Основные принципы и методы лечения переломов трубчатых костей
3. Основные методы лечения внутрисуставных переломов
4. Наиболее типичные ошибки и осложнения в лечении переломов
5. Современные методы лечения ложных суставов
6. Переломы таза. Методы лечения.
7. Травматический шок.
8. Закрытая и открытая травма грудной клетки.
9. Методы лечения больных с неосложненными и осложненными переломами позвоночника
10. Закрытая травма брюшной полости. Показания к операции.
11. Закрытые повреждения черепа и головного мозга. Показания к операции.
12. Особенности первичной хирургической обработки огнестрельных ран. Показания к наложению первичного шва.
13. Методы исследования ортопедических больных
14. Открытые и закрытые переломы бедра. Консервативное и оперативное лечение.
15. Переломы костей голени.
16. Переломы лодыжек. Консервативное и оперативное лечение.
17. Переломы плеча. Классификация. Клиника, диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
18. Переломы костей предплечья. Показания к хирургическому лечению.
19. Перелом луча в типичном месте.
20. Контрактуры. Виды. Методы лечения.
21. Анкилозы. Лечение. Профилактика.
22. Врожденная мышечная кривошея. Клиника. Лечение.
23. Врожденный вывих бедра. Диагностика. Консервативное лечение.
24. Врожденная косолапость. Консервативное лечение.
25. Ожоговая болезнь. Принципы лечения.
26. Ожоги. Классификация. Определение площади ожоговой поверхности. Методы лечения.
27. Холодовая травма.
28. Особенности лечения переломов у детей
29. Особенности обследования травматологических больных детского возраста
30. Столбняк. Бешенство.
31. Сколиоз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

2. Примеры тестовых заданий:

Необходимо указать один правильный ответ или утверждение.

1. При какой закрытой черепно-мозговой травме может возникнуть инфицирование субарахноидального пространства?

- а) такой травмы нет
- б) ушибе головного мозга с трещинами теменных костей
- в) переломе лобных костей
- г) переломах чешуевисочных костей
- д) переломе костей основания черепа

2. При каких из перечисленных черепномозговых травм часто происходят макроскопически определяемые изменения ликвора?

- а) сотрясение мозга

- б) ушиб мозга
- в) сдавленно мозга

3. Какие из нижеперечисленных вариантов переломов свода черепа не подлежат хирургическому лечению?

- а) линейный перелом без смещения и внутричерепной гематомы
- б) трещина, продолжающаяся на основание черепа
- в) оскольчатый перелом со смещением внутренней пластинки на 1 см и более
- г) вдавленные переломы с неврологической симптоматикой
- д) вдавленные переломы без неврологической симптоматики

4. Для какого варианта перелома костей черепа характерны:

течение крови и ликвора из уха, носа или глотки, нарастающие кровоподтеки в области глазниц и носцеvidного отростка?

- а) перелом лобных костей
- б) перелом средней и передней черепной ямки
- в) перелом костей средней черепной ямки
- г) перелом костей передней черепной ямки
- д) перелом костей задней черепной ямки

5. Отметьте симптомы компрессии головного мозга, характерные для эпидуральной гематомы из поврежденной средней оболочечной артерии:

- а) преходящая потеря сознания
- б) потеря сознания после "светлого промежутка"
- в) тахикардия с аритмией
- г) брадикардия
- д) прогрессирующее расширение зрачка на стороне поражения

6. Какие из перечисленных способов применяются для лечения переломов шейного отдела позвоночника без повреждения спинного мозга?

- а) разгрузка на шите в горизонтальном положении
- б) применение петли Глиссона
- в) ЛФК для мышц по Древинг-Гориневской
- г) скелетное вытяжение за череп
- д) с помощью воротника шанца и торакокраниальной гипсовой повязки

7. Клиновидный компрессионный перелом тел позвонков является:

- а) стабильным
- б) нестабильным

8. Расхождение верхушек остистых отростков

при пальпации у больного в зоне травмы позвоночника свидетельствует:

- а) о нестабильном переломе
- б) о стабильном переломе
- в) не является признаком стабильности или нестабильности перелома позвонков

9. Межреберную блокаду проводят инъекцией анестетиков в межреберные промежутки:

- а) по срединно-ключичной линии
- б) по передней аксиллярной линии
- в) по средней аксиллярной линии
- г) по задней аксиллярной линии
- д) по лопаточной линии

10. При закрытой травме груди с синдромом флотирующей грудной стенки - главная цель лечения:

- а) снять боль при дыхании
- б) обеспечить дренажную функцию бронхов
- в) восстановить каркасность грудного скелета
- г) уменьшить пневмо - и гемоторакс

д) предупредить возможные повреждения легких отломками ребер

11. В диагностике внутреннего кровотечения в плевральную полость в первую очередь лучше ориентироваться:

- а) по тахикардии, тахипноэ, жажде
- б) по данным перкуссии и аускультации легких
- в) по рентгенологическим данным
- г) по данным плевральной пункции

12. При открытом пневмотораксе главной целью лечения является:

- а) профилактика последствий плевропульмонального шока
- б) герметизация поврежденной плевральной полости
- в) борьба с гипоксией
- г) борьба с дыхательным ацидозом

13. О продолжающемся кровотечении в плевральную полость свидетельствует:

- а) свертывание пунктата при проведении пробы Рувилуа-Грегуара
- б) сгустки в крови, полученной с помощью пункции из плевральной полости
- в) отсутствие сгустков в крови, полученной при диагностической пункции из плевральной полости

14. Отметьте оптимальный из нижеперечисленных методов лечения краевых переломов вертлужной впадины без смещения при стабильном положении вправленной головки бедра:

- а) гипсовая кокситная повязка
- б) открытая фиксация винтами
- в) чрескостный остеосинтез
- г) скелетное вытяжение с последующим функциональным лечением

15. При двойном переломе тазового кольца типа Мальгенья определяются:

- а) уменьшение относительной длины нижней конечности на стороне повреждения
- б) смещение крыла травмированной подвздошной кости вверх
- в) изменение абсолютной длины нижней конечности на стороне повреждения
- г) смещение крыла травмированной подвздошной кости вниз

16. Отметьте симптомы, характерные для перелома таза с нарушением тазового кольца в заднем отделе:

