



АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ТОМСКИЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ОБУЧЕНИЯ»

УТВЕРЖДЕНО:
Директор АНО ДПО «ТМЦО»
Е. Э. Иванова
«09» января 2019 г.

Дополнительная профессиональная образовательная
программа профессиональной переподготовки пвкда
«Травматология и ортопедия»

	Должность	Фамилия	Под- пись	Дата
Разработал	Председатель АНО ДПО «ТМЦО»			

Томск 2019

Содержание программы

- I. Пояснительная записка
- II. Учебно-тематический план
- III. Содержание программы
- IV. Календарный учебный график
- V. Организационно-педагогические условия реализации программы
- VI. Планируемые результаты
- VII. Оценочные и методические материалы

Актуальность программы «Травматология-ортопедия»

Создание и развитие травматологической помощи – приоритетное направление отечественного здравоохранения. Это связано с высокой распространенностью заболевания опорно-двигательного аппарата, необходимостью улучшения профилактики и лечения этой категории населения.

Цель дополнительной профессиональной образовательной программы.

Основной целью обучения является подготовка высококвалифицированного врача специалиста, владеющего обширным объемом теоретических знаний; способного успешно решать профессиональные задачи; умеющего провести дифференциально-диагностический поиск; оказать в полном объеме медицинскую помощь; провести все необходимые профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья больного.

Форма обучения: заочная (очная) с использованием дистанционных технологий

Срок обучения: 576 часов.

Режим занятий: по 6 часов

Категория обучающихся: врачи, имеющие высшее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия».

Применение дистанционных образовательных технологий

Дистанционные образовательные технологии применяются частично.

В учебном процессе с применением используются следующие организационные формы учебной деятельности:

- обзорные (установочные) лекции;
- самостоятельная работа с материалами
- самостоятельная работа с программами контроля знаний (тестами);

II. Учебно-тематический план

№	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе:			Форма контроля
			лекции	семинары/практические занятия	самост.	
1.	Основы социальной медицины и организации здравоохранения в РФ.	44	8	26	10	зачет
2.	Особенности обследования больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.	38	8	15	15	экзамен
3.	Регенерация костной ткани, нарушение консолидации переломов.	18	4	10	4	зачет
4.	Основные методы лечения переломов и вывихов костей.	38	12	16	10	экзамен
5.	Открытые переломы.	28	8	16	4	зачет
6.	Травматический остеомиелит.	38	2	2	9	экзамен
7.	Травмы плечевого пояса и верхней конечности.	48	8	26	14	зачет
8.	Повреждения локтевого сустава пред-	38	4	24	10	экзамен

	плеча и кисти.					
9.	Повреждение таза.	38	9	19	10	зачет
10.	Повреждения бедра, тазобедренного и коленного суставов.	58	14	24	20	экзамен
11.	Повреждение голени, голеностопного сустава.	68	5		2	зачет
12.	Повреждение позвоночного столба.	38	8	14	16	экзамен
13.	Неотложная медицинская помощь больным с травмами	42	12	24	6	экзамен
14.	Диспансеризация и реабилитация больных ортопедического и травматологического профилей	38	10	18	10	зачет
15.	Итоговое тестирование	4				экзамен
	Итого	576				

СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ

1. клиническое обследование больного с травмой опорно-двигательного аппарата
2. клиническое обследование больного с заболеванием опорно-двигательного аппарата
3. проведение инфузионной терапии, определение объема необходимых для инфузии жидкостей
4. участие в реанимационных мероприятиях
5. проведение местной анестезии
6. проведение проводниковой анестезии;
7. новокаиновая блокада при переломах ребра;
8. обосновать план оперативного лечения;
9. обосновать тактику реабилитации у больных с острой травмой и после плановых ортопедических заболеваний;
10. оценка степени консолидации перелома по данным рентгенографии

Манипуляции и операции:

1. артроскопия коленного сустава – участие в операциях;
2. парциальная менискэктомия - участие в операциях;
3. реинсерация передней крестообразной связки – операции;
4. пластика передней крестообразной связки – участие в операциях;
5. артроскопическое шейвирование коленного сустава – участие в операциях;
6. артроскопия других суставов – участие в операциях;
7. спинальная пункция – манипуляций;
8. первичная хирургическая обработка ран
9. вторичная хирургическая обработка ран;
10. пластика расщепленным лоскутом кожи;
11. пластика лоскутом на ножке
12. сшивание сухожилий при подкожных разрывах;
13. тотальное эндопротезирование крупных суставов (коленного, тазобедренного)
14. применение костного цемента для фиксации имплантатов;
15. участие в операции краниовертебральной стабилизации;
16. атланта-аксиальный спондилодез;
17. задний спондилодез шейного отдела позвоночника;
18. декомпрессивная ламинэктомия;

3 неделя	6	6	6	6	6	6		36
4 неделя	6	6	6	6	6	6		36
5 неделя	6	5	5	8	8	4		36
6 неделя	6	6	6	6	6	6		36
7 неделя	6	6	6	6	6	6		36
8 неделя	6	6	6	6	6	6		36
9 неделя	6	6	6	6	6	6		36
10 неделя	6	6	6	6	6	6		36
11 неделя	6	6	6	6	6	6		36
12 неделя	6	6	6	6	6	6		36
13 неделя	6	6	6	6	6	6		36
14 неделя	6	6	6	6	6	6		36
15 неделя	6	6	6	6	6	6		36
16 неделя	6	6	6	6	6	6		36
Итого:								576

Примечание:

- производственная практика

Календарный учебный график разработан в соответствии с Правилами внутреннего учебного распорядка в автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Тюменский Межрегиональный Центр Обучения» от 11.01.2018г №51.21;

- Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273 - ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»,

-приказом Минобрнауки России от 01.07.2013г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»,

- приказом Минобрнауки РФ от 18.04. 2013 г. № 292 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным программам профессионального обучения»,

- Уставом АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»

Календарный учебный график учитывает в полном объеме заявки организаций, заявления от физических лиц, возрастные особенности обучаемого контингента, и отвечает требованиям охраны их жизни и здоровья в процессе обучения.

Продолжительность обучения в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»: Учебным годом в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения» считается календарный год с 1 января по 31 декабря.

Режим работы АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»:

Продолжительность рабочего времени в день- 8 часов

Продолжительность рабочего времени в предпраздничные дни - сокращены на 1 час.

