



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 по дисциплине	«Травматология, ортопедия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
Форма обучения	очная

Разработчик (и): Общей хирургии, травматологии и ортопедии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Федосеев	д-р мед. наук, проф.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой общей хирургии, травматологии и ортопедии
Рябова М.Н.	к. м. н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент
Назаров Е.А.	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Профессор

Рецензент (ы):

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

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

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

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Какие факторы, влияют на сращение кости при переломе. Оптимальные условия для консолидации.
2. Основные методы лечения закрытых переломов.
3. Виды гипсовых повязок, показания к их применению. Возможные осложнения при наложении гипсовых повязок, их раннее определение и профилактика.
4. Лечение переломов методом скелетного вытяжения. Виды вытяжения, показания к применению. Определение величины груза. Контроль за вытяжением, возможные ошибки и осложнения метода.
5. Показания к оперативному лечению. Виды операций, применяемых в травматологии и ортопедии.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры тестовых заданий:

Сколько времени длится инкубационный период при тяжелой форме столбняка?:

- 1) Более 2 недель
- 2) 9-14 суток
- 3) 3 недели
- 4) 8-9 суток

Ответ: 2

Какой вид ампутации конечности показан при молниеносной форме анаэробной инфекции?

1. двухлоскутный способ
2. круговой способ с наложением жгута

3. гильотинный способ с рассечением культи конечности

4. любой

Ответ: 3

В профилактике гнойных осложнений при открытых переломах конечностей основное значение имеет

1. введение антибиотиков в область открытых переломов

2. внутрикостные пролонгированные новокаиновые блокады с антибиотиками

3. первичная хирургическая обработка ран

4. внутривенное введение антибиотиков

Ответ: 3

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.

- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры ситуационных задач:

1. Больной Ч., 25 лет, во время тренировки (борьба самбо) упал на область правого плечевого сустава. Сразу же после травмы продолжать тренировку не смог из-за боли в области правой ключицы. При осмотре: состояние удовлетворительное. Больной поддерживает левой рукой правое предплечье в положении сгибания в локтевом суставе и приведения к туловищу. Правое надплечье деформировано за счет припухлости в надключичной ямке. При пальпации правой ключицы в средней трети определяется боль и патологическая подвижность. Анатомическая длина ключицы уменьшена на 3 см. Движения в правом плечевом суставе резко ограничены из-за боли. В остальных суставах правой руки движения в полном объеме. Проводниковых расстройств чувствительности нет. Пульс на лучевой артерии определяется отчетливо. Сформулируйте диагноз. Какую помощь необходимо оказать больному на догоспитальном и госпитальном этапах.

Ответ. Диагноз. Закрытый перелом правой ключицы в средней трети со смещением отломков по длине и ширине. Догоспитальный этап. Иммобилизация правой верхней конечности подручными средствами (ремень, пояс, шарф, косынка и т.п.) СМП. Обезболивание путем в/м введения 2 мл 50% раствора анальгина, иммобилизация с помощью медицинской косынки, повязки Дезо, лестничной шины. Госпитальный этап. В травмпункте: рентгенография правой ключицы, обезболивание места перелома 5-10 мл 1-2% раствором новокаина, закрытая ручная репозиция и фиксация отломков ключицы кольцами Дельбе или гипсовой восьмиобразной повязкой. Затем выполняется контрольная рентгенография правой ключицы. Если отломки ключицы сопоставлены и удерживаются в этом положении с помощью внешней фиксации, то лечение проводится амбу-латорно на срок до 5-6 недель. Если внешняя иммобилизация не обеспечивает фиксацию отломков ключицы в сопоставленном положении, то больной направляется на оперативное лечение в травматологическое отделение. Выполняется остеосинтез и в зависимости от характера линии излома ключицы (поперечный, косой, оскольчатый) используются штифты и пластины.

2. Мальчик 5 лет последние 5 недель начал прихрамывать на правую ногу, появились жалобы на боли в правом коленном суставе. При осмотре патологии со стороны коленного сустава не выявлено. Сгибание и ротационные движения в правом

тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Температура и анализы крови в норме. На рентгенограмме правого тазобедренного сустава патологии не выявлено. поставьте предварительный диагноз. Составьте план дообследования и лечения.

Ответ. Болезнь Легг - Кальве – Пертеса. Необходимо выполнить МРТ тазобедренного сустава. Основным способом лечения является разгрузка тазобедренного сустава. Для этого применяют различные варианты вытяжения, наиболее распространенное из которых — манжеточное (только за дистальную часть бедра, только за дистальную часть голени, сочетание первого и второго) в отведенном положении больной конечно-сти. Больной переводится на полный постельный режим. Проводится улучшение кровоснабжения сустава с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов, стимуляция процессов рассасывания разрушенных тканей и восстановления кости, поддержание мышечного тонуса. Назначается физиотерапия на область тазобедренного сустава и пояснично-крестцовый отдел, массаж и лечебную физкультуру.