- а) боль при попытке движений нижних конечностей
- б) больной стремится лежать на здоровой стороне
- в) больной стремится лежать на больной стороне
- г) псевдоабдоминальный синдром
- д) гематомы в паховых областях

17. В систему для постоянного вытяжения при лечении переломов костей таза входят:

- а) 1 балканская рама с блоками, 2 шины Брауна-Белера с грузом до 6 кг, противоупоры
- б) 2 балканские рамы, 2 шины Брауна-Белера, противоупор, гамак с грузом до 24 кг, 2 подставки для противовытяжения, щит, 2 скобы Киршнера и спицы
- в) 2 шины Брауна-Белера с грузом до 20 кг, 2 скобы Киршнера и спицы, щит

18. Способами лечения разрыва лонного сочленения является:

- а) кокситная повязка
- б) лечение с помощью гамака
- в) чрескостный внеочаговый остеосинтез
- г) на костный остеосинтез

19. Оптимальными способами лечения ложного сустава ключицы являются:

- а) на костный металлоosteосинтез
- б) интрамедуллярный металлоosteосинтез

- в) костная пластика + фиксация металлоконструкцией
- г) чрескостный внеочаговый остеосинтез
- д) длительная иммобилизация гипсовой повязкой Смирнова-Вайнштейна

20. Наилучшая фиксация костных отломков ключицы при ее остеосинтезе достигается:

- а) внутрикостным стержнем
- б) тонкой спицей
- в) фиксация отломков кетгутowymi или шелковыми швами
- г) фиксация отломков проволокой
- д) чрескостным внеочаговым способом (типа Г.С.Сушко)
- е) накостный остеосинтез

21. При консервативном лечении переломов ключицы шину снимают:

- а) через 1 неделю
- б) через 2 недели
- в) через 3 недели
- г) через 4 недели
- д) более, чем через 5 недель
- е) после рентгенологического контроля состояния костной мозоли

22. При застарелом вывихе грудинного конца ключицы допустимы следующие операции:

- а) вправление и фиксация без удаления измененного диска
- б) резекцию медиальной части ключицы
- г) вправление и фиксация после удаления измененного диска

23. После вправления вывиха плеча накладывают фиксирующую повязку сроком:

- а) на 1 неделю
- б) на 2-3 недели
- в) на 4-5 недель
- г) на 6-7 недель
- д) на 8 недель

24. Причиной болезненного "лопаточного хруста" чаще всего может быть:

- а) дисплазия тела лопатки
- б) подлопаточный бурсит
- в) деформации угла лопатки
- г) остеофиты

25. Причиной "травматической крыловидной лопатки" является:

- а) травма подлопаточной мышцы
- б) разрыв трапециевидной мышцы
- в) разрыв широчайшей мышцы спины
- г) травма подкрыльцового нерва
- д) ушиб, растяжение длинного нерва грудной клетки

26. При вывихе головки плеча часто травмируется:

- а) подмышечный нерв
- б) шейное сплетение
- в) подключичная вена
- г) подключичная артерия
- д) плечевое сплетение

27. Застарелый вывих плеча более 3-месячной давности целесообразно:

- а) вправить закрытым способом
- б) вправить открытым способом
- в) вопрос о целесообразности открытого вправления решается в зависимости от

возраста

г) оперировать с артродезом сустава

28. Как лечить вывих головки плечевой кости с одновременным переломом ее хирургической шейки у пациентов молодого возраста?

а) показано закрытое вправление вывиха по Джанелидзе с последующим одномоментным сопоставлением и фиксацией гипсом отломков

б) показано оперативное лечение

29. Каков наиболее рациональный способ лечения вколоченного перелома хирургической шейки плеча без- или с умеренной степенью углового смещения отломков у пожилых?

а) одномоментное исправление угловой деформации (если она есть) и фиксация торакобрахиальной гипсовой повязкой

б) гипсовая повязка Вайнштейна без репозиции отломков

в) накостный остеосинтез

г) функциональное лечение по Е.Ф. Древинг и З.П. Нечаевой на косынке

30. Под каким углом следует фиксировать отводящую шину при диафизарных переломах плечевой кости?

а) 30-40° вперед от фронтальной плоскости

б) 30-40° назад от фронтальной плоскости

в) 20° вперед от фронтальной плоскости

г) 20° назад от фронтальной плоскости

д) строго во фронтальной плоскости под углом в зависимости от длины отломков

31. Какие из перечисленных ниже способов лечения Т- и V-образных межмышечковых переломов плечевой кости со смещением отломков дают наилучшие результаты?

а) скелетное вытяжение, гипс, ЛФК

б) лечение гипсовой повязкой с последующей ЛФК

в) накостный остеосинтез и ЛФК

г) массаж с форсированными движениями в суставе

д) чрескостный остеосинтез с ЛФК

32. При перилунарном вывихе костей запястья происходит:

а) вывих дистального ряда костей запястья, включая ладьевидную и трехгранную по отношению к полулунной

б) вывих полулунной кости по отношению к остальным костям запястья

в) вывих ладьевидной кости по отношению к остальным, включая полулунную

г) вывих дистальной части костей запястья с частью сломанной ладьевидной костью по отношению к полулунной

33. Вывихи полулунной кости и перилунарные вывихи удается бескровно вправить в сроки:

а) 3-10 дневной давности

б) 12-15 дневной давности

в) 16-20 дневной давности

г) месячной давности

д) давностью более 3 месяцев

34. Какой из перечисленных ниже способов восстановления функции большого пальца кисти наименее травматичен и эффективен при его отсутствии:

а) протезирование большого пальца

б) реплантация пальца со стопы или кисти большого

в) фалангизация I пястной кости

г) удлинение I пястной кости по Илизарову

35. Перелом Бенетта относится:

а) к внесуставным

б) к внутрисуставным

36. Наиболее эффективные способы фиксации отломков фаланг пальцев кисти с точки зрения восстановления их функции и малой травматичности:

- а) гипсовые повязки
- б) накостный остеосинтез
- в) чрескостный внеочаговый остеосинтез
- г) параоссальная фиксация

37. Какие оперативные вмешательства осуществляются при контрактуре Фолькмана?