Начало работы в- 9час.00 мин.

Перерыв-с 12-00 до 13-00 час.

Окончание работы в 18-00 час.

Режим рабочего дня преподавателей определяется учебной нагрузкой.

Праздничные и выходные дни- с 1-по 8 января 2018г.,

23-25 февраля 2018г., 8-9 марта 2018 г., 1и 9 мая 2018г., 11-12 июня 2018г., с 3 по 5 ноября 2018 года, 31 декабря 2018г.

Регламент образовательного процесса:

Продолжительность учебной недели 36 часов - 6 дней (понедельник-суббота),

Регламентирование образовательной деятельности на день 6-8 часов.

Учебные занятия организуются в одну смену (при необходимости в 2 смены).

Начало учебных занятий в 9.00 , окончание в 16.15 (с часовым перерывом на обед).

Продолжительность уроков (академический час): 45 мин. Перерыв между уроками-10 мин

Наполняемость групп: не более 20 человек

График организации учебных групп

№	Направление обучения	Месяцы/даты											
		январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
1	«Травматология и ортопедия»	По мере комплектации групп											

IV. Организационно-педагогические условия реализации программы.

1. Выбор методов обучения для каждого занятия определяется преподавателем в соответствии с составом и уровнем подготовленности слушателей, степенью сложности излагаемого материала.

2. Лекционные занятия проводятся с целью теоретической подготовки слушателей.

Цель лекции - дать систематизированные основы знаний по учебной теме, акцентировав внимание на наиболее сложных вопросах темы занятия. Лекция должна стимулировать активную познавательную деятельность слушателей, способствовать формированию их творческого мышления.

3. Практические занятия включают в себя - работу с историями болезни пациентов. Подготовку к занятиям. Решение предложенных ситуационных задач. Доклад истории болезни больного.

4. Для реализации программы необходимо наличие видео-аудио оборудование (экран для проектора, видеопроектор Benq, системный блок Hp, монитор Benq, мышь Oklick, клавиатура SVEN, колонки SVEN, камера Logitech), доска меловая, информационные стенды, плакаты, учебный фильм «Оказание первой помощи при несчастных случаях».

V. Планируемые результаты

По окончании курса обучающийся должен знать:

Нормативно-правовую базу по вопросам оказания ортопедо-травматологической помощи взрослому и детскому населению Республики Дагестан:

1. Основные действующие приказы МЗ РФ и МЗ РД в области травматологии и ортопедии.

2. Вопросы организации травматолого-ортопедической помощи взрослому и детскому населению, работу травматологических пунктов и станций скорой помощи.

3. Клиническую и топографическую анатомию верхних и нижних конечностей и позвоночника.

4. Основное внимание обратить на анатомию черепа, головного мозга, таза и тазовых органов.

5. Понятие о травматологической болезни, шок, кровопотеря, Ганноверский код определения тяжести травмы.
6. Термическая травма, ожоговая болезнь, определение площади и глубины ожогов; схема Паркланда и Эванса.
7. Классификация травм по ВОЗ.
8. Механизм заживления раневого процесса.
9. Методы обследования травматологического и ортопедического больного.
10. Показания и противопоказания к переливанию крови и её компонентов.
11. Репаративная регенерация костной ткани, фазы и стадии раневого процесса.
12. Принципы рентгенодиагностики травм и заболеваний:
 - a) Преимущества КТ и МРТ,
 - b) Роль диагностической артроскопии,
 - c) Роль биопсии в диагностике заболеваний,
 - d) Иммунологические тесты при гнойных заболеваниях, ЛИИ
13. Методы обезболивания при травмах.
14. Предоперационная подготовка больных.
15. Методы реабилитации больных, основы механотерапии, ЛФК, ФТЛ и санаторно-курортное лечение.
16. Организация медицинской службы при ЧС.
17. Основы бюджетно-страховой медицины.
18. Классификация переломов по Мюллеру.

По окончании курса обучающийся должен уметь:

- собирать анамнез травмы и заболевания;
- оценить тяжесть состояния больного, определить объем и последовательность оказания помощи экстренному больному;
- определить алгоритм обследования больных с тяжелой политравмой и этапность оказания специализированной помощи экстренному больному;
- оказать помощь при открытых переломах, переломах-вывихах, термической травме;
- определить профилактику осложнений после хирургического лечения;
- диагностировать врожденные ортопедические заболевания у детей младшего возраста;
- диагностировать остеопению и остеопороз;
- анализировать свою клиническую работу;
- свободно читать рентгенограмму, МРТ и КТ;
- диагностировать вид перелома, этапность оказания помощи и биомеханику остеосинтеза;
- диагностировать разрыв «вращательной манжеты» плеча;
- диагностировать переломы ладьевидной кости кисти;
- диагностировать повреждения уретры;
- установить показания и противопоказания при лечении сколиоза; врожденного вывиха бедра, косяпасти, кривошеи;
- диагностировать остеохондропатии;
- диагностировать ДЦП;
- диагностировать опухоли костей.

VI. Оценочные и методические материалы.

ФОРМА ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ.

Проверка знаний слушателей включает текущий контроль и итоговый контроль.

Текущий контроль осуществляется преподавателями в процессе проведения занятий.

Итоговый контроль проводится в форме экзамена (теста).

Проверка знаний проводится комиссией, созданной приказом директора обучающей орга-

низации.

К экзамену допускаются лица, выполнившие все требования, предусмотренные программой.

ДОКУМЕНТЫ ОБ ОБУЧЕНИИ.