3. Больная К, 30 лет, в детстве перенесла какое-то инфекционное заболевание. Длительно не могла ходить. Со временем опорность нижних конечностей частично восстановилась. При осмотре: выраженная гипотрофия мягких тканей левых бедра и голени, активное подошвенное сгибание стопы произвести не может. Передний отдел стопы в нагрузке не участвует, угол между осью голени и стопы равен 60 градусам. Пятка кажется увеличенной за счет утолщения мягких тканей и кожных покровов. При ходьбе нагрузка происходит только на пятку, оmozолелость по ее поверхности. Какое заболевание перенесла больная? Как называется описанная деформация стопы? Чем обусловлена деформация? Предполагаемый план лечения.

Ответ. Полиомиелит «Пяточная стопа». Деформация обусловлена вялым параличом мышц голени и стопы, преимущественно — икроножных мышц. Возможна сухожильно-мышечная пластика с предварительным артрорезом мелких суставов корня стопы.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но, не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Деловая игра

Пример. «Алгоритм диагностики и лечения переломов проксимального отдела бедренной кости».

Концепция игры: женщина (70 лет), без сопутствующей соматической патологии, упала поскользнувшись на улице, почувствовала резкую боль в в/3 правого бедра.

Участники: пациентка, врач скорой медицинской помощи, рентгенолог, врач приемного покоя(терапевт), дежурный травматолог, лечащий врач(травматолог).

Задача: оказать помощь на различных этапах.

Критерии оценки - карточки с эталонами ответов для каждой роли.

- Совпадение 80% - 100% ответов студентов с эталонными ответами (задание выполнено полностью), соответствует оценке «отлично»;
- Совпадение 60% - 80% и более ответов (задание выполнено с

незначительными погрешностями)- оценке «хорошо»;

- Совпадение 50% - 60% ответов (обнаруживает знание и понимание большей части задания) - оценке «удовлетворительно»;
- Совпадение менее 50% ответов - оценке «неудовлетворительно»

Примеры тем для подготовки презентаций

1. Жировая эмболия.
2. Современные технологии в лечении поперечного плоскостомия
3. Дифференциальная диагностика осложнений при переломах костей таза
4. Эндопротезирование крупных суставов.

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 10 и 11 семестре - зачет

Порядок проведения промежуточной аттестации

Зачет в 10 семестре – результат промежуточной аттестации за 10 семестр, не являющийся завершающим изучение дисциплины «Травматология, ортопедия», оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Зачет в 11 семестре проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут. Билет состоит из 4 вопросов. Критерии сдачи зачета :

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для промежуточной аттестации

ПК-8

Способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования

1. Показания и виды оперативного лечения при сколиозе.
2. Выбор и обоснование лечебной тактики при политравме. Особенности хирургического лечения таких пострадавших.
3. Показания и варианты оперативного лечения остеоартроза крупных суставов. Методики кафедры.
4. Лечение переломов методом скелетного вытяжения. Виды вытяжения, показания к применению. Определение величины груза. Контроль вытяжения, возможные ошибки и осложнения метода.
5. Общие принципы и методы лечения ортопедических заболеваний.
6. Показания и виды оперативного лечения при остеохондрозе.
7. Виды операций при злокачественных новообразованиях костей. Современные взгляды на тактику оперативного лечения.
8. Операции, применяющиеся в травматологии. Показания и противопоказания к их применению.