- а) иссечение ладонного апоневроза
- б) рассечение кожи на предплечье
- в) фасциотомия и ревизия артерий предплечья
- г) ушивание рассеченных фасций
- д) ушивание кожных разрезов

38. Для фиксации отломков локтевого отростка по Веберу необходимо использовать:

- а) винты с отверткой
- б) лавсановую ленту
- в) лавсановую нить
- г) проволоку
- д) проволоку и спицы

39. Дистальный конец сухожилия двуглавой мышцы плеча

при его отрыве от бугристости лучевой кости целесообразнее подшить:

- а) к бугристости лучевой кости
- б) к сухожилию плечевой мышцы
- в) к костному "навесу" под шейкой лучевой кости
- г) к локтевой кости вблизи места отрыва сухожилия

40. Прогрессирующее течение запястного синдрома сдавления срединного нерва можно снять или значительно ослабить путем:

- а) анестезии срединного нерва
- б) физиотерапевтических процедур
- в) рассечения поперечной связки запястья
- г) рассечения Гюйонова канала
- д) резекцией прилегающих костей запястья

41. После вправления головки лучевой кости при ее изолированном вывихе предплечью придают положение:

- а) супинации и сгибания в локтевом суставе
- б) пронации и сгибания в локтевом суставе
- в) среднее между пронацией и супинацией со сгибанием

42. При вывихе головки лучевой кости может быть поврежден:

- а) локтевой нерв или его ветви
- б) срединный нерв или его ветви
- в) лучевой нерв или его ветви
- г) повреждений нервов не бывает

43. Оптимальный вариант лечения нестабильного, оскольчатого варианта перелома луча в типичном месте:

- а) ручная репозиция с гипсовой иммобилизацией
- б) репозиция и фиксация отломков спицами с гипсовой иммобилизацией
- в) чрескостный внеочаговый остеосинтез

44. В случае сочетания перелома локтевого отростка с передним вывихом локтевой кости остеосинтез локтевого отростка лучше проводить с помощью:

- а) узловых швов
- б) проволочной петлей по Веберу

- в) длинным винтом или гвоздем
- г) чрескостным внеочаговым остеосинтезом

45. Оптимальным методом лечения закрытого диафизарного перелома лучевой кости со смещением отломков является:

- а) накостный остеосинтез
- б) гипсовая повязка
- в) чрескостный остеосинтез

46. Оптимальным методом лечения закрытых переломов в зоне голеностопного сустава являются в порядке убывания эффекта:

- а) чрескостный остеосинтез
- б) точная закрытая репозиция и гипсовая иммобилизация
- в) металлоостеосинтез
- г) скелетное вытяжение

47. Оптимальным методом лечения разрыва межберцового синдесмоза является:

- а) чрескостный остеосинтез
- б) остеосинтез болтом-стяжкой
- в) гипсовая иммобилизация
- г) костная пластика синдесмоза

48. Оптимальным методом лечения нерепонирующегося изолированного перелома внутренней лодыжки является:

- а) остеосинтез с помощью швов
- б) остеосинтез винтом
- в) остеосинтез по Веберу
- г) остеосинтез стержнем

49. Какой срок иммобилизации коленного сустава после ауто- и аллопластики крестообразных связок считается оптимальным?

- а) 1 неделя
- б) 2-3 недели
- в) 4-6 недель
- г) 7-10 недель
- д) более 10 недель

50. Оптимальный метод лечения закрытых переломов мыщелков бедра и большеберцовой кости со смещением:

- а) гипсовая повязка
- б) чрескостный полифасцикулярный остеосинтез
- в) накостный остеосинтез
- г) внутрикостный остеосинтез винтами
- д) скелетное вытяжение

51. В каком положении должен быть коленный сустав при лечении гипсовой повязкой отрыва межмышцелкового возвышения?

- а) в выпрямленном положении
- б) согнут до 160-170°С
- в) в положении переразгибания и отведения
- г) в положении переразгибания и приведения
- д) согнут до 90°С

52. Шеечно-диафизарный угол в норме у взрослых составляет:

- а) 120°
- б) 125-130°
- в) 131-140°
- г) 141-150°
- д) 155°

53. В норме у взрослых имеется:

- а) антеверсия шейки бедра
- б) ретроверсия шейки бедра
- в) шейка бедра расположена в строго фронтальной плоскости

54. К внутрисуставным переломам шейки бедра относятся:

- а) межвертельные
- б) субкапитальные
- в) базальные
- г) чрезвертельные

55. При асептическом некрозе головки бедренной кости 3-4 стадии показано:

- а) тотальное эндопротезирование
- б) реваскуляризирующая операция
- в) остеотомия типа Мак-Маррея

56. Оптимальный метод лечения открытых переломов в области коленного и голеностопного суставов:

- а) ПХО ран, проточное дренирование, внутриартериальная инфузия антисептиков, спазмолитиков, антикоагулянтов, чрескостный остеосинтез
- б) ПХО ран, скелетное вытяжение
- в) ПХО ран, проточное дренирование, чрескостный остеосинтез
- г) ПХО ран, гипсовая иммобилизация
- д) ПХО ран, наkostный остеосинтез, дренирование ран

57. Оптимальные методы лечения закрытого поперечного перелома средней трети большеберцовой кости со смещением:

- а) скелетное вытяжение и гипсовая повязка
- б) закрытая репозиция, гипсовая повязка
- в) интрамедуллярный остеосинтез с блокированием
- г) ЧКДО
- д) открытая репозиция и фиксация спицами

58. Оптимальный метод лечения закрытого метаэпифизарного перелома нижней трети большеберцовой кости со смещением:

- а) открытая репозиция и наkostный остеосинтез
- б) ЧКДО
- в) закрытая репозиция и гипс
- г) открытая репозиция и фиксация спицами
- д) открытая репозиция и интрамедуллярный остеосинтез

59. Оптимальные методы лечения закрытых винтообразных переломов большеберцовой кости в средней трети:

- а) скелетное вытяжение и гипс
- б) открытая репозиция, фиксация винтами и гипсовая повязка
- в) чрескостный остеосинтез
- г) интрамедуллярный остеосинтез с блокированием

60. Оптимальный вариант лечения открытых переломов большеберцовой кости:

- а) скелетное вытяжение и гипсовая повязка
- б) чрескостный остеосинтез
- в) наkostный остеосинтез
- г) гипсовая повязка
- д) интрамедуллярный металлоостеосинтез

61. Оптимальный вариант лечения открытых диафизарных переломов бедра типа II В, III А, III Б, III В (по А.В. Каплану и О.Н. Марковой):

- а) ПХО и остеосинтез стержневым аппаратом
- б) ПХО и скелетное вытяжение

- в) ПХО и накостный остеосинтез
- г) ПХО и гипсовая повязка
- д) ПХО и интрамедуллярный остеосинтез

62. Оптимальный вариант лечения закрытых диафизарных поперечных переломов бедренной кости в верхней трети:

- а) кокситная повязка после одномоментной репозиции
- б) скелетное вытяжение и гипсовая повязка
- в) интрамедуллярный остеосинтез с блокированием
- г) чрескостный остеосинтез

63. Оптимальные варианты лечения закрытого поперечного перелома бедренной кости в средней трети:

- а) скелетное вытяжение
- б) открытая репозиция и гипсовая повязка
- в) интрамедуллярный остеосинтез с блокированием
- г) чрескостный остеосинтез
- д) накостный остеосинтез

64. Оптимальный вариант лечения поперечных закрытых переломов нижней трети бедренной кости:

- а) интрамедуллярный остеосинтез упругими стержнями
- б) интрамедуллярный остеосинтез 4-гранным стержнем ЦИТО
- в) скелетное вытяжение
- г) чрескостный остеосинтез

65. Оптимальные варианты лечения винтообразного перелома бедра в нижней трети:

- а) скелетное вытяжение
- б) закрытая репозиция + гипс
- в) открытый интрамедуллярный остеосинтез
- г) накостный остеосинтез
- д) чрескостный остеосинтез

66. Оптимальный вариант лечения закрытого диафизарного оскольчатого перелома бедренной кости без смещения:

- а) скелетное вытяжение и гипс
- б) гипсовая повязка
- в) интрамедуллярный остеосинтез
- г) накостный остеосинтез
- д) чрескостный остеосинтез

67. Оптимальный вариант лечения закрытого перелома пяточной кости с отрицательным или нулевым углом Белера:

- а) гипсовая повязка
- б) скелетное вытяжение по Каплану
- в) чрескостный остеосинтез
- г) открытая репозиция отломков с фиксацией спицами

68. Оптимальный вариант лечения закрытого перелома пяточной кости без смещения отломков:

- а) гипсовая иммобилизация
- б) скелетное вытяжение
- г) фиксация отломков спицами с гипсовой повязкой

69. Оптимальные варианты лечения переломов плюсневых костей со смещением:

- а) закрытая репозиция и гипс
- б) открытая репозиция и фиксация спицами
- в) чрескостный остеосинтез

70. При компрессионном переломе пяточной кости таранно-пяточный угол.

- а) не меняется
- б) увеличивается
- в) уменьшается

71. Гипсовую повязку после перелома пяточной кости можно снять:

- а) через 2 недели
- б) через 2 месяца
- в) через 2,5- 3 месяца
- г) через 3,5-4 месяца
- д) более, чем через 4 месяца

72. При отрывах бугорка ладьевидной кости, к которому прикреплено сухожилие передней большеберцовой мышцы гипсовую повязку накладывают на голень и стопу:

- а) в положении отведения и супинации
- б) под прямым углом в голеностопном суставе
- в) в положении приведения и пронации

73. Для перелома кубовидной кости характерна болезненность при надавливании на пальцы в направлении продольной оси:

- а) IV-V плюсневых костей
- б) III-II плюсневых костей
- в) II-I плюсневых костей
- г) I плюсневой кости

74. Радиоульнарный угол на рентгенограмме в переднезаднем направлении в норме равен:

- а) +15-30°
- б) +1-10°
- в) +40-60°

75. При переломе Коллиса радиоульнарный угол.

- а) не меняется
- б) уменьшается
- в) увеличивается

76. У больного, доставленного в травматологическое отделение через 1 час после травмы с переломом таза типа Мальгенья, обнаружены признаки внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря. Шок II-III.

Какой из вариантов неотложной специализированной помощи более рационален?

- а) противошоковые мероприятия, лапаротомия, ушивание раны мочевого пузыря, коррекция перелома
- б) лапаротомия, ушивание раны мочевого пузыря, противошоковые мероприятия, коррекция перелома
- в) коррекция перелома, лапаротомия, противошоковые мероприятия

77. Какие виды обезболивания предпочтительнее при ПХО открытых множественных переломов костей кисти с повреждением сухожилий?

- а) местная инфильтрационная
- б) проводниковая
- в) наркоз

78. У больного 20 лет посттравматический подострый остеомиелит большеберцовой кости при несросшемся косом открытом ее переломе в нижней трети с металлическим штифтом в канале. В зоне перелома обширная гранулирующая рана. Какой вариант лечения наиболее целесообразен?

- а) длительная иммобилизация гипсом без удаления штифта, антибиотикотерапия, укрепляющее лечение

б) удаление штифта, чрескостный остеосинтез, кожная аутопластика раны, антибиотикотерапия, общеукрепляющее лечение

в) удаление штифта, некрэктомия, кожная пластика, чрескостный остеосинтез

г) удаление штифта, проточная санация костномозгового канала, скелетное вытяжение за пяточную кость, кожная пластика раны, чрескостный остеосинтез после заживления раны.

79. После неоднократных пункций коленного сустава по поводу гемартроза возникла эмпиема коленного сустава с постоянной лихорадкой до 39,8-40°C. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Какой вариант лечения наиболее оправдан в данном случае?

а) иммобилизация сустава гипсовой повязкой, интенсивная общая антисептическая и общеукрепляющая терапия, пункции сустава с введением антибиотиков в его полость

б) высокая ампутация бедра

в) артротомия, ревизия сустава, при необходимости капсулсиновэктомия или резекция сустава, общеукрепляющее лечение и интенсивная антисептическая терапия, иммобилизация чрескостным внеочаговым методом

80. У больной 44 лет двусторонний первичный коксартроз III-IV, синдром "связанных ног". Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

а) резекция головок обеих тазобедренных суставов

б) подвертельные остеотомии типа Мак-Маррея

в) эндопротезирование суставов

г) артродез суставов

д) аддуктотомия по Фоссу

81. У больной 26 лет - вторичный травматический деформирующий артроз I-II голеностопного сустава, связанный с выступом на 6 мм неправильно приросшего заднего края большеберцовой кости после трехлодыжечного перелома 9-месячной давности. Каков наиболее целесообразный вариант лечения?