Слушателям, усвоившим все требования программы «Травматология и ортопедия» и успешно прошедшим проверку знаний, выдается диплом профессиональной переподготовки/сертификат утвержденного образца.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Перечень контрольных вопросов для проведения итоговой аттестации по дополнительной профессиональной программе курса профессиональной переподготовки «Травматология и ортопедия» в объеме 576 учебных часов

ТЕСТЫ ПО ТРАВМАТОЛОГИИ и ОРТОПЕДИИ

Укажите определяющие признаки травматического вывиха:

1. отек области сустава
2. гиперемия области сустава
3. разобщение суставных концов костей
4. «симптом» упругой фиксации

Укажите достоверные признаки перелома:

1. патологическая подвижность
2. крепитация отломков
3. боль при пальпации
4. наличие кровоподтека
5. лимфодема
6. болезненность при осевой нагрузке в области травмы
7. визуально определяются фрагменты кости
8. рентгенологические признаки

Назовите основные виды хромоты:

1. щадящая, нещадящая
2. перемежающаяся
3. вальгизирующая
4. варизирующая

Назовите условия, необходимые для сращения отломков:

1. анатомичная репозиция
2. стабильная фиксация на весь период консолидации
3. фиксация до появления признаков костной мозоли
4. фиксация до появления контрактур в смежных суставах
5. диастаз между отломками 50100 мкм

Укажите методы остеосинтеза:

1. накостный
2. интрамедуллярный
3. боковой
4. медиальный
5. внеочаговый
6. стабильнофункциональный остеосинтез

Назовите наиболее часто встречающиеся ранние осложнения переломов трубчатых костей:

1. травматический шок
2. жировая эмболия
3. остеомиелит
4. подкожная эмфизема

5. тромбоз эмболия
6. кровотечение
7. повреждение сосудисто-нервного пучка

Укажите поздние осложнения переломов:

1. ложные суставы
2. контрактуры суставов
3. артриты
4. травматический остеомиелит
5. хронический бронхит
6. эмфизема легких

Укажите виды ложных суставов:

1. атрофический
2. ишемический
3. дегенеративный
4. гипертрофический
5. гипотрофический

Отметьте признаки ложного сустава:

1. время сращения превышает два оптимальных срока консолидации
2. эластичная подвижность в зоне перелома
3. боль при нагрузке по оси сегмента
4. гиперемия в области перелома
5. корешковый синдром на стороне поражения
6. рентгенологические признаки (наличие линии перелома, закрыты костномозговые каналы, дефекты кости)

Укажите рентгенологические признаки гипертрофического ложного сустава:

1. облитерация костномозгового канала
2. остеопороз костных отломков
3. склероз концов костных отломков
4. наличие щели между отломками
5. истончение кортикального слоя отломков
6. выраженная периостальная костная мозоль

Какие связки повреждаются при вывихе акромиального конца ключицы:

1. клювоплечевая
2. ключичноакромиальная
3. грудиноключичная
4. ключичноклювовидная

Тракцией какой мышцы обусловлено смещение проксимального отломка ключицы вверх при переломе ее в средней трети?

1. грудиноключичнососцевидной
2. лестничной
3. широкой

Укажите положение верхней конечности в момент повреждения при аддукционном переломе хирургической шейки плечевой кости:

1. отведение
2. приведение
3. сгибание

Укажите положение верхней конечности в момент повреждения при абдукционном переломе

ме хирургической шейки плечевой кости:

1. отведение
2. приведение
3. сгибание

Укажите положение верхней конечности при лечении перелома большого бугорка плече вой кости:

1. приведение
2. отведение до 90°
3. внутренняя ротация
4. наружная ротация

Отметьте наиболее частое осложнение перелома плечевой кости в средней и нижней трети:

1. повреждение плечевой артерии
2. повреждение локтевого нерва
3. повреждение лучевого нерва
4. повреждение двуглавой мышцы плеча

Выделите нарушения функций при повреждении лучевого нерва:

1. невозможность разгибания основной фаланги 1го пальца кисти
2. невозможность противопоставления 1го пальца
3. отсутствие разгибания кисти
4. невозможность разведения пальцев кисти
5. потеря чувствительности на 1ом пальце

Какой вид обезболивания используется при вправлении вывиха плеча:

1. проводниковая анестезия
2. масочный наркоз
3. местная анестезия
4. внутривенный наркоз с миорелаксантами

По какому краю ребра расположены реберная артерия и нерв:

1. по переднему
2. по верхнему
3. по нижнему

Каков механизм травмы при переломовывихах типа Монтеджа?

1. падение на кисть
2. падение на локоть
3. прямое воздействие на диафиз локтевой кости
4. прямое воздействие на диафиз лучевой кости

Одним из признаков переломовывиха предплечья типа Галеацци является:

1. угловая деформация предплечья «к тылу»
2. угловая деформация предплечья «к ладони»
3. лучевая косорукость

Укажите типичный механизм травмы при переломах лучевой кости предплечья в «типич ном месте»:

1. падение с упором на кисть
2. удар по кисти
3. падение на локоть

Укажите типичное смещение дистального отломка при переломе Коллиса:

1. к тылу
2. в ладонную сторону

3. в лучевую сторону
4. в локтевую сторону

Укажите типичное смещение дистального отломка при переломе Смита:

1. в тыльную сторону
2. в ладонную сторону
3. в лучевую сторону
4. в локтевую сторону

В каком положении кисти накладывается гипсовая лонгета при переломе дистального метаэпифиза лучевой кости без смещения?

1. в среднефизиологическом
2. в ульнарной девиации
3. в радиальной девиации

В каком положении кисти накладывается гипсовая лонгета после репозиции при переломе Коллиса?

1. в среднефизиологическом
2. в разгибании
3. в сгибании
4. в ульнарной девиации
4. в радиальной девиации

В каком положении кисти накладывается гипсовая лонгета после репозиции при переломе Смита?

1. в среднефизиологическом
2. в разгибании
3. в сгибании
4. в ульнарной девиации
5. в радиальной девиации

Отметьте типичное смещение отломков при переломе диафизов пястных костей:

1. под углом, открытым к тылу
2. под углом, открытым ульнарно
3. под углом открытым к ладони

Признаком свежего полного повреждения сухожилий пальцев является:

1. ограничение пассивных движений в суставах пальцев
2. невозможность активных движений в суставах пальцев
3. разболтанность в суставах пальцев

Для повреждения сухожилия глубокого сгибателя пальца кисти характерно:

1. отсутствие активного сгибания средней фаланги
2. отсутствие активного сгибания дистальной фаланги
3. отсутствие активного сгибания пальца

Для повреждения сухожилия поверхностного и глубокого сгибателей характерно:

1. отсутствие активного сгибания дистальной фаланги
2. отсутствие активного сгибания средней и дистальной фаланги
3. отсутствие активного сгибания всего пальца

Укажите перелом таза, при котором возможен разрыв уретры:

1. перелом седалищных костей
2. перелом типа «бабочки»
3. перелом крыши вертлужной впадины

При переломах таза с целью иммобилизации используют следующее положение:

1. Тренделенбурга
2. Волковича
3. Ортнера

Назовите позвонок, не имеющий тела:

1. 1ый шейный
2. 1ый поясничный
3. 1ый крестцовый

Укажите, чем обусловлен «псевдоабдоминальный» синдром при переломах позвоночника:

1. сдавлением спинного мозга
2. раздражением мозговых оболочек
3. раздражением корешков спинного мозга
4. повреждением внутренних органов брюшной полости

Для какой патологии характерен симптом «пуговчатого» кифоза:

1. идиопатический сколиоз
2. болезнь «Бехтерева»
3. компенсаторный сколиоз
4. компрессионный перелом тел позвонков III ст.