9. Функциональное лечение переломов проксимального отдела бедренной кости: показания, лечебные мероприятия, исходы.
10. Лечение переломов методом остеосинтеза. Виды остеосинтеза. Показания и противопоказания. Понятие о стабильном остеосинтезе.
11. Замедленная консолидация перелома. Ложный сустав. Принципы лечения.
12. Осложнения открытых переломов, травматический остеомиелит. Принципы лечения.
13. Лечение неосложненных переломов ребер. Виды и профилактика, тактика лечения осложнений. Способы обезболивания.
14. Лечение переломов грудины и лопатки.
15. Способы лечения переломов и вывихов ключицы.
16. Лечение травматических вывихов плеча (способы вправления, последующая фиксация), привычного вывиха плеча. Значение артроскопии для диагностики и лечения повреждений плечевого сустава.
17. Контингент пациентов, которым оказывается амбулаторная помощь. Виды помощи. Профилактические мероприятия.
18. Возможные сроки амбулаторного лечения больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Порядок направления на ВК и МСЭ травматологических и ортопедических больных.
19. Особенности лечения переломов у пожилых и детей.
20. Организация травматологической помощи в травмпункте (поликлинике), их структура, объем помощи.
21. Лечение краевых переломов таза и переломов тазового кольца без нарушения его непрерывности.
22. Лечение переломов таза с нарушением непрерывности тазового кольца, переломов вертлужной впадины
23. Способы лечения стабильных и нестабильных переломов позвоночника.
24. Особенности лечения повреждений пяточного («ахиллова») сухожилия.
25. Лечение наиболее часто встречающихся переломов лодыжек (типа Дюпюитрена, типа Десто).
26. Особенности консервативного и оперативного лечения переломов пяточной кости.
27. Лечение переломов и вывихов таранной кости, костей предплюсны, плюсневых костей.
28. Переломы надколенника: клиника, диагностика, лечебная тактика.
29. Вывихи в коленном суставе: вывих голени и надколенника: тактика лечения.
30. Принципы лечения повреждений связочного аппарата коленного сустава. Роль артроскопии в диагностике и лечении данных повреждений.
31. Повреждение менисков коленного сустава: лечебная тактика в остром и хроническом периодах. Значение артроскопии для диагностики и лечения данных повреждений.
32. Переломы диафиза бедренной кости. Консервативные и оперативные методы лечения и их оптимальные сроки.
33. Функциональное лечение переломов проксимального отдела бедренной кости: показания, лечебные мероприятия, исходы.
34. Медиальные переломы бедренной кости: выбор и обоснование лечебной тактики, исходы.
35. Латеральные переломы бедренной кости: выбор и обоснование лечебной тактики, исходы.
36. Переломы мышцелков бедра и большеберцовой кости: тактика лечения .
37. Внесуставные переломы костей голени: варианты консервативного и оперативного лечения – их достоинства и недостатки.
38. Лечение повреждений сухожилий пальцев кисти.
39. Лечение переломов лучевой кости в типичном месте.
40. Особенности лечения переломов костей предплечья в зависимости от локализации.
41. Лечение вывихов и перелома-вывихов предплечья, сроки иммобилизации.
42. Особенности лечения переломов проксимального отдела плечевой кости.
43. Тактика лечения переломов диафиза плечевой кости.

44. Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости: лечебная тактика, профилактика осложнений.
45. Способы лечения врожденной мышечной кривошеи.
46. Консервативное лечение дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра.
47. Оперативное лечение врожденного вывиха бедра.
48. Лечение врожденного вывиха надколенника.
49. Консервативное и оперативное лечение врожденной косолапости.
50. Статические деформации стоп: консервативное лечение, показания к оперативному лечению, его виды.
51. Врожденные деформации верхних конечностей: косорукость, синдактилия, полидактилия, эктродактилия. Принципы лечения.
52. Принципы лечения остеохондропатий.
53. Принципы лечения центрального спастического паралича.
54. Врожденные системные заболевания скелета: хондродисплазия, спондило-эпифизарная дисплазия. Клиника, диагностика.
55. Врожденные системные заболевания скелета: экзостозная хондродисплазия, дисхондроплазия (болезнь Олье). Клиника, диагностика.
56. Особенности клинической картины остеохондроза шейного, грудного, поясничного отделов.
57. Комплексное консервативное лечение остеохондроза различной локализации.
58. Комплексное консервативное лечение сколиоза.
59. Показания и варианты оперативного лечения асептического некроза головки бедренной кости. Методики кафедры.
60. Консервативное лечение остеоартроза крупных суставов. Методики кафедры.
61. Виды операций при доброкачественных новообразованиях костей. Современные взгляды на тактику оперативного лечения.

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

1. Больному Б, 39 лет (масса тела 90кг), находящемуся на лечении в стационаре с закрытым переломом средней трети диафиза бедренной кости со смещением отломков на 2 см необходимо наложить скелетное вытяжение за надмышцелковую область бедра. Рассчитайте вес для форсированного вытяжения.
2. Мужчина, 69 лет поскользнулся на улице и упал на согнутое колено, с трудом дошел до травмпункта, при этом испытывал сильную боль в колене при вынесении голени вперед. Контуры коленного сустава сглажены, определяется наличие жидкости в суставе. На рентгенограмме перелом надколенника с диастазом фрагментов в 1 мм. Показано ли больному оперативное лечение?
3. В травматологический пункт обратилась больная М., 48 лет, которая получила травму при падении на вытянутую правую руку. После клинического и рентгенологического обследования выставлен диагноз: Закрытый перелом дистального метаэпифиза правой лучевой кости со смещением отломков под углом. Назовите правильный метод лечения. Определите вид и длительность иммобилизации конечности.
4. В травматологическом отделении в течение 4-х недель находится больной С., 20 лет, с диагнозом: Закрытый поперечный перелом правого бедра в с/з со смещением. Проводимое с помощью скелетного вытяжения лечение не эффективно. Каков наиболее оптимальный метод дальнейшего лечения.