а) консервативное лечение деформирующего артроза

б) репозиция заднего края большеберцовой кости

в) артродез сустава

82. Больная 50 лет много лет страдает деформирующим гонартрозом. Многократные курсы консервативного лечения, остеотомия с целью исправления оси нижней конечности, операции на связочном аппарате коленного сустава давали временный эффект. В настоящий момент - клинико-рентгенологическая картина деформирующего гонартроза III. Больную беспокоят боли, усиливающиеся при ходьбе. Пользоваться конечностью больная не может. Второй коленный сустав функционирует удовлетворительно. Какой вариант лечения целесообразнее?

а) продолжать консервативное лечение (обезболивающие, гормоны, магнит, физиотерапевтическое лечение, массаж)

б) ампутировать конечность выше коленного сустава и протезировать конечность

в) показан артродез сустава

г) тотальное эндопротезирование

83. Больной жалуется на боли в коленном суставе, "опухоль" колена, ограничение движений, боль и хруст под надколенником, усиливающиеся при разгибании голени навесу. Под надколенником при разгибании сустава что-то "задевает", "шелкает", "цепляется", вследствие чего больной старается не сгибать колено при ходьбе. Бывает выпот в суставе. Иногда на рентгенограмме видна шероховатость хряща надколенника. Наиболее вероятный диагноз?

а) деформирующий артроз коленного сустава

б) киста мениска

в) болезнь Гоффа

г) хондропатия надколенника, пателло - феморальный артроз

84. Больной страдает ревматоидным полиартритом. В момент обращения к ортопеду определена острая стадия заболевания, отмечается выраженная анемия. Локально - признаки поражения многих суставов, но преобладает поражение левого коленного сустава.

Какие варианты приведенного лечения наиболее целесообразны?

- а) пункции коленного сустава с введением гормонов типа кортизона
- б) капсулсиновэктомия коленного сустава с противоревматическим лечением
- в) артродез коленного сустава
- г) эфферентная терапия, антиревматическое лечение, операция в настоящее время

противопоказана

85. При рентгенологическом обследовании больного в очаге патологии кости обнаружены следующие признаки: деструкция, костная атрофия, без периостальной реакции, без секвестров, без некроза кости. О какой патологии может идти речь?

- а) хронический остеомиелит
- б) туберкулез
- в) фиброзная остеодисплазия
- г) опухоль

86. При рентгенологическом обследовании больного в очаге патологии кости обнаружены следующие признаки: деструкция, периостальная реакция, секвестр, некроз кости, без костной атрофии. О какой патологии может идти речь?

- а) обострение хронического остеомиелита
- б) туберкулез
- в) фиброзная остеодисплазия
- г) опухоль

87. При рентгенологическом обследовании больного в очаге патологии кости обнаружены следующие признаки: деструкция, секвестр, некроз, костная атрофия, но без периостальной реакции.

О какой патологии может идти речь?

- а) хронический остеомиелит в стадии ремиссии
- б) опухоль
- в) туберкулез
- г) фиброзная остеодисплазия

88. После кратковременного сдавления кисти деталями станка на производстве больной поступил в дежурное травматологическое отделение. С момента травмы прошел 1 час. Кисть резко отечна, чувствительность пальцев потеряна, пульс на лучевой артерии на больном предплечье ослаблен. Какой из вариантов помощи наиболее целесообразен?

а) холод, иммобилизация кисти, возвышенное положение, обезболивание
 б) проведение сорбционной детоксикации с целью профилактики эндотоксикоза, местно - холод, возвышенное положение кисти, обезболивание, диуретики, новокаиновая блокада

в) обезболивание, неотложное хирургическое вмешательство: открытые фасциотомии, рассечение связок карпального и гийонова каналов
 г) обезболивание, фасциотомии, рассечение ладонных связок, местно - холод, возвышенное положение кисти, профилактика ишемического неврита консервативными методами

89. При переломах нижней трети бедра и надмышечковом переломе периферический отломок смещается по отношению к центральному:

- а) кверху
- б) кнаружи
- в) кнутри
- г) кзади и кверху

д) по периферии

90. Выберите признаки, характерные для остеохондроза шейного отдела позвоночника:

- 1) плече-лопаточный периартрит
- 2) синдром передней лестничной мышцы
- 3) цервикальная дискалгия
- 4) торсия позвонков

Выберите правильную комбинацию ответов

а) 1, 2, 3

б) 1, 3, 4

в) 2, 3, 4

г) все характерны

91. Выберите оптимальный способ обезболивания при переломах ребер

- а) в/м введение анальгина
- б) назначение наркотических анальгетиков
- в) в/венный наркоз
- г) новокаиновая блокада "трех точек"

92. Перелом локтевой кости с вывихом головки лучевой известен:

- а) как травма Галеацци
- б) как травма Потта
- в) как перелом Десто
- г) как повреждение Монтеджа
- д) как травма Дюпюитрена

93. К клиническим проявления траматического гемартроза коленного сустава относятся все, кроме

- а) симптом «блокады сустава»
- б) ограничение движений в суставе
- в) баллотирование надколенника
- г) напряжение верхнего заворота сустава

94. Для гонартроза в начальной стадии заболевания характерны следующие симптомы:

- 1) выраженные контрактуры суставов
- 2) боли в начале ходьбы (стартовые)
- 3) ночные боли
- 4) симптом Чаклина.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2

б) 3, 4

в) 1, 4

г) 2, 3

95. Из перечисленных симптомов какие при переломах являются абсолютными:

- а) отечность и кровоизлияние в мягкие ткани
- б) локальная болезненность и нарушение функции
- в) патологическая подвижность и крепитация костных отломков
- г) деформация конечности и гиперемия в области перелома

96. Основные жалобы больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника — это:

- 1) боль, усиливающаяся при ходьбе
- 2) ограничение движений в позвоночнике
- 3) резкие "прострелы" в нижние конечности
- 4) боль, усиливающаяся в положении лежа.