Укажите, какие переломы бедренной кости относятся к медиальным:

1. капитальные
2. субкапитальные
3. чресшеечные
4. чрезмышцелковые
5. надмышцелковые
6. базоцервикальные

Укажите сроки консолидации медиальных переломов шейки бедренной кости:

1. 56 недель
2. 23 месяца
3. 69 месяцев
4. 1012 месяцев

Для каких возрастных категорий больных наиболее характерны переломы проксимально го отдела бедренной кости:

1. дети и подростки
2. лица зрелого возраста
3. пожилые люди
4. лица старческого возраста

Укажите в каком положении будет находиться проксимальный отломок бедренной кости при переломе ее в 1/3:

1. сгибание
2. отведение
3. наружной ротации
4. разгибание
5. приведение

Какие методы лечения можно использовать при переломах диафиза бедренной кости, как самостоятельные:

1. иммобилизация задней гипсовой лонгетой
2. скелетное вытяжение

3. погружной остеосинтез
4. остеосинтез аппаратами внешней фиксации (ВКДО)

Укажите наиболее тяжелые осложнения при переломах бедренной кости:

1. травматический шок
2. жировая эмболия
3. тромбоэмболия
4. тромбоз
5. лимфодема

Укажите виды травматических вывихов бедра:

1. передние
2. задние
3. внутренние
4. наружные

Отметьте наиболее рациональный способ ведения больного после вправления вывиха бедра у взрослых:

1. задняя гипсовая лонгета
2. кокситная гипсовая повязка
3. постоянное скелетное вытяжение
4. наложение аппарата внешней фиксации

Укажите наиболее часто встречающиеся поздние осложнения травматических вывихов бедра у взрослых:

1. аваскулярный некроз головки бедра
2. тромбоз подкожных вен
3. коксартроз
4. остеомиелит бедра

Укажите наиболее частый анамнестический и клинический симптом при повреждении мениска:

1. симптом поршня
2. симптом блокады
3. патологическая подвижность в коленном суставе

Укажите симптомы, характерные для повреждения менисков коленного сустава:

1. симптом блокады
2. симптом Турнера
3. симптом лестницы
4. симптом Лозинского
5. симптом Габая

Для повреждения каких анатомических образований наиболее характерен симптом «выдвижного ящика»:

1. разрыв собственной связки надколенника
2. разрыв медиального мениска
3. разрыв крестообразных связок

Укажите консервативные способы лечения переломов костей голени:

1. скелетное вытяжение
2. компрессионно-дистракционный остеосинтез
3. фиксация гипсовой повязкой
4. костнопластическая реконструкция

Остеосинтез бывает:

1. прямой
2. внутрикостный
3. непрямой
4. на костный
5. сочетанный
6. стабильнофункциональный
7. ситуационный
8. компрессионнодистракционный

Укажите отделы большеберцовой кости с наименее благоприятными условиями для сращения отломков:

1. верхняя треть диафиза
2. нижний метадиафиз
3. нижняя треть диафиза
4. верхний метадиафиз

Укажите, какой вид гипсовой повязки наложите больному при переломе наружной лодыжки без смещения отломков?

1. кокситная
2. гонитная
3. Уобразная
4. окончатая

Выделите анатомо-морфологические признаки, характерные для дисплазии тазобедренного сустава у детей грудного возраста:

1. гипоплазия вертлужной впадины
2. гиперплазия вертлужной впадины
3. недоразвитие головки бедра
4. поворот верхнего конца бедра кзади
5. замедленное окостенение головки бедра

Выделите положения стопы, составляющие элементы врожденной косолапости:

1. сгибание стопы
2. супинация стопы
3. приведение переднего отдела стопы
4. поворот переднего отдела стопы кнаружи
5. тыльное сгибание стопы
6. пронация стопы

С какого возраста следует начинать консервативное лечение врожденной мышечной кривошеи.

1. 1 неделя
2. 1 месяц
3. с момента отпадения пуповины
4. с момента держания головки

Укажите методы консервативного лечения врожденной мышечной кривошеи:

1. корригирующая гимнастика
2. корригирующая редрессация
3. корригирующая остеотомия
4. массаж
5. корригирующая фиксация

Укажите симптомы, характерные для перелома шейки бедра:

1. укорочение и наружная ротация конечности
2. удлинение и приведение конечности
3. укорочение и внутренняя ротация конечности
4. удлинение и отведение конечности

Укажите симптомы, характерные для заднего вывиха бедра:

1. отведение и наружная ротация конечности
2. приведение и внутренняя ротация конечности
3. приведение и наружная ротация конечности
4. отведение и внутренняя ротация конечности

Укажите опасность переломов в н/3 бедра:

1. повреждение подколенной артерии и б/берцевого нерва
2. повреждение бедренного нерва
3. тромбоз глубоких вен бедра
4. повреждение запирательного нерва

Основным источником регенерации костной ткани при диафизарных переломах у детей является:

1. межотломковая гематома
2. эндост
3. периост
4. костный мозг

Основной причиной пониженной регенерации костной ткани при переломах у лиц пожилого и старческого возраста является:

1. синильный психоз
2. изменения метаболизма с преобладанием катаболических процессов
3. недостаток витаминов и микроэлементов
4. атеросклероз сосудов

Стабильнофункциональный остеосинтез рационален при использовании:

1. пластин с угловой стабильностью
2. винтов
3. спиц
4. интрамедуллярных конструкций с блокированием

Что предусматривает функциональный метод лечения компрессионных стабильных переломов тел позвонков?