5. Больной Г., 23 лет, лечился в хирургическом отделении МРБ по поводу закрытого перелома плеча в н/з. При поступлении произведена анестезия места перелома и произведена иммобилизация циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до плечевого сустава. Через 6 часов больного стали беспокоить сильные боли в конечности, выраженный отек кисти, онемение пальцев. Дежурный хирург выявил отсутствие пульсации лучевой артерии. Какое осложнение возникло у больного? Какие необходимо провести неотложные лечебные мероприятия?
6. Больной А., 20 лет был сбит машиной. При обследовании в травмпункте поставлен диагноз: "перелом вертлужной впадины с центральным вывихом бедра". Назовите наиболее рациональный метод консервативного лечения.
7. Больной В., 35 лет, находится на скелетном вытяжении по поводу закрытого косоугольного перелома левой бедренной кости в с/з со смещением отломков. Несмотря на усилия травматологов репозиции отломков достигнуть не удается. Обращает на себя внимание отсутствие крепитации отломков. Почему не произошла репозиция отломков? Какое дальнейшее лечение показано данному больному?
8. В травматологический пункт обратилась пожилая женщина Н., 79 лет, которая полтора часа назад при падении получила удар в область правого плеча. После клинического и рентгенологического обследования выставлен диагноз: Закрытый перелом хирургической шейки правого плеча. Определите тактику лечения данной больной?
9. Больному З, 69 лет (масса тела 70кг), находящемуся на лечении в стационаре с закрытым переломом средней трети диафиза большеберцовой кости со смещением отломков на 2 см необходимо наложить скелетное вытяжение за область пяточного бугра. Рассчитайте вес для градуированного скелетного вытяжения.
10. Больному Б, 37 лет (масса тела 89кг), находящемуся на лечении в стационаре с закрытым переломом средней трети диафиза бедренной кости со смещением отломков на 2 см необходимо наложить скелетное вытяжение за надмышцелковую область бедра. Рассчитайте вес для форсированного вытяжения по Варфаламееву.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

1. В приемный покой больницы обратился мужчина, 50 лет с острой болью в средней трети левого плеча. Со слов пострадавшего 2 часа назад при падении на улице получил травму, 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 кпереди. АД 135/80 мм.рт.ст., пульс 80 уд. в минуту. В анализах крови и мочи – без патологических изменений. В каком лечении нуждается пациент в условиях стационара?

2. Пациент 29 лет получил огнестрельное ранение из ружья левого локтевого сустава. Доставлен в больницу через 5 часов после травмы. Рука иммобилизована лестничной шиной. Повязка промокла уже подсохшей кровью. Кисть теплая, движения в пальцах сохранены. По снятии повязки обнаружено ранение с входным отверстием размерами 1x1 см. по наружной поверхности локтевого сустава. Выходное отверстие 2x2 см. расположено по задней поверхности сустава. Раны загрязнены. В ране выходного отверстия видны осколки костей. На рентгенограмме: раздробленный перелом дистального эпифиза плечевой кости. В анализах: общий анализ крови: эритроциты: $3,5 \cdot 10^{12}$ л, гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $10 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы 10%, п/яд нейтрофилы 4%, с/яд нейтрофилы 50%, лимфоциты 30%, моноциты 6%, СОЭ 10 мм/час. Какой диагноз Вы поставите больному? Какая операция показана раненому? Под какой анестезией можно оперировать пострадавшего?
3. Больной 26 лет, спортсмен, поступил в ортопедическое отделение с жалобами на боли в левом коленном суставе, временами сустав распухает, в полости его скапливается жидкость, один - два раза в месяц происходят блокады в суставе. В анамнезе травмы отрицает, заболевание в виде незначительных болей развивалось постепенно. На рентгенограммах в проекции латеральной части медиального мыщелка бедренной кости определяется ниша овальной формы 1x1 см, в верхнем завороте сустава определяется костный фрагмент тех же размеров. Поставьте клинический диагноз. Определите план лечения. Дайте рекомендации после завершения курса лечения.
4. Девушка 18 лет обратилась к ортопеду поликлиники с жалобами на боли в области основания 2 и 3 пальца правой стопы. Боли усиливаются во время ходьбы. Считает себя больной в течение года, травму отрицает. В последние 3 месяца появилась припухлость в области тыла стопы. Объективно выявляется припухлость в проекции головок 2-3 плюсневых костей, пальпация их болезненна. Рентгенологически уплощение свода стопы, головка 2 плюсневой кости сплющена, деформирована, края ее неровные, суставная щель расширена. В общеклинических анализах патологии не выявлено. Поставьте клинический диагноз. Определите план лечения. Дайте рекомендации после завершения курса лечения.
5. В травматологический пункт обратилась пациентка К., 26 лет, которая дома нечаянно нанесла себе травму лезвием ножа. При осмотре определяется поперечная резаная рана ладонной поверхности основной фаланги II пальца левой кисти. Невозможно активное сгибание ногтевой и средней фаланг. Нарушения чувствительности нет. Сформулируйте диагноз. Как называется зона, в которой произошло повреждение? Выберите и обоснуйте наиболее рациональную методику хирургического лечения. В каком лечебном учреждении допустимо лечение данной больной?
6. Больная X, 40 лет, жалуется на боли в стопах, которые особенно усиливаются к вечеру. При осмотре: передние отделы стоп распластаны, первые пальцы отклонены кнаружи до 45 градусов, головки плюсневых костей отклонены в подошвенную сторону, деформированы. На подошвенной стороне стоп на уровне головок - болезненные