Выберите правильную комбинацию ответов

- а) 1,2,4
- б) 1, 2, 3
- в) 2, 3, 4
- г) все правильно

97. Выберите признаки, характерные для остеохондроза шейного отдела позвоночника:

- 1) плече-лопаточный периартрит
- 2) синдром передней лестничной мышцы
- 3) цервикальная дискалгия
- 4) торсия позвонков

Выберите правильную комбинацию ответов

- а) 1, 2, 3
- б) 1, 3, 4
- в) 2,3,4
- г) все характерны

98. Выберите синдромы, характерные при остеохондрозе грудного отдела позвоночника:

- 1) черепно-мозговые и висцеральные нарушения
- 2) межреберная невралгия
- 3) изменение сухожильных рефлексов (коленного и ахиллова)
- 4) половая слабость

Выберите правильную комбинацию ответов

- а) 1,2,3
- б) 1,2,4
- в) 2,3,4
- г) все характерны

99. По классификации В.Д. Чаклина ко II степени сколиоза относят деформации с углом, равным:

- а) 10-25°
- б) 25-40°
- в) 40-90°
- г) более 90°

100. К операциям при сколиозе относятся все перечисленные, кроме:

- а) операции на сухожильно-связочном аппарате
- б) операции на дисках
- в) костная пластика
- г) операции на телах позвонков, в т.ч. с использованием металлических конструкций

3. Примеры экзаменационных ситуационных задач:

Задача 1

В приемный покой Областной клинической больницы после ДТП машиной скорой медицинской помощи доставлен больной – мужчина 50 лет в сознании, с жалобами на боль в грудной клетке, усиливающуюся при кашле и дыхании, ранение правой голени. При осмотре: состояние пострадавшего средней тяжести. ЧДД 21 в минуту. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 110/80 мм. рт. ст. Определяется западение правой половины грудной клетки в акте дыхания (на вдохе), рана в средней трети правой голени рана с выступающими наружу костными отломками. На рентгенограммах грудной клетки – окончатые переломы 4 – 7 ребер справа, признаки тотального пневмоторакса, смещения тени средостения влево; правой голени – оскольчатый перелом костей голени типа IA по классификации

А.В. Каплана. В анализах: общий анализ крови: эритроциты: $2,8 \cdot 10^{12}$ л, гемоглобин 90 г/л, лейкоциты $8,5 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы 10%, п/яд нейтрофилы 4%, с/яд нейтрофилы 60%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, СОЭ 10 мм/час. ЭКГ: синусовый ритм, горизонтальное положение ЭОС, тахикардия.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Задача 2

В приемный покой областной клинической больницы машиной скорой медицинской помощи доставлена женщина 75 лет. Со слов больной, упала дома с высоты роста, почувствовала боль в области левого тазобедренного сустава, самостоятельно встать не смогла. При объективном осмотре: левая нижняя конечность ротирована наружу, движения в левом тазобедренном суставе невозможны из-за болей, осевая нагрузка на нижнюю конечность резко болезненна. На рентгенограммах: чрезвертельный перелом левой бедренной кости со смещением. Костная ткань с признаками остеопороза. В анализах: общий анализ крови: эр.: $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 120 г/л, лейкоц. 7,5, эоз 10, пал 4, сегм 60, лимфо 20, моно 6, СОЭ 22 мм/час. ЭКГ: синусовый ритм, горизонтальное положение ЭОС, признаки увеличения левого предсердия, левого желудочка, с метаболическими изменениями миокарда.

Какой диагноз следует поставить данной больной?

Задача 3

В приемный покой областной клинической больницы обратился больной 30 лет с острой болью в средней трети левой голени, повышением температуры тела до 39°C . При осмотре: левая голень отечна, гиперемирована, пальпация резко болезненна. Боли появились 2 суток назад. Из анамнеза: 2,5 месяца назад был произведен интрамедуллярный блокирующий остеосинтез левой большеберцовой кости по поводу открытого перелома с/3 костей голени. Через 1 месяц после операции открывался свищ с гнойно-серозным отделяемым, который через 2 недели в результате проведенной антибактериальной терапии закрылся. На рентгенограммах: прослеживается линия перелома, костная мозоль слабая, деструкция краев костных отломков, остеопороз костной ткани, мелкие секвестры, выраженная периостальная реакция. В анализах: общий анализ крови: эритроциты: $4,0 \cdot 10^{12}$ л, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $20 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы 10%, п/яд нейтрофилы 4%, с/яд нейтрофилы 50%, лимфоциты 30%, моноциты 6%, СОЭ 50 мм/час.

Какой диагноз следует поставить данному больному?

Задача 4

В амбулаторный травматологический центр обратился мужчина 40 лет с резаной раной правой кисти. Со слов пострадавшего, травму получил при работе с точильным станком 2 часа назад. При осмотре: резаная рана на уровне проксимальной складки ладонной поверхности правой кисти в медальной ее части. Сгибательные движения в дистальном межфаланговом и пястно-фаланговом суставах 4 и 5 пальцев отсутствуют. При пассивном сгибании и попытке удержать фаланги в данном положении, удержание ногтевой и срединной фаланг невозможно. На рентгенограммах: костной патологии не выявлено.

Какой диагноз следует поставить данному больному?

Задача 5

В амбулаторный травматологический центр обратился мужчина 20 лет с жалобами на боли, отечность левого коленного сустава. Со слов пострадавшего травму получил при игре в футбол около суток назад: за это время припухлость сустава медленно нарастала. При осмотре: больной на нижнюю конечность не наступает, левый коленный сустав увеличен в объеме, при пальпации болезненный, флюирует. На рентгенограммах: костной патологии не выявлено. В результате пункции коленного сустава удалено 50 мл. крови без жировых включений.

Какой диагноз следует поставить в этом случае?