1. вытяжение петлём Глиссона
2. вытяжение за таз
3. создание внутреннего мышечного корсета путём проведения массажа и лечебной гимнастики с первых дней после травмы
4. наложение гипсового корсета

Для анкилоза сустава характерно:

1. качательные движения
2. ограниченные движения
3. ротационные движения
4. полная неподвижность

Главным недостатком метода постоянного скелетного вытяжения является:

1. длительный срок постельного режима и гиподинамия
2. перерастяжение близлежащих к перелому суставов
3. инфицирование мягких тканей вокруг спиц

4. неврологические расстройства

Укажите причины контрактуры Фолькмана:

1. повреждение срединного нерва на уровне локтевого сустава
2. флеботромбоз верхней конечности
3. ишемические нарушения в результате повреждения артериальных сосудов
4. длительная гипсовая иммобилизация при переломах предплечья

Для типичного подкожного разрыва ахиллова сухожилия характерно все перечисленное, кроме

1. разрыв сухожилия происходит на фоне дегенеративнотрофических изменений
2. разрыв сухожилия происходит после неожиданного некоординированного резкого сокращения трехглавой мышцы голени
3. разрыв чаще локализуется в месте перехода мышцы в сухожилие

Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллова сухожилия проявляется

1. западением в области разрыва ахиллова сухожилия
2. невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги
3. отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени
4. резком ограничении супинации стопы
5. ощущением щелчка при разрыве ахиллова сухожилия

Контрактура Фолькмана возникает вследствие

1. повреждения плечевого сплетения
2. продолжительного значительного, но не полного нарушения артериального кровотока
3. короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
4. двойного перелома плечевой кости

Наиболее опасной локализацией для развития контрактуры Фолькмана при переломе плеча является

1. внутрисуставной перелом проксимального отдела плеча
2. перелом плеча в верхней трети
3. перелом плеча в средней трети
4. перелом плеча в нижней трети

Наиболее часто вывихи возникают

1. в коленном суставе
2. в плечевом суставе
3. в локтевом суставе
4. в лучезапястном суставе
5. в тазобедренном суставе

Вывих плеча часто сопровождается переломом

1. малого бугорка
2. большого бугорка
3. шиловидного отростка лопатки
4. клювовидного отростка лопатки
5. ключицы

Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается

1. с рождения
2. в возрасте 1 месяца
3. в возрасте 12 месяцев

4. в возрасте 3 месяцев и старше

Основным ранним клиническим симптомом деформирующего артроза тазобедренного сустава является

1. боль в области тазобедренного сустава
2. боль в нижней трети бедра и в области коленного сустава
3. приводящая сгибательная контрактура
4. укорочение конечности
5. ограничение объема движений в суставе

Дифференцировать коксартроз следует

1. с ревматоидным полиартритом
2. с туберкулезным процессом
3. с болезнью Бехтерева
4. с остеохондрозом с корешковым синдромом
5. с сакроилиитом

Наиболее характерный рентгенологический признак коксартроза

1. сужение суставной щели
2. дегенеративная киста в головке и в крышке впадины
3. костные разрастания вокруг сустава
4. склероз субхондрального участка головки и впадины в области наиболее нагруженной части сустава
5. все перечисленное

При разрыве передней крестообразной связки коленного сустава характерным симптомом является

1. блокада коленного сустава
2. симптом «выдвижного ящика»
3. сгибательная контрактура в коленном суставе
4. симптом «прилипшей пятки»

Типичная локализация остеогенной саркомы

1. нижняя треть бедра, верхняя треть голени
2. верхняя треть бедра, нижняя треть голени
3. кости таза
4. кости предплечья
5. кости стопы, кости черепа

Какие виды переломов верхней конечности наиболее типичны для детского возраста?

1. поднадкостничный перелом
2. оскольчатый перелом
3. эпифизолиз
4. поперечный перелом

С каким заболеванием необходимо дифференцировать травматические повреждения плечевой кости новорожденного?

1. лимфангиома плеча
2. эпифизарный остеомиелит
3. перелом ключицы
4. рахит

Укажите клинические признаки врожденной мышечной кривошеи:

1. асимметрия лица
2. укорочение кивательной мышцы

3. выступающая лопатка
4. синостоз

Какие способы консервативного лечения применяют при врожденной косолапости?

1. этапные циркулярные гипсовые повязки от с/3 бедра
2. тотальная тенолигаментокапсулотомия
3. метод Виленского
4. бинтование по ФинкуЭттингену

Укажите начало срока проведения консервативного лечения врожденной косолапости:

1. с 57 дня раннего неонатального периода
2. 2 месяца
3. с 6 месяцев
4. после 1 года

Отметьте характерные изменения, имеющиеся при врожденной косолапости:

1. порочное положение стопы
2. атрофия мышц голени
3. укорочение нижней конечности
4. ограничение движений в голеностопном суставе

Что вы понимаете под термином «сколиоз»?

1. усиление грудного изгиба позвоночника
2. усиление поясничного изгиба позвоночника
3. боковое искривление позвоночника с торсией тел позвонков
4. асимметричное положение плечевого пояса

Какие признаки характеризуют 1 степень сколиоза?

1. фронтальный дефект осанки
2. наличие реберного возвышения на стороне поражения
3. наличие торсии позвонков, определяемой на рентгенограмме
4. угол первичной дуги искривления 18 градусов

Когда наиболее ярко проявляются признаки врожденной мышечной кривошеи в период новорожденности?

1. в первые 35 дней после рождения
2. на 1014 день после родов
3. в возрасте 1 месяц
4. в возрасте 3 месяца
5. клинические симптомы в этот период не выражены

Назовите наиболее достоверный признак врожденного вывиха бедра у новорожденного.

1. ограничение отведения бедер
2. симптом МарксаОртолани, Барлоу, ротационной нестабильности (соскальзывание го ловки)
3. укорочение ножки
4. асимметрия кожных складок
5. наружная ротация ножки

В каком возрасте следует начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра?

1. в период новорожденности
2. в первые полгода жизни
3. до 1 года
4. показано оперативное лечение
5. в возрасте от 1 года до 3 лет

Когда следует начинать лечение ребенка с врожденной косолапостью?

1. в первые 2-3 недели жизни
2. через 3 месяца после рождения
3. в полугодовалом возрасте
4. после года жизни
5. в возрасте от 1 года до 3 лет

Чем проявляется болезнь Пертеса?