«натоптыши», 2-5 пальцы «молоткообразные», на тыльной поверхности межфаланговых суставов - мозоли. Сформулируйте диагноз, выберите и обоснуйте тактику лечения.

7. Больной К., 18 лет, при ударе ногой по мячу почувствовал резкую боль в верхней трети голени по передней поверхности. При попытке идти, не смог активно разогнуть голень. Пальпация в области метафиза большеберцовой кости спереди очень болезненная, при этом обнаруживается подвижность костного фрагмента. Надколенник располагается высоко. Бугристость большеберцовой кости на больной ноге увеличена. Обоснуйте клинический диагноз и тактику лечения.

8. На прием к травматологу обратился мальчик 13 лет с жалобами на боли в правом коленном суставе, усиливающиеся во время и после физической нагрузки. Боли беспокоят около 2 месяцев. Больной регулярно занимается футболом, во время игр были неоднократные травмы, последний раз два дня назад. При осмотре: кожные коленного сустава физиологической окраски, отек отсутствует. При сравнительном осмотре обоих коленных суставов выявляется припухлость и небольшая отечность мягких тканей в области бугристости большеберцовой кости правой нижней конечности, окружность на уровне бугристости на 3 см длиннее, чем на левой ноге. При глубокой пальпации эта припухлость бугристости большеберцовой кости резко болезненная при надавливании. При активном сгибании голени болевые ощущения усиливаются, при пассивном боль появляется только после сгибания коленного сустава больше угла 90 градусов. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента? Составьте план лечения данного пациента в зависимости от данных рентгенологической картины (какая картина будет при остеохондропатии и при травме). Дайте рекомендации при выписке.

9. Больной 26 лет. Обратился в травмцентр с жалобами на боль в правом плече. Два часа назад упал на правую руку, почувствовал резкую боль, не смог пользоваться конечностью. При осмотре: правое надплечье опущено, рука находится в положении отведения, согнута в локтевом суставе, ось правого плеча проходит через ключицу. В области дельтовидной мышцы определяется неровная плоская поверхность вследствие отсутствия головки в суставной впадине, активные движения в правом плечевом суставе отсутствуют. При пассивных движениях определяется пружинящее сопротивление. Локтевой сустав невозможно привести к туловищу. Головка правого плеча пальпируется по нижнему краю подмышечной впадины. Чувствительность и функция пальцев правой кисти не нарушены. Пульсация лучевой артерии сохранена. На рентгенограмме определяется вывих головки правой плечевой кости. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента? Составьте план лечения. Дайте рекомендации при выписке.

10. Пациент, 40 лет. Доставлен в приемное отделение в экстренном порядке бригадой СМП. Жалобы больного на резкую боль в области обеих голени, невозможность пользоваться обеими нижними конечностями. Травма в результате ДТП, был пассажиром легкового автомобиля, который столкнулся с грузовым. Сидел на переднем пассажирском сидении. Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, несколько заторможен, ориентирован в пространстве и времени. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД

– 19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 100/60 мм. рт. ст. ЧСС – 92 уд в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При осмотре: в верхней трети обеих голени видимая деформация, кровоподтек бордового цвета. Кожные покровы целые. При пальпации резкая болезненность в той же области, выраженный отек, крепитация патологическая подвижность, положительный симптом осевой нагрузки. Объем движений в обоих коленных суставах резко ограничен из-за болей. Чувствительность, движения пальцев левой кисти сохранены. Пульсация на дистальном участке лучевой и локтевой артерии определяется. Осмотрен нейрохирургом, хирургом – патологии не выявлено. На рентгенограмме обеих голени определяется перелом обеих костей в верхней трети правой и левой голени со смещением отломков. Составьте план лечения данного пациента.