Задача 6

В приемный покой областной клинической больницы после ДТП машиной скорой медицинской помощи доставлен больной – мужчина 40 лет, в сознании, с жалобами на боль в лобковой области таза и промежности. При осмотре: состояние пострадавшего средней тяжести. Больной находится в позе «лягушки», в области лобковой кости справа – гематома, осевая нагрузка на таз резко болезненна, при попытке движения нижними конечностями – крепитация костных отломков, боли усиливаются. ЧДД 22 в минуту, ЧСС 90 уд. в мин., АД 90/60 мм. рт. ст. На рентгенограммах таза – переломы верхней и нижней ветвей лобковой кости справа без смещения. В анализах: общий анализ крови: эритроциты: $2,8 \cdot 10^{12}$ л, гемоглобин 90 г/л, лейкоциты $8,5 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы 10%, п/яд нейтрофилы 4%, с/яд нейтрофилы 60%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, СОЭ 10 мм/час.

Какой диагноз следует поставить данному больному?

Задача 7

Через 1 час после пожара в жилом доме, в приемный покой областной клинической больницы доставлена женщина 35 лет с ожогом обеих нижних конечностей с жалобами на боли в ногах, тошноту. Рвоты не было. При осмотре: состояние средней степени тяжести, больная находится в сознании, шок 2 степени. Циркулярные ожоги нижних конечностей 3а-3б степени с плотным коричневым струпом. Неповрежденные участки кожи имеют бледную окраску. ЧДД 23 в минуту. ЧСС – 110 уд. в мин., АД – 110/60 мм. рт. ст. В анализах: общий анализ крови: эритроциты: $4,8 \cdot 10^{12}$ л, гемоглобин 150 г/л, гематокрит 48%, лейкоциты $8,5 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы 10%, п/яд нейтрофилы 4%, с/яд нейтрофилы 60%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, СОЭ 10 мм/час. Биохимия крови: белок 55 г/л, мочевины 6,8 ммоль/л. По мочевого катетеру получено малое количество мочи (100 мл).

Какой диагноз следует поставить данной больной? Какая расчетная площадь ожогового поражения?

Задача 8

После взрыва в многоквартирном доме в приемный покой многопрофильной больницы доставлена женщина 35 лет, которая была извлечена из-под завала. В течение 8 часов были сдавлены обрушившимися межэтажными перекрытиями обе нижние конечности от стоп до средней трети бедер. Врачами бригады скорой медицинской помощи конечности были туго забинтованы после извлечения из-под завала, проведено их местное охлаждение льдом, наложены транспортные шины. Введены наркотические анальгетики. При поступлении: состояние тяжелое, усилился болевой синдром, психоэмоциональный стресс. АД 80/40 мм.рт.ст., пульс 105 в минуту. Местно: кожные покровы нижних конечностей бледной окраски, цианоз пальцев и ногтей, отеки; кожа холодная на ощупь, ткани плотные. Имеются пузыри, заполненные серозным содержимым. Пульсация сосудов на стопах из-за отека не определяется. Активные движения резко ограничены. На рентгенограммах костной патологии не обнаружено. В крови: гемоконцентрация, повышение уровня КФК, фибриноген – 5,2 г/л. В моче: удельный вес 1040, белок 0,33 г/л, эритроциты 20–25 в поле зрения, цилиндры.

Какой диагноз следует поставить данной больной?

Задача 9

В приемный покой Областной клинической больницы обратился больной 50 лет с острой болью в средней трети левого плеча. Со слов пострадавшего 2 часа назад при падении на улице получил травму. До больницы добрался самостоятельно.

При осмотре: левое плечо деформировано в средней трети, отечно, подкожное кровоизлияние по передненаружной поверхности, здесь же – резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность. Осевая нагрузка резко болезненна, движения в плечевом и локтевом суставах ограничены. Отсутствует активное разгибание пальцев и кисти слева, снижена чувствительность I и II пальцев левой кисти по тыльной поверхности.

На рентгенограммах левого плеча – спиральный перелом в средней трети со смещением дистального отломка под углом и спереди.

АД 135/80 мм.рт.ст., пульс 80 уд. в минуту. В анализах крови и мочи – без патологических изменений.

Какой диагноз следует поставить данному больному?

Задача 10

В приемный покой областной клинической больницы машиной скорой медицинской помощи доставлена женщина 80 лет. Со слов больной, упала дома с высоты роста, почувствовала боль в области грудного отдела позвоночника. При объективном обследовании: больная в положении лежа на щите, при попытке поднятия нижних конечностей и поколачивании по пяточным областям – боли в проекции 10-11 грудных позвонков. В анамнезе, за последние годы перелом лучевой, плечевой костей в результате минимальной травмы. На рентгенограммах: компрессионный перелом тела 10 грудного позвонка. Костная ткань с признаками остеопороза. В анализах: общий анализ крови: эр.:3,5 г\л, гемоглобин 120 ммоль/л, Лейк. 7,5 эоз 10, пал 4, сегм 60, Лимфо 20, Моно 6, СОЭ 22 мм/час. ЭКГ: синусовый ритм, горизонтальное положение ЭОС, признаки увеличения левого предсердия, левого желудочка, с изменениями миокарда.

Какой диагноз следует поставить данной больной?

Задача 11

Мальчик, 14 лет около полугода стал предъявлять жалобы на умеренные боли в области коленных суставов, возникающие после нагрузки (тренировки в хоккейной секции, бег) и стихающие в покое. При осмотре: в области бугристостей обеих большеберцовых костей локальный отек, пальпация и перкуссия резко болезненны, при активном сгибании коленных суставов боль резко усиливается. На рентгенограммах коленных суставов отмечаются нечеткие контуры эпифизов бугристостей большеберцовых костей, их фрагментация.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Задача 12

Мальчик, 9 лет предъявляет жалобы на умеренные боли в области средней части правой стопы, усиливающиеся при ходьбе, ночные боли. Со слов матери ребенок быстро устает от ходьбы, меньше бегает, прыгает, походка стала неуклюжей. При осмотре определяется припухлость в средней части (ближе к внутреннему краю) тыльной стороны правой стопы, болезненная при пальпации. Покраснения кожи и местное повышение температуры отсутствуют. Продольный свод стопы уплощен. Походка изменена, больной прихрамывает на правую ногу, опираясь на наружный край стопы. На рентгенограммах правой стопы в 2 проекциях: суставная щель расширена, ладьевидная кость деформирована, уплотнена, определяется в виде узкого диска.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Задача 13