1. варусной деформацией большеберцовой кости
2. аваскулярный некроз головчатого возвышения плечевой кости
3. нарушением роста костей предплечья
4. остеохондропатией ладьевидной кости стопы
5. аваскулярным некрозом головки бедренной кости

Из консервативных методов лечения повреждений поясничного отдела позвоночника применяются:

1. наложения гипсового корсета
2. метода создания «мышечного корсета» по Гориневской – Древинг
3. постепенной реклинации на валиках или специальном щите
4. одномоментной реклинации с фиксацией гипсовым корсетом
5. фиксации места перелома «поясом штангиста»

К отрывным переломам костей таза относятся

1. перелом лонной кости
2. перелом седалищной кости
3. перелом вертлужной впадины
4. перелом передневерхней ости подвздошной кости
5. перелом крестца

К переломам, сопровождающимся разрывом тазового кольца, относятся

1. перелом крыла подвздошной кости
2. перелом лонной кости
3. перелом губы вертлужной впадины
4. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
5. перелом лонной и седалищной костей с разных сторон

Не сопровождается разрывом тазового кольца

1. перелом дна вертлужной впадины
2. разрыв крестцово-подвздошного сочленения с одной стороны
3. разрыв лонного сочленения и перелом подвздошной кости
4. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
5. разрыв лонного сочленения и вертикальный перелом крестца

Чаще всего при переломах костей таза повреждаются

1. простата у мужчин и яичники у женщин
2. уретра, простатическая ее часть
3. дистальная часть мочеиспускательного канала
4. мочевого пузыря
5. влагалище у женщин и половой член у мужчин

При консервативном лечении перелома ключицы применяются для иммобилизации ключицы

1. шины Кузьминского
2. 8-образной повязки
3. колец Дельбе
4. гипсовой повязки по Турнеру

Показаниями к оперативному лечению перелома ключицы являются

1. открытые переломы с повреждением или сдавлением сосудисто-нервного пучка
2. оскольчатый перелом ключицы с опасностью ранения кожи
3. закрытый оскольчатый перелом
4. все перечисленное

Наиболее частым переломом проксимального отдела плеча является перелом

1. головки
2. анатомической шейки
3. бугорков
4. хирургической шейки

При абдукционном переломе хирургической шейки плеча

1. угол, образованный фрагментами, открыт
2. кнутри и кзади
3. кнаружи и кзади
4. кнутри и кпереди
5. углового смещения нет

При аддукционном переломе хирургической шейки плеча

1. отломки смещены так, что образуют угол, открытый
2. кнутри и кзади
3. кнаружи и кзади
4. кнаружи и кпереди
5. кнутри и кпереди
6. углового смещения нет

Признаками мышечной интерпозиции при диафизарных переломах плеча являются

1. смещение фрагментов
2. отсутствие «костного хруста»
3. неудача при попытке репозиции
4. все перечисленное

При разгибательном переломе дистального отдела плеча угол между фрагментами открыт

1. кпереди и кнаружи
2. кзади и кнутри
3. кпереди и кнутри
4. углового смещения нет

При сгибательном типе перелома дистального отдела плеча угол между фрагментами закрыт

1. кпереди и кнаружи
2. кзади и кнутри
3. кпереди и кнутри
4. углового смещения нет

Повреждение лучевого нерва при переломе в нижней трети плеча вызывает

1. расстройства чувствительности в 4 и 5 пальцах
2. свисания кисти и невозможности активного разгибания её основной фаланги пальцев
3. понижения чувствительности на лучевой стороне кисти
4. понижения чувствительности на разгибательной части предплечья

При переломе плеча в нижней трети, осложненным повреждением срединного нерва, возникает расстройство чувствительности

1. 4 и 5 пальцев

2. во 2м пальце
3. только в 1м пальце
4. только в 3м пальце
5. в 1, 2, 3 пальцах кисти и внутренней поверхности 4 пальца

Треугольник Гютера определяется в положении

1. полного разгибания предплечья
2. частичного разгибания в локтевом суставе
3. при согнутом предплечье под углом 90°
4. при пронированном предплечии

Линия Гютера—это

1. линия оси плеча
2. линия оси предплечья
3. линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья
4. линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча

Повреждение Галиацци—это

1. изолированный перелом локтевой кости
2. изолированный перелом лучевой кости
3. перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
4. перелом лучевой кости и вывих головки локтевой

Различают следующие виды вывихов

1. свежий
2. несвежий
3. застарелый
4. привычный
5. все перечисленные

Вывих акромиального конца ключицы характеризуется

1. признаком Маркса
2. симптомом «треугольной подушки»
3. симптомом «клавиши»
4. пружинящим движением в плечевом поясе

Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит

1. при полном разрыве акромиальноключичной и ключичноклювовидной связок
2. при разрыве только акромиальноключичной связки
3. при разрыве только клювовидноключичной связки
4. при растяжении ключичноакромиальной связки

В зависимости от положения головки различают следующие вывихи плеча

1. верхний
2. нижний
3. передний
4. задний

К типу «передних» относятся вывихи плеча

1. подклювовидный
2. подлопаточный
3. подключичный
4. правильно 1. и 3.
5. правильно 2. и 3.

Вывих плеча часто сопровождается переломом

1. малого бугорка
2. большого бугорка
3. шиловидного отростка лопатки
4. клювовидного отростка лопатки
5. ключицы

Срок иммобилизации плеча после вправления вывиха составляет

1. 12 недели
2. 4 недели
3. 6 недель
4. 8 недель
5. 10 недель

Причиной возникновения привычного вывиха является

1. родовая травма
2. инфекционный артрит
3. вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
4. повреждения в момент травматического вывиха
5. в сочетании с неправильной тактикой ведения после вправления вывиха

Вывихи обеих костей предплечья могут быть

1. кпереди
2. кзади
3. с расхождением костей
4. кнутри

Предплечье выглядит удлинненным при вывихе

1. кпереди
2. кзади
3. с расхождением костей
4. кнутри

Наиболее характерным симптомом для вывиха является

1. сильная боль
2. «костный» хруст
3. возможность производить пассивные движения
4. «пружинящие» движения

«Свежим» вывихом плеча называется вывих, давностью

1. до 3 дней
2. 1 неделя
3. 3 недели
4. 4 недели
5. свыше 4 недель

«Несвежим» вывихом плеча называется вывих, давностью

1. до 2 недель
2. 1 неделя
3. до 3 недель
4. 4 недели
5. свыше 4 недель

Застарелым вывихом плеча называется вывих давностью

1. до 2 недель

2. 1 неделя
3. 3 недели
4. 4 недели
5. свыше 3 недель

Чаще всего из костей запястья ломается

1. ладьевидная кость
2. трехгранная кость
3. полулунная кость
4. крючковидная кость
5. большая многоугольная кость

