

Методические указания к практическому занятию по теме : «Переломы нижних конечностей»

Цель: Закрепить знания по диагностике, оказанию первой помощи, принципам и тактике лечения переломов нижних конечностей, особенностям диагностики и тактики лечения, особенностям амбулаторного наблюдения пациентов при различных повреждениях нижних конечностей.

Задачи:

1. Рассмотреть вопросы диагностики, принципы и методы лечения вывихов тазобедренного сустава.
2. Рассмотреть вопросы диагностики, принципы и методы лечения диафизарных переломов бедренной кости.
3. Рассмотреть вопросы диагностики, принципы и методы лечения диафизарных переломов костей голени.
4. Рассмотреть вопросы диагностики, принципы и методы лечения переломов дистального отдела костей голени.
5. Рассмотреть вопросы диагностики, принципы и методы лечения повреждений голеностопного сустава.
6. Рассмотреть вопросы диагностики, принципы и методы лечения повреждений стопы.
7. Рассмотреть принципы реабилитации пациентов с повреждениями нижних конечностей при консервативном и оперативном лечении.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач, подготовка докладов, работа в перевязочной и гипсовой.

Ординатор должен иметь представление:

1. О диагностике, принципах и методах лечения повреждений вывихов тазобедренного сустава.
2. О диагностике, принципах и методах лечения повреждений диафизарных переломов бедренной кости и костей голени.
3. О диагностике, принципах и методах лечения переломов и перелома-вывихов дистального отдела костей голени.
4. О диагностике, принципах и методах лечения повреждений ахиллова сухожилия.
5. О диагностике, принципах и методах лечения повреждений стопы.
6. О реабилитации пациентов с повреждениями нижних конечностей при консервативном и оперативном лечении.
7. Об особенностях ухода за больными на амбулаторном этапе при консервативном и оперативном лечении переломов нижних конечностей.

Ординатор должен знать:

1. Клинические и рентгенологические признаки диафизарных переломов бедренной кости и костей голени.
2. Клинические и рентгенологические признаки переломов и перелома-вывихов в области голеностопного сустава.
3. Клинические и рентгенологические признаки повреждения ахиллова сухожилия.
4. Клинические и рентгенологические признаки переломов стопы.
5. Принципы лечения диафизарных переломов бедренной кости и костей голени.
6. Принципы лечения переломов и перелома-вывихов костей предплечья.
7. Принципы лечения переломов и перелома-вывихов в области голеностопного сустава.

8. Принципы лечения повреждений ахиллова сухожилия.
9. Особенности реабилитации при консервативном и оперативном лечении диафизарных переломов нижних конечностей.
10. Особенности реабилитации при лечении вывихов бедра.
11. Особенности реабилитации при лечении повреждений голеностопного сустава.

Ординатор должен уметь:

1. Поставить предварительный диагноз диафизарного перелома бедренной и костей голени.
2. Поставить предварительный диагноз вывиха бедра.
3. Поставить предварительный диагноз перелома лодыжек голени, вывиха в голеностопном суставе.
4. Поставить предварительный диагноз разрыва ахиллова сухожилия.
5. Поставить предварительный диагноз перелома плюсневых костей.
6. Поставить предварительный диагноз перелома пяточной и таранной кости.
7. Определять сроки нагрузки при различных методах лечения диафизарных и внутрисуставных переломов нижних конечностей.
8. Своевременно направлять пациентов на контрольную рентгенографию.
9. Интерпретировать данные рентгенограмм на различных этапах лечения.
10. Своевременно направлять пациентов на реабилитационное лечение.
11. Диагностировать возможные осложнения.
12. Оценить состоятельность иммобилизации гипсовой повязкой.
13. Оценить показания к рассечению гипсовой повязки при развитии осложнений.
14. Определять показания к повторной госпитализации пациента при возникновении осложнений.

Ординатор должен владеть:

1. Снять швы.
2. Выполнить перевязку послеоперационной раны и аппарата внешней фиксации.
3. Осуществлять контроль за стабильностью аппаратов внешней фиксации.
4. Техникou выполнения компрессии и дистракции в аппаратах внешней фиксации.
5. Наложить и сменить лонгетную гипсовую повязку.
6. Использовать различные ортезы, брейсы и тьютора для иммобилизации при консервативном и после оперативного лечения переломов нижних конечностей.
7. Рассечь циркулярную гипсовую повязку при угрозе сдавления конечности.
8. Методикou обучения пациента ходьбе при помощи костылей или ходунков.
9. Методикou определения дозированной нагрузки при ходьбе.
10. Методикou оценки отека конечности.
11. Методикou оценки длины конечности и сегмента, оси конечности и сегмента.
12. Определить укорочение конечности.
13. Определить патологическую подвижность.
14. Методикou определения объема движений в суставах.
15. Методикou определения выпота в коленном суставе.
16. Методикou выполнения пункции тазобедренного, коленного и голеностопного суставов.