ПК-6

Способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования

1. Особенности ранней диагностики дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного и коленного суставов.
2. Замедленная консолидация перелома. Ложный сустав. Факторы, способствующие их возникновению, клинические и рентгенологические признаки.
3. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника. Этиология и патогенез остеохондроза.
4. Стадии регенерации костной ткани, виды костной мозоли, ориентировочные сроки в которые происходит сращение кости.
5. Врожденный вывих бедра. Этиология, патогенез. Ранняя диагностика.
6. Схема клинического обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Значение жалоб, анамнеза, данных осмотра, перкуссии, аускультации, пальпации в постановке диагноза.
7. Клиническое течение остеохондроза, принципы диагностики каждого периода.
8. Дифференциальная диагностика вертеброгенных болевых синдромов.
9. Повреждение связочного аппарата коленного сустава: причины, клиническая и рентгенологическая диагностика.
10. Достоверные и вероятные признаки перелома и вывиха.
11. Замедленная консолидация перелома. Ложный сустав. Факторы, способствующие их возникновению, клинические и рентгенологические признаки.
12. Открытые переломы. Классификация А.В. Каплана и О.Н. Марковой.
13. Осложнения открытых переломов, травматический остеомиелит: диагностика и профилактика.

14. Классификация травм груди. Изменения механизма дыхания при нарушении каркасности грудной клетки. Травматическая асфиксия.
15. Клиника и диагностика неосложненных переломов ребер. Профилактика осложнений. Способы обезболивания.
16. Виды осложнений при переломах ребер. Способы диагностики и тактика лечения.
17. Переломы грудины: клиника, диагностика, возможные осложнения, их профилактика.
18. Переломы лопатки: классификация, клиника, диагностика, возможные осложнения, их профилактика.
19. Переломы и вывихи ключицы: классификация, клиника, диагностика.
20. Вывихи плеча: классификация, клиника, диагностика. Значение артроскопии для диагностики и лечения данных повреждений.
21. Привычный вывих плеча. Причины, клиника, диагностика.
22. Особенности возникновения и диагностики переломов у пожилых и детей.
23. Травматическая болезнь. Определение, периоды, принципы диагностики.
24. Переломы таза: механизм повреждений, классификация.
25. Клиника и диагностика краевых переломов таза и переломов тазового кольца без нарушения его непрерывности.
26. Клиника и диагностика переломов таза с нарушением непрерывности тазового кольца. Возможные осложнения, их дифференциальная диагностика.
27. Клиника, диагностика переломов вертлужной впадины, возможные осложнения.
28. Повреждения позвоночника. Классификация, механизмы повреждения. Возможные осложнения и исходы. Определение стабильных и нестабильных переломов
29. Повреждения пяточного («ахиллова») сухожилия. Виды, возможные механизмы повреждений, клиника, диагностика.
30. Классификация переломов лодыжек. Механизм травмы. Механизм повреждений, при которых может произойти вывих или подвывих стопы. Клиника и диагностика.
31. Переломы пяточной кости: классификация, механизмы повреждения, клиника, диагностика.
32. Переломы и вывихи таранной кости, костей предплюсны, плюсневых костей: классификация, клиника, диагностика, возможные осложнения.
33. Вывихи в коленном суставе: вывих голени и надколенника. Клиника, диагностика. Возможные осложнения, профилактика.
34. Повреждение менисков коленного сустава: классификация, клинические признаки, определение понятия "блок коленного сустава", диагностика.
35. Переломы диафиза бедренной кости. Клиника, диагностика, возможные осложнения.
36. Вывихи бедра: классификация, клиника, диагностика, методы вправления.
37. Переломы проксимального отдела бедренной кости: классификация, анатомические особенности, клиническая диагностика.
38. Переломы мышечков бедра и большеберцовой кости: классификация, клиника, диагностика, возможные осложнения.
39. Внесуставные переломы костей голени, механизмы повреждения, классификация, клиника, диагностика.