Основными признаками перелома шейки бедра являются

1. боли в тазобедренном суставе
2. укорочение конечности
3. симптом Байкова
4. симптом «прилипшей пятки»
5. ротация конечности внутрь

К наиболее часто встречающимся осложнениям травматического эпифизеолиза дисталь ного конца бедра относятся

1. нарушение (тромбоз) магистрального кровотока конечности
2. нарушение роста кости
3. невозможность закрытой репозиции
4. повреждение сосудисто-нервного пучка
5. жировая эмболия

Техника выполнения симптома «баллотирования» надколенника состоит

1. в сжатии коленного сустава
2. в сжатии надпателлярного заворота левой руки
3. в выдавливании кончиков пальцев на подколенник в переднезаднем направлении
4. в сжатии надпателлярного заворота левой рукой и надавливании кончиками пальцев на надколенник в переднезаднем направлении
5. в перкуссии надколенника

При правосторонней мышечной кривошее

1. подбородок отклонен влево
2. подбородок отклонен вправо
3. подбородок расположен по средней линии туловища

Консервативное лечение мышечной формы кривошеи в первые недели и месяцы жизни ребенка включает

1. фиксированное положение головы
2. ношение воротника Шанца
3. рассасывающий массаж больной стороны

Медикаментозное лечение врожденной мышечной кривошеи включает применение

1. мумие
2. инъекции лидазы
3. инъекции гидрокортизона
4. не существует

Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается

1. с рождения
2. в возрасте 1 месяца

3. в возрасте 12 месяцев
4. в возрасте 3 месяцев и старше

Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава в раннем периоде является

1. тугое пеленание
2. гипсовые повязки
3. функциональные шины
4. оперативный

Клиническая симптоматология врожденного вывиха бедра у детей старше 2 лет включает

1. хромоту
2. укорочение конечности
3. положительный симптом Тренделенбурга
4. большой вертел ниже линии Розер – Нелатона
5. все перечисленное

Основные симптомы косолапости

1. эквинус стопы
2. экскаватус стопы
3. супинация стопы
4. варус стопы
5. вальгус стопы

Наиболее характерный рентгенологический признак коксартроза

1. сужение суставной щели
2. дегенеративная киста в головке и в крышке впадины
3. костные разрастания вокруг сустава
4. склероз субхондрального участка головки и впадины в области наиболее нагруженной части сустава
5. все перечисленное

Предложите, оптимальную тактику при вывихе бедра

1. закрытое вправление под местной анестезией с последующей активизацией на костылях без нагрузки на больную ногу
2. закрытое вправление под наркозом с последующим наложением скелетного вытяжения
3. закрытое вправление под наркозом с последующим наложением гипсовой кокситной повязки
4. закрытое вправление под наркозом с последующей активизацией на костылях без нагрузки на больную ногу
5. открытое вправление с наложением гипсовой кокситной повязки на 3,5 мес.

Укажите локализацию перелома плеча, при которой имеется наибольшая опасность повреждения лучевого нерва:

1. оскольчатый перелом верхней трети плеча со смещением
3. абдуктивный перелом шейки плеча со смещением
4. аддуктивный перелом шейки плеча со смещением
5. перелом диафиза плеча на границе средней и нижней трети плеча со смещением
6. перелом головчатого возвышения плечевой кости

Центральный вывих бедра это:

1. вывих головки бедра со смещением кпереди и медиально
2. вывих головки бедра со смещением в проксимальном направлении
3. вывих головки бедра со смещением кзади
4. перелом дна вертлужной впадины со смещением головки бедра в полость таза

5. перелом крыши вертлужной впадины со смещением головки бедра в проксимальном направлении

При субкапитальном переломе шейки бедра методом выбора является:

1. остеосинтез 3х лопастным гвоздем
2. функциональное лечение
3. однополюсное эндопротезирование
4. остеосинтез спицами
5. лечение на вытяжении с последующим наложением укороченной гипсовой кокситной повязки

При переломах типа Дюпюитрена гипсовая повязка накладывается от кончиков пальцев до:

1. средней трети бедра
2. средней трети плеча
3. верхней трети голени
4. верхней трети предплечья
5. средней трети голени

Шоковый индекс (индекс Алговер) это:

1. отношение частоты пульса к уровню диастолического давления
2. отношение частоты пульса к уровню систолического давления
3. отношение уровня систолического давления к частоте пульса
4. отношения уровня диастолического давления к частоте пульса
5. отношение уровня систолического давления к уровню диастолического давления

Перелом таза типа Мальгенья это:

1. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
2. перелом крыла подвздошной кости
3. 2х сторонний перелом лонных и седалищных костей
4. перелом костей таза с нарушением целостности заднего полукольца
5. перелом костей таза с одновременным нарушением целостности переднего и заднего полукольца

Что называется переломом лучевой кости в типичном месте?

1. перелом нижней трети лучевой кости в сочетании с вывихом головки локтевой кости
2. перелом шейки лучевой кости
3. перелом дистального метаэпифиза лучевой кости на 2-3 см. выше суставной щели лучезапястного сустава
4. перелом диафиза лучевой кости в верхней трети
5. перелом головки лучевой кости

Какая деформация стопы возникает после травмы и паралича малоберцового нерва?

1. плоская стопа
2. пяточная стопа
3. конская стопа
4. косолапость
5. ни одна из перечисленных

Какие наиболее типичные повреждения могут возникнуть при падении на разогнутую кисть?

1. перелом Коллиса
2. перелом Смита
3. перелом ладьевидной кости
4. перелом пястных костей

Укажите клинические симптомы при переломах костей таза:

1. положительный симптом прилипшей пятки
2. положительный симптом разводящей нагрузки на крылья подвздошных костей
3. положительный симптом сдавливающей нагрузки на крылья подвздошных костей
4. относительное укорочение бедра на стороне перелома

Для остеохондропатии позвонков (болезни ШойерманаМау) характерными рентгенологическими проявлениями являются:

1. кифотическая деформация позвоночника
2. клиновидная деформация тел позвонков
3. нарушения в зоне апофизов тел позвонков
4. незаращение дужек позвонков

При изолированном переломе малоберцовой кости отмечается:

1. абсолютное укорочение голени
2. отсутствие спорности нижней конечности
3. деформация оси голени
4. локальная болезненность

Ротация тел позвонков (торсия) может отмечаться при:

1. спондилезе
2. приобретенном сколиозе
3. асимметричной осанке
4. компрессионном переломе тел грудных позвонков

Переломы лодыжек, сочетающиеся с переломом заднего или переднего краев большеберцовой кости с подвывихом стопы спереди и сзади известны как переломы: 1. Дюпюитрена

2. Потта
3. Десто
4. УотсонДжонса
5. Мальгенья

Одним из симптомов повреждения мениска коленного сустава является:

1. затруднение больных при спуске с лестницы
2. затруднение больных при подъеме на лестницу
3. затруднение при спуске и подъеме на лестницу

Какой из перечисленных синдромов патологии коленного сустава наиболее характерен для повреждения мениска?