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие- 2 часа

Самостоятельная работа- 1 час

Всего – 3 часа

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов.
4. Решение ситуационных задач.
5. Разбор рентгенограмм.
6. Освоение практических навыков: перевязки аппаратов внешней фиксации, контроль стабильности аппаратов, осуществление компрессии и дистракции, измерение длины и окружности сегментов, длины конечности, измерение объема движений в суставах, наложение лонгетной гипсовой повязки, снятие гипсовой повязки. Обучение пациентов ходьбе при помощи костылей или ходунков вместе с методистами ЛФК.
7. Симуляционное обучение: освоение на муляжах практических навыков пункции тазобедренного, коленного и голеностопного суставов, снятия швов.

Перечень вопросов для собеседования:

1. Диагностика диафизарных переломов бедренной кости.
2. Диагностика диафизарных переломов костей голени.
3. Диагностика переломов и перелома-вывихов в области голеностопного сустава
4. Диагностика повреждения ахиллова сухожилия.
5. Диагностика переломов плюсневых костей.
6. Диагностика переломов пяточной и таранной костей
7. Принципы и методы лечения диафизарных переломов бедренной кости.
8. Принципы и методы лечения диафизарных переломов костей голени.
9. Принципы и методы лечения переломов и перелома-вывихов в области голеностопного сустава.
10. Принципы и методы лечения повреждений ахиллова сухожилия.
11. Особенности реабилитации при консервативном и оперативном лечении диафизарных переломов нижних конечностей.
12. Особенности реабилитации при лечении вывиха бедра.
13. Особенности реабилитации при лечении повреждений голеностопного сустава.
14. Ранние и поздние осложнения при оперативном лечении переломов нижних конечностей.

Хронокарта клинического практического занятия

	90 мин
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	18 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	45 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Самостоятельная работа

<i>Вид работы</i>	<i>Контроль выполнения работы</i>
<i>Участие в перевязках аппаратов внешней фиксации, контроль стабильности аппаратов, осуществление компрессии и дистракции (работа в перевязочной)</i>	<i>Проверка выполнения навыка</i>
<i>Измерение длины и окружности сегментов, длины конечности, измерение объема движений в суставах</i>	<i>Проверка выполнения навыка</i>
<i>Наложение лонгетной гипсовой повязки, снятие гипсовой повязки (работа в гипсовой)</i>	<i>Проверка выполнения навыка</i>
<i>Обучение пациентов ходьбе при помощи костылей или ходунков вместе с методистами ЛФК (работа в отделении)</i>	<i>Проверка выполнения навыка</i>
<i>Отработка на муляжах навыков пункции тазобедренного, коленного и голеностопного суставов (симуляционное обучение)</i>	<i>Проверка выполнения навыка</i>
<i>Отработка на муляже навыка снятия швов (симуляционное обучение)</i>	<i>Проверка выполнения навыка</i>
<i>Отработка на муляже навыков определения клинических признаков перелома (симуляционное обучение)</i>	<i>Проверка выполнения навыка</i>
<i>Подготовка докладов</i>	<i>Проверка докладов</i>

Основные темы докладов:

1. Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез при лечении переломов бедренной кости, особенности послеоперационного ведения больных.
2. Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез при лечении переломов костей голени, особенности послеоперационного ведения больных.
3. Накостный остеосинтез при лечении переломов бедренной кости, особенности послеоперационного ведения больных.
4. Накостный остеосинтез при лечении переломов костей голени, особенности послеоперационного ведения больных.
5. Чрескостный остеосинтез при лечении переломов бедренной кости, особенности послеоперационного ведения больных.
6. Чрескостный остеосинтез при лечении переломов костей голени, особенности послеоперационного ведения больных.
7. Оперативное лечение переломов пяточной кости: наkostный и чрескостный остеосинтез, особенности реабилитации.
8. Хирургическое лечение разрывов ахиллова сухожилия, особенности реабилитации.