40. Повреждения сухожилий пальцев кисти: классификация, клиника, диагностика.
41. Переломы лучевой кости в типичном месте. Классификация, клиника, диагностика.
42. Переломы костей предплечья: классификация, клиника, диагностика.
43. Вывихи и переломо-вывихи предплечья. Классификация, клиника, диагностика, осложнения.
44. Переломы проксимального отдела плечевой кости: классификация, клиника, диагностика.
45. Переломы диафиза плечевой кости: клиника, диагностика, возможные осложнения.
46. Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости: классификация, клиника, диагностика.
47. Контрактуры и анкилозы. Классификация, этиология. Дифференциальная диагностика различных видов контрактур и анкилозов.
48. Врожденная мышечная кривошея. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
49. Врожденный вывих надколенника. Патогенез латеропозиции надколенника. Клиническая и рентгенологическая диагностика.
50. Врожденные деформации грудной клетки. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
51. Врожденная косолапость. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
52. Статические деформации стоп. Виды плоскостопия. Принципы клинической и инструментальной диагностики.
53. Врожденные деформации верхних конечностей: косорукость, синдактилия, полидактилия, эктродактилия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
54. Остеохондропатии. Классификация, этиология и патогенез.
55. Болезнь Гаглунда-Шинца, болезнь Келлера I, Келлера II – клиника и диагностика.
56. Болезнь Легг-Кальве-Пертеса – клиника и диагностика.
57. Болезнь Шойермана-Мау, болезнь Кальве – клиника и диагностика
58. Болезнь Кинбека, болезнь Прайзера, болезнь Кальве-клиника и диагностика.
59. Болезнь Осгуд-Шляттера, болезнь Кенига- клиника, особенности диагностики на различных стадиях.
60. Центральные спастические параличи. Классификация, этиология, патогенез.
61. Спондилолистез. Этиология. Патогенез. Клинико-рентгенологическая картина.
62. Патологическая осанка. Ее виды и факторы, способствующие возникновению.
63. Сколиотическая болезнь. Этиология, патогенез. Классификация сколиозов.
64. Принципы клинической и рентгенологической диагностики сколиоза. Прогнозирование.
65. Клинико-рентгенологическая диагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов.
66. Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов. Классификация, этиология, патогенез.
67. Асептический некроз головки бедренной кости у взрослых. Ранняя диагностика.
68. Опухоли костей. Классификация, клиника, принципы диагностики.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

1. Женщина, 50 лет поскользнулась на улице и упала назад на вытянутую руку, почувствовала резкую боль в области левого плечевого сустава. При осмотре: поддерживает руку за локоть в приведенном положении, головка плечевой кости не смещена, вращательные движения за локоть не передаются на головку, пальпация в области хирургической шейки резко болезненна. Предположите предварительный диагноз.
2. Водитель автобуса при аварии ударился грудью о рулевое колесо, почувствовал резкую боль. Состояние при поступлении средней тяжести, бледен, жалуется на боли за грудиной, дыхание частое, поверхностное. Перечислите возможные сопутствующие повреждения, определяющие тяжесть состояния больного.
3. Пострадавший Д., 47 лет, доставлен скорой помощью через 1 час после автомобильной аварии. У больного диагностирован открытый перелом костей левой голени в с/з со смещением отломков и ожог пламенем правой верхней конечности II-III степени. Сформулируйте клинический диагноз. Какой синдром развивается при данном виде травмы?
4. Больной К., 28 лет, поступил в травматологическое отделение через 30 минут после ДТП с жалобами на боли в области правой голени. При исследовании выявлена деформация голени, патологическая подвижность в с/з, крепитация. Длина левой голени 55 см, правой -53 см. Предположите предварительный диагноз. Какой тип укорочения правой голени имеется у больного?
5. Больная К., 8 лет, поступила в детское ортопедическое отделение по поводу деформации обеих нижних конечностей в коленных суставах. При исследовании выявлено X-образная деформация обоих коленных суставов с углом 12 градусов открытым кнаружи. Как называется описанная деформация нижних конечностей у больного?
6. Больной Ю., 67лет, поступил в отделение после ДТП с жалобами на боли в области н/з левой голени, нарушение функции левой нижней конечности. При исследовании выявлены: припухлость мягких тканей, абсолютное укорочение левой голени на 3 см, деформация, крепитация костных отломков и патологическая подвижность, ротация стопы кнаружи. Поставьте предварительный диагноз. Какие вероятные и достоверные симптомы перелома выявлены у пострадавшего?
7. У больного Д., 45 лет, при исследовании выявлена полная неподвижность в правом коленном суставе. На рентгенограммах определяется костное сращение между большеберцовой и бедренной костями. Как называется такая неподвижность в суставе?
8. В травмпункт обратился больной Ш., 20 лет, который получил травму при падении на правую кисть. Беспокоят умеренные боли и ограничение движений в кистевом суставе. Травматолог выявил резкую болезненность при пальпации области анатомической табакерки, а также боль при осевой нагрузке на II палец. Поставьте предварительный диагноз.
9. Больная О., 23 лет во время утренней пробежки оступилась. Почувствовала резкую боль. На ногу стать не смогла. При ходьбе хромота. При осмотре и пальпации определяется западение в области ахиллова сухожилия, которое усиливается. Осевая нагрузка б/болезненная. Не может стоять на носке поврежденной ноги. Поставьте предварительный диагноз.