1. «переднего выдвигающего ящика»
2. «заднего выдвигающего ящика»
3. «блокады»
4. боли и хруста
5. нестабильности

При подвздошном травматическом вывихе бедра:

1. нога резко согнута, приведена и ротирована внутрь
2. нога слегка согнута, приведена и ротирована внутрь
3. укорочение ноги до 57 см
4. укорочение ноги до 12 см
5. определяется симптом пружинящей фиксации

Симптом усиленной пульсации бедренных сосудов под пупартовой связкой при переломах шейки бедра на месте повреждения описан:

1. А.В.Вишневым
2. А.В.Капланом
3. Г.И.Турнером
4. С.С.Гирголавом
5. Т.Бильротом

Наилучшим видом обезболивания при вправлении вывиха бедра является:

1. внутрисуставное введение местного анестетика
2. проводниковая анестезия
3. футлярная блокада по А.В.Вишневному
4. внутритазовая анестезия по ШкольниковуСеливанову
5. наркоз с миорелаксантами

Анкилозом называют:

1. ограничение нормальной амплитуды движения в суставе
2. незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
3. полную неподвижность в пораженном суставе
4. тугую подвижность в области ложного сустава

Контрактурой называют:

1. полную неподвижность в пораженном суставе
2. незначительный объем подвижности в суставе качательного характера
3. наличие тугой подвижности в области ложного сустава
4. ограничение нормальной амплитуды движения в суставе

Симптом «прерванного вдоха» характерен для перелома:

1. ключицы
2. лопатки
3. ребра

Какие из нижеперечисленных переломов проксимального отдела плеча относят к внутри суставным?

1. переломы бугорков
2. головки
3. хирургической шейки
4. чрезбугорковые
5. анатомической шейки

Переломы лучевой кости в «типичном месте» делят на:

1. супинационные и пронационные
2. абдукционные и аддукционные
3. сгибательные и разгибательные

Переломовывих Монтеджа это:

1. вывих головки лучевой кости и перелом верхней трети диафиза локтевой кости
2. вывих головки локтевой кости и перелом нижней трети диафиза лучевой кости
3. переломовывих I пястной кости

Срок сращения переломов шейки бедренной кости.

1. 3 мес
2. 6 мес
3. 9 мес

Что нарушено при переломе надколенника:

1. активное сгибание голени
2. активное разгибание голени

3. активная ротация голени

Вытяжение при травме шейного отдела позвоночника проводят с помощью:

1. колец Дельбе
2. овала Титовой
3. петли Глиссона

Симптом вожжей это:

1. приспособление для вытяжения позвоночника
2. напряжение мышц спины
3. напряжение мышц передней брюшной стенки

Симптом «щелчка» характерен для:

1. врожденной кривошеи
2. врожденного вывиха бедра
3. врожденной косолапости

Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития:

1. трапецевидной мышцы
2. кивательной мышцы
3. подключичной мышцы

Сколиозискривление позвоночника:

1. кпереди
2. кзади
3. боковое

Клинически ось нижней конечности проходит через все следующие образования, исключая

1. передневерхнюю ось подвздошной кости
2. наружный край надколенника
3. внутренний край надколенника
4. середину проекции голеностопного сустава
5. первый палец стопы

МЕТОДИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ:

1. Аптечка
2. Доступ к пользованию электронной-библиотечной системы IPR BOOKS.
3. Презентации по травматологии и ортопедии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бари, М. Логан Анатомия голеностопного сустава и стопы / Бари М. Логан. - М.: Издательство Панфилова, Бином. Лаборатория знаний, 2014. - 152 с.
2. Бирюков, А. А. Мануальная коррекция синдромов вертеброгенного остеохондроза / А.А. Бирюков, В.А. Савченко. - М.: Физическая культура, 2011. - 198 с.
3. Вагнер, Е. А. Закрытая травма груди мирного времени / Е.А. Вагнер. - М.: Медицина, 2002. - 300 с.
4. Каплан, А.В. Повреждения костей и суставов / А.В. Каплан. - М.: Книга по Требованию, 2012. - 543 с.
5. Клевно, В. А. Морфология и механика разрушения ребер. Судебно-медицинская диагностика механизмов, последовательности давности переломов / В.А. Клевно. - М.: Ассоциация СМЭ, 2015. - 300 с.
6. Клюквин, И. Ю. Травмы кисти / И.Ю. Клюквин, И.Ю. Мигулева, В.П. Охотский. - М.:

ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 192 с.

7. Кригхофф, Р. Ортопедия: Специальная патология и техническое обеспечение ортопедическими вспомогательными средствами / Р. Кригхофф. - М.: Медицина, 2002. - 230 с.
8. Кузнечихин, Е. П. Этюды хирургической патологии нижней конечности и таза у детей. Руководство для врачей / Е.П. Кузнечихин. - М.: Бином, 2014. - 632 с.
9. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 832 с.
10. Люси, Уайт Фергюсон Лечение миофасциальной боли. Клиническое руководство: моногр. / Люси Уайт Фергюсон, Роберт Гервин. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 544 с.
11. Мышцы. Анатомия. Движения. Тестирование. - М.: Практическая медицина, 2016. - 432 с.
12. Никифорова, Е. К. Профилактика и лечение деформаций опорно-двигательного аппарата на почве полиомиелита / Е.К. Никифорова. - М.: Медицина, 2007. - 176 с.
13. Новикова, С. Л. Легкость движения. Реабилитация после эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов по запатентованной методике / С.Л. Новикова. - М.: КомандАрт, 2009. - 120 с.
14. Полифасцикулярный