Фонд оценочных средств:

Тесты:

ПК-5

1. При переломе верхней трети диафиза бедра типичным смещением отломков следует считать
 - а) смещение отломков по ширине, длине и под углом
 - б) смещение вокруг оси
 - в) установка центрального отломка в положении отведения, сгибания и наружной ротации, периферического кверху и кзади от центрального
 - г) установка центрального отломка в положении приведения кнутри и кпереди, периферического кзади вверх и под углом
 - д) смещение центрального отломка кзади, периферического кпереди и кзади

ПК-5

2. Повреждение или сдавление сосудов бедра наиболее часто встречается при закрытых переломах бедренной кости в области
- а) проксимального отдела бедра
 - б) верхней трети диафиза
 - в) средней трети
 - г) нижней трети
 - д) надмышелков

ПК-6

3. Интрамедуллярный остеосинтез может явиться причиной всех следующих осложнений, кроме
- а) шока и кровопотери
 - б) жировой эмболии
 - в) ложного сустава
 - г) нагноения
 - д) деформирующего артроза коленного сустава

ПК-6

4. Абсолютным показанием к экстренному оперативному лечению при надмышелковом переломе бедра является
- а) неустранимое консервативными методами смещение фрагмента
 - б) нарушение конгруэнтности суставных поверхностей
 - в) повреждение и сдавление сосудисто-нервного пучка
 - г) интрепозиция мягких тканей
 - д) неправильно сросшийся перелом

ПК-5

5. К осложнениям, наблюдаемым при переломе бедра в позднем реабилитационном периоде, относятся все следующие, кроме
- а) несросшегося перелома
 - б) деформации и укорочения конечности
 - в) контрактуры
 - г) остеомиелита
 - д) сдавления сосудисто-нервного пучка

ПК-6

6. Оптимальным сроком для удаления фиксаторов является
- а) 6 месяцев
 - б) 1 год
 - в) 1.5 года
 - г) 2 года
 - д) фиксатор можно не удалять

ПК-6

7. При консервативном лечении переломов костей голени со смещением отломков скелетное вытяжение накладывают
- а) за пяточную кость
 - б) за надлодыжечную область
 - в) за таранную кость
 - г) правильно а) и б)
 - д) правильного ответа нет

ПК-6

8. Оптимальным методом лечения винтообразных переломов костей голени со смещением отломков является
- а) гипсовая повязка
 - б) скелетное вытяжение + гипсовая повязка
 - в) компрессионно-дистракционный метод
 - г) операция остеосинтеза

ПК-6

9. Средний срок восстановления трудоспособности при переломах костей голени составляет
- а) 2-3 месяца
 - б) 3-4 месяца
 - в) 4-5 месяцев
 - г) 5-6 месяцев
 - д) 6-8 месяцев

ПК-6

10. Лечение свежих повреждений ахиллова сухожилия включает
- а) наложение гипсовой повязки в положении максимального подошвенного сгибания стопы до 5 недель
 - б) открытый способ сшивания "конец в конец" или ахиллопластика по В.А.Чернавскому
 - в) пластику апоневрозом стопы
 - г) закрытое сшивание сухожилия
 - д) правильно б) и г)

ПК-6

11. Оптимальным методом лечения застарелых повреждений ахиллова сухожилия являются
- а) открытый способ - сшивание "конец в конец" или "конец в бок"
 - б) открытый способ - ахиллопластика по В.А.Чернавскому
 - в) пластика дефекта широкой фасции бедра
 - г) пластика дефекта с помощью лавсановой ленты, вшитой в концы разошедшегося ахиллова сухожилия
 - д) пластика апоневрозом стопы дефекта ахиллова сухожилия

ПК-6

12. Иммобилизация гипсовой повязкой при сшивании ахиллова сухожилия составляет
- а) 3-4 недели
 - б) 4-5 недель
 - в) 5-6 недель
 - г) 6-7 недель
 - д) 7-8 недель

ПК-6

13. При наличии перелома внутренней лодыжки рентгенограммы голени в верхней трети производятся с целью выявления
- а) перелома внутреннего мыщелка большеберцовой кости
 - б) перелома наружного мыщелка большеберцовой кости
 - в) перелома головки малоберцовой кости или ее в верхней трети