10. Больная И., 19 лет. Обратилась к ортопеду с жалобами на спонтанную боль у основания 2 пальца правой стопы, усиливающуюся при ходьбе. Травму отрицает. На рентгенограммах – импрессионный перелом головки 2 плюсневой кости на фоне изменения костной структуры. Сформулируйте клинический диагноз.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

1. Мужчина 32 лет доставлен в приемное отделение ОКБ с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 90 в минуту, АД 100/60 мм рт ст. Число дыханий 24 в минуту. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

2. Больной З., 35 лет, упал на ноги с высоты 2-х метров. Жалуется на боли в правом тазобедренном суставе, невозможность движений в нем. При осмотре правая нога разогнута в тазобедренном и коленном суставах, несколько отведена и ротирована наружу. Под пупартовой связкой определяется ограниченная округлая припухлость, плотная при пальпации, большой вертел не прощупывается, стопа и пальцы цианотичные, пульс на тыльной артерии стопы не прощупывается. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимы и почему? Перечислите возможные осложнения этого повреждения.

3. Ныряльщик ударился головой о грунт на мелководье. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимы и почему? Перечислите возможные осложнения этого повреждения.

4. Молодой человек попытался поднять большой груз. Почувствовал треск и сильную боль в правом плечевом суставе. Первые 2 дня после травмы за медицинской помощью не обращался и только на 3-й день обратился в травматологический пункт. Объективно: на передней поверхности правого плеча в верхней трети появился кровоподтек, сила двуглавой мышцы снижена. Функция плечевого и локтевого суставов не нарушена. При сгибании предплечья в локтевом суставе появляется выпячивание шаровидной формы на передненаружной поверхности плеча величиной с куриное яйцо. При разгибании предплечья это образование исчезает. С помощью ощупывания выяснилось, что это образование относится к длинной головке двуглавой мышцы плеча. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимы и почему?

5. При падении на улице пациентка ударила левым боком о тротуарный бордюр. Появились сильные боли в месте ушиба. Пострадавшая обратилась в травмпункт с жалобами на сильные боли в грудной клетке слева, которые усиливаются при глубоком дыхании, кашле, чихании, перемене положения. Больная старается сидеть неподвижно, наклонившись вперед и придерживая рукой место повреждения, дышит поверхностно, часто. В области V ребра по средней подмышечной линии имеется подкожная гематома, ощупывание этого места болезненно, здесь же определяется крепитация. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимы и почему? Перечислите возможные осложнения этого повреждения

6. Больная, 23 лет, госпитализирована в ортопедическое отделение с жалобами на ноющие боли в средней трети правой большеберцовой кости, боли усиливаются в ночное время, лишают сна, в дневное время беспокоят мало, уменьшаются после приема анальгетиков и нестероидных препаратов. При осмотре: в средней трети правой голени незначительная припухлость, пальпация слегка болезненна. Движения в голеностопном и коленном суставах не нарушены, лимфоузлы не пальпируются. На рентгенограммах в кортикальном слое средней трети большеберцовой кости просветление 0,5x1,5 см, округлой формы, окруженное зоной склероза. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

7. 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 лонной 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? Какое осложнение травмы имеется в данном случае? Нуждается ли пациент в госпитализации?

8. Больной К., 20 лет поступил в Областную клиническую больницу с раной левого бедра, повышением температуры тела до 40°C . При осмотре: левое бедро отечно, гиперемировано, пальпация резко болезненна. В средней трети бедра ушибленная рана с серозно-гнойным отделяемым площадью 5x3 см., края раны гиперемированы. Из анамнеза: травму получил 10 дней назад при падении. За медицинской помощью не обращался. Боли появились 2 суток назад. На рентгенограммах: признаков костной патологии не выявлено. В анализах: общий анализ крови: эритроциты: $4,0 \cdot 10^{12}$ л, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $30 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы 10%, п/яд нейтрофилы 4%, с/яд нейтрофилы 50%, лимфоциты 30%, моноциты 6%, СОЭ 50 мм/час. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Укажите возможное дальнейшее течение данного осложнения?

9. 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? Обоснуйте диагноз. Укажите возможные осложнения при данной патологии.

10. 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. 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? Какое требуется обязательное дополнительное обследование? Нуждается ли пациент в госпитализации? Если да, то с какой целью?