Женщина, 75 лет обратилась в клинику ортопедии с жалобами на ноющие боли в правом тазобедренном суставе при физической нагрузке и в покое, ограничение движений в нем, хромоту. Из анамнеза: боли появились около 5 лет назад, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные средства. Около года назад интенсивность болей возросла, стала ходить с дополнительной опорой на трость, сильно хромота. При осмотре: походка изменена, отмечается выраженная хромота, кожные покровы в области правого тазобедренного сустава не изменены, пальпация правой паховой области, области большого вертела резко болезненна, отмечается атрофия мышц правого бедра и голени, относительная длина правой нижней конечности на 3 см меньше левой. Активные и пассивные движения в суставе резко болезненны в крайних положениях, ограничены (сгибание/разгибание 75/0/0, приведение/отведение 25/0/15, ротация наружная/внутренняя 5/0/5). На рентгенограмме таза в переднезадней проекции: справа- суставная щель практически отсутствует,

наблюдается выраженная деформация, уплощение и склерозирование головки правой бедренной кости, последняя в состоянии подвывиха; массивные остеофиты по краям головки и вертлужной впадины, слева- костной патологии не выявлено.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Задача 14

Женщина, 76 лет обратилась в клинику ортопедии с жалобами на постоянные ноющие боли в правом коленном суставе, усиливающиеся при физической нагрузке (ходьбе менее 100м), ограничение движений в нем, деформацию, хромоту. Из анамнеза: около 10 лет назад была травма, полученная при падении (диагноз не помнит), после чего стали беспокоить боли в правом коленном суставе, неоднократно за этот период лечилась консервативно амбулаторно: НПВС, физиотерапия, массаж, хондропротекторы, последний год без длительного эффекта. При осмотре: ходит с дополнительной опорой на трость, сильно хромотает, отмечается отклонение голени кнаружи от нормальной оси конечности, пальпация правого коленного сустава болезненна, движения в суставе с «хрустом», резко болезненные, ограничены. Объем движений в правом коленном суставе: сгибание/разгибание 80/0/0. на рентгенограммах правого коленного сустава, выполненных с осевой нагрузкой: отмечается значительное неравномерное сужение суставной щели (в медиальном отделе практически отсутствует), выраженный субхондральный склероз, мелкие кистовидные просветления, определяются массивные костные разрастания по краям большеберцовой и бедренной костей, свободные внутрисуставные тела, угол отклонения голени кнутри -14°.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Задача 15

Женщина, 39 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в правом тазобедренном суставе при физической нагрузке и в покое, ограничение движений в нем, хромоту. Из анамнеза: в детском возрасте наблюдалась у ортопеда по поводу дисплазии правого тазобедренного сустава, впервые болевые ощущения стала появилась во время беременности (в 27 лет). За последние 3 года отмечает прогрессирующее усиление болевого синдрома в тазобедренном суставе и ограничение движений в нем. Неоднократно лечилась консервативно, в последнее время без эффекта. При ходьбе хромотает на правую ногу. Определяется перекося таза вправо, пальпация правой паховой области, области большого вертела резко болезненна, отмечается атрофия мышц правого бедра и голени, относительная длина правой нижней конечности на 3 см меньше левой. Активные и пассивные движения в суставе резко болезненны в крайних положениях, ограничены (сгибание/разгибание 75/0/0, приведение/отведение 25/0/15, ротация наружная/внутренняя 5/0/5). На рентгенограмме таза в прямой проекции: справа – суставная щель значительно сужена, шейечно-диафизарный угол 140°, крыша вертлужной впадины скошена, головка бедренной кости в состоянии подвывиха (покрытие на 1/3), массивные остеофиты по краям головки и вертлужной впадины, субхондральный склероз, слева – костной патологии не выявлено.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Задача 16

Мужчина, 45 лет обратился в клинику ортопедии жалобами на умеренную болезненность и чувство неустойчивости в правом коленном суставе при ходьбе. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад при падении подвернул ногу в коленном суставе, почувствовал хруст резкую боль, после чего сустав «распух».

Лечился в травмпункте по поводу гемартроза коленного сустава (пункции, УВЧ, задняя гипсовая лонгета на 3 недели). После снятия лонгеты назначено восстановительное лечение. Во время реабилитации стал отмечать появление неопытных болезненных ощущений и чувство неустойчивости в коленном суставе при ходьбе. Прием НПВС дает некоторое уменьшение болевых ощущений, однако в целом жалобы сохраняются.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Задача 17

Мужчина 33 лет обратился с жалобами на периодически возникновение вывихов правого плеча без травматического воздействия, снижение силы в правой руке. Из анамнеза известно, что 1,5 года назад у пациента при неудачном падении на выпрямленную вперед руку произошел травматический вывих плеча. Вывих устранили в участковой больнице под местной анестезией, в последующем носил мягкую повязку Дезо 3 недели, реабилитация не проводилась. В последующем через 6 месяцев впервые возник вывих во время сна при запрокидывании руки за голову – был вправлен в стационаре под наркозом. За последние 6 месяцев подобных эпизода было 4 – устранял самостоятельно. Объективно: выявляется атрофия мышц дельтовидной и лопаточной областей справа; конфигурация правого плечевого сустава не изменена; пальпация передней поверхности умеренно болезненна; отмечается ограничение активной и пассивной наружной ротации плеча при его отведении до 90° и согнутом предплечье; лежа не может достать тылом кисти больной руки до поверхности кушетки при ротации плеча; пассивное приведения руки к туловищу при активном сопротивлении больного на стороне поражения удается легко; имеется отставание пораженной конечности при подъеме выпрямленных рук вверх с отклонением кзади. На Rg-граммах плечевых суставов в прямой проекции определяется умеренный остеопороз головки правой плечевой кости, небольшое расширение суставной щели. При осмотре: контур правого коленного сустава (область верхнего заворота) несколько сглажена, пальпация суставных щелей умеренно болезненна, определяется положительные симптомы переднего выдвигного ящика и балотации надколенника. На Rg-граммах костной патологии в коленном суставе не выявлено.

Поставьте и обоснуйте вероятный диагноз.

Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения;

- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.