- г) правильно а) и б)
- д) все ответы неправильны

ПК-5

14. Для определения точной высоты внутренней и наружной лодыжек необходимо провести горизонтальную линию - перпендикуляр, который проходит через
- а) таранную и пяточную кости
 - б) таранную, пяточную, большеберцовую кости
 - в) таранную, пяточную, большеберцовую и малоберцовую кости
 - г) суставную часть дистального эпиметафиза большеберцовой кости
 - д) биссектрису угла Беллера

ПК-6

15. Для фиксации лодыжек после их вправления показана
- а) циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка
 - б) циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой
 - в) разрезная циркулярная гипсовая повязка типа "сапожок"
 - г) V-образная повязка со стопой
 - д) V-образная повязка без лонгеты для стопы

ПК-6

16. Нарушения кровообращения в ноге после вправления и наложения фиксирующей гипсовой повязки при переломо-вывихах голеностопного сустава возможно вследствие всех перечисленных причин, кроме
- а) многократных репозиций
 - б) сдавления гипсовой повязкой
 - в) применение циркулярной гипсовой повязки
 - г) плохого моделирования гипсовой повязки
 - д) наложения аппаратов внешней фиксации

ПК-6

17. При пронационном трехлодыжечном переломо-вывихе голеностопного сустава, леченного гипсовой повязкой, срок иммобилизации составляет
- а) 1 месяц
 - б) 2 месяца
 - в) 2.5-3 месяца
 - г) 4 месяца

ПК-6

18. Оперативное лечение переломо-вывиха голеностопного сустава ускоряет сроки сращения
- а) на 10 дней
 - б) на 14 дней
 - в) на 21 день
 - г) на 28 дней
 - д) не ускоряет

ПК-6

19. Срок восстановления трудоспособности при пронационном трехлодыжечном переломо-вывихе голеностопного сустава составляет
- а) 1 месяц
 - б) 2 месяца
 - в) 3 месяца
 - г) 4 месяца
 - д) 4-6 месяцев

ПК-6

20. Срок восстановления трудоспособности при трехлодыжечном супинационном переломо-вывихе голеностопного сустава составляет
- а) 1 месяц
 - б) 2 месяца
 - в) 3 месяца
 - г) 4-5 месяцев
 - д) 6 месяцев

ПК-6

21. Признаками перелома шейки таранной кости являются
- а) острая боль в области ахиллова сухожилия, усиление болей при тыльном сгибании стопы, поколачивание пяточной области усиливает боли в зоне перелома, первый палец стопы находится в положении подошвенного сгибания
 - б) увеличение подвижности в таранно-пяточном сочленении
 - в) ограничение подошвенного сгибания и тыльного разгибания в голеностопном суставе
 - г) резкое уменьшение аддукции и абдукции стопы
 - д) нормальный объем движений в голеностопном суставе

ПК-6

22. При переломе шейки таранной кости без смещения нагрузка на ногу разрешается через
- а) 1 месяц
 - б) 2 месяца
 - в) 3 месяца
 - г) 4 месяца
 - д) 10-12 недель

ПК-6

23. Срок восстановления трудоспособности при переломах шейки таранной кости со смещением отломков, леченный консервативно, составляет
- а) 1 месяц
 - б) 2 месяца
 - в) 3 месяца
 - г) 4 месяца
 - д) 5 месяцев

ПК-5

24. При компрессионных переломах тела таранной кости средний срок иммобилизации гипсовой повязкой составляет
- а) 1 месяц
 - б) 2 месяца
 - в) 3 месяца
 - г) 3-4 месяца
 - д) 4-5 месяцев

ПК-5

25. При развитии асептического некроза таранной кости и деформирующего остеоартроза голеностопного и подтаранного суставов показан
- а) остеосинтез винтами

- б) остеосинтез спицами
- в) остеосинтез проволокой
- г) астрагалэктомия
- д) артродез голеностопного и подтаранного суставов

ПК-8

Что относится к средствам кинезотерапии?

- 1. массаж;
- 2. двигательные режимы;
- 3. трудотерапия;
- 4. ЛФК;
- 5. все вышеперечисленное.

Каковы противопоказания к назначению ЛФК в травматологии?

- 1. период иммобилизации;
- 2. наличие металлоостеосинтеза;
- 3. наличие ложного сустава;
- 4. наличие болей;
- 5. снижение тонуса мышц.

Используются перечисленные формы ЛФК при лечении травмы в период иммобилизации:

- 1. лечебной гимнастики
- 2. занятий физическими упражнениями по заданию
- 3. обучение двигательным навыкам бытового характера
- 4. лечебной гимнастики в воде

Формы ЛФК при лечении травмы в постиммобилизационном периоде включают:

- 1. лечебной гимнастики
- 2. лечебной гимнастики в воде
- 3. механотерапии
- 4. трудотерапии

Контрольные вопросы:

- 1. Диагностика и принципы лечения диафизарных переломов бедренной кости. ПК-5,ПК-6
- 2. Диагностика и принципы лечения диафизарных переломов костей голени. ПК-5,ПК-6
- 3. Диагностика и принципы лечения повреждений менисков коленного сустава. ПК-5,ПК-6
- 4. Диагностика и принципы лечения переломов и перелома-вывихов в области голеностопного сустава ПК-5,ПК-6
- 5. Диагностика и принципы лечения разрыва ахиллова сухожилия. ПК-5,ПК-6
- 6. Диагностика и принципы лечения переломов пяточной кости. ПК-5,ПК-6
- 7. Особенности реабилитации при консервативном и оперативном лечении диафизарных переломов нижних конечностей. ПК-6
- 8. Особенности реабилитации при лечении вывиха бедра. ПК-6
- 9. Особенности реабилитации при лечении повреждений голеностопного сустава. ПК-6
- 10. Осложнения при консервативном лечении переломов нижних конечностей. ПК-6

11. Ранние и поздние осложнения при оперативном лечении переломов нижних конечностей. ПК-6

Ситуационные задачи:

Больной 50 лет поступил в приемное отделение через 1 час после дорожно-транспортного происшествия в удовлетворительном состоянии. Пульс 80 уд. в мин., ритм., АД 130/80 мм рт. ст., в сознании, в момент травмы удара по голове, потери сознания не отмечал. Беспокоят умеренные боли в области левого бедра. При снятии иммобилизации отмечается укорочение, умеренная деформация, болезненность при пальпации в средней трети бедра, там же патологическая подвижность, повреждения кожных покровов нет. Пульсация на тыльной артерии стопы сохранена, расстройств чувствительности не отмечается. При рентгенографии выявлен поперечный перелом диафиза бедренной кости. Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз?
- 2) Какой способ лечения наиболее целесообразен?
- 3) Если принимается решение об оперативном лечении, то надо ли выполнять остеосинтез в экстренном порядке?
- 4) Надо ли накладывать скелетное вытяжение до операции?
- 5) Особенности реабилитации?

Больной 45 лет доставлен в приемное отделение стационара после дорожно-транспортного происшествия (в момент аварии находился на переднем сидении легковой автомашины). Жалуются на боль в области правого тазобедренного сустава. Правая нижняя конечность в положении сгибания, приведения и внутренней ротации, имеется ее значительное относительное укорочение, большой вертел расположен высоко над розеннелатоновской линией, выявляется выраженный лордоз в поясничном отделе позвоночника. Движения в правом тазобедренном суставе невозможны, попытка проверить пассивные движения вызывает резкое усиление болей.

- 1) Сформулируйте диагноз?
- 2) Какие рентгенограммы надо выполнить?
- 3) Лечение?
- 4) Экстренность мероприятий?
- 5) Обезболивание?
- 6) Особенности реабилитации?

Пациент 55 лет поступил пострадал в дорожно-транспортном происшествии. При осмотре врачом скорой помощи пострадавший в удовлетворительном состоянии. Признаков травматического шока нет, в сознании, в момент травмы удара по голове, потери сознания не отмечал, удар бампером автомашины пришелся на голень. Беспокоят боли в средней трети голени. При осмотре определяется деформация в средней трети голени, патологическая подвижность, рваная рана по передней поверхности голени, в которую выстоят костные фрагменты. Пульсация на тыльной артерии стопы сохранена, расстройств чувствительности не отмечается. В стационаре при рентгенографии выявлен оскольчатый перелом обеих костей голени в средней трети со смещением фрагментов.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз?
- 2) На догоспитальном этапе надо ли вправлять костные фрагменты при наложении транспортной иммобилизации?
- 3) Какой способ лечения наиболее целесообразен?
- 4) Если принимается решение об оперативном лечении, то надо ли выполнять остеосинтез в экстренном порядке?
- 5) Какой способ остеосинтеза показан в данном случае?
 - б) Особенности реабилитации?

Больная 35 лет пострадала в дорожно-транспортном происшествии. Беспокоят боли в области левого бедра и левого коленного сустава, конечность в положении незначительного сгибания в коленном и тазобедренном суставе, при попытке выпрямить ногу происходит усиление болей в нижней трети бедра. При объективном обследовании резкая болезненность при пальпации в нижней трети бедра, там же патологическая подвижность, при попытке выпрямить ногу в коленном суставе нарастает деформация и происходит усиление болей. Выпота в коленном суставе не определяется, нервно-сосудистых расстройств не отмечено.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз?
- 2) Можно ли накладывать шину Дитерихса?
- 3) Какой способ иммобилизации наиболее целесообразен?
- 4) Какой способ лечения наиболее целесообразен?
- 5) Если принимается решение об оперативном лечении, то надо ли выполнять остеосинтез в экстренном порядке?
- 6) Надо ли применять скелетное вытяжение до операции?

Пострадавший 25 лет поступил в приемное отделение через 1 час после падения с высоты третьего этажа жилого дома, со слов больного приземлился на ноги. Жалуется на боль в области пяток, где отмечается отек, резкая болезненность при пальпации. После травмы вставать и ходить не пытался. Общее состояние относительно удовлетворительное, пульс 96 уд. в мин., АД 110/70 мм рт.ст.

Вопросы:

- 1) Какие повреждения опорно-двигательного аппарата Вы предполагаете у данного пациента?
- 2) На состояние каких отделов опорно-двигательного аппарата необходимо обратить внимание при объективном обследовании больного?
- 3) Какие рентгенограммы необходимо выполнить для уточнения диагноза при данном виде травмы?

Больной, поскользнувшись на улице, подвернул стопу внутрь. При поступлении в стационар при рентгенографическом исследовании выявлен косой перелом внутренней лодыжки на уровне суставной щели.

Вопросы:

- 1) Какие ещё повреждения характерны для данного механизма травмы?
- 2) Какие структуры не повреждаются при этом механизме травмы?
- 3) Целесообразно ли выполнять ручную закрытую репозицию?
- 4) Есть ли показания к выполнению остеосинтеза?
- 5) Какой срок иммобилизации в гипсовой повязке показан при этом повреждении?

Больной, поскользнувшись на улице, упал и подвернул стопу кнаружи. При поступлении в стационар выявлен перелом малоберцовой кости в нижней трети и наружный подвывих стопы.

Вопросы:

- 1) Какие ещё повреждения характерны для данного механизма травмы?
- 2) Какие структуры не повреждаются при этом механизме травмы?
- 3) Целесообразно ли выполнять ручную закрытую репозицию?
- 4) Есть ли показания к выполнению остеосинтеза?
- 5) Какой срок иммобилизации в гипсовой повязке показан при этом повреждении?

Больной в прошлом спортсмен, при игре в волейбол во время прыжка почувствовал боль в области ахиллова сухожилия, было ощущение "удара" по сухожилию. Мог идти самостоятельно, но в дальнейшем отметил, что не может подняться на пальцы поврежденной ноги, появился кровоподтек по задней поверхности голени в нижней трети, боли при ходьбе сохранялись. К врачу поликлиники обратился через 5 дней после травмы.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз?
- 2) Какой симптом необходимо проверить при клиническом обследовании?
- 3) Какие методы дополнительных исследований целесообразны?
- 4) Какое лечение показано?
- 5) Какой срок иммобилизации в гипсовой повязке показан при оперативном лечении, в каком положении необходимо наложить гипсовую повязку?
- 6) Особенности реабилитации?

Ответы:

- 1) Подкожный разрыв ахиллова сухожилия.
- 2) Симптом Томсона.
- 3) УЗИ или МРТ.
- 4) Показано оперативное лечение.
- 5) 6-8 недель в зависимости от состояния сухожилия. Стопа фиксируется с умеренным эквинусным положением и через 3 недели гипс меняется с выведением стопы в положение близкое к функционально выгодному.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

а) основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

б) дополнительная литература:

1. Багненко С.Ф., Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации [Электронный ресурс] : метод. рек. / С. Ф. Багненко и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 56 с. - ISBN 978-5-9704-3421-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434215.html>
2. Александров В.В., Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2560-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425602.html>

в) Электронные фонды учебно-методической документации

. ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 –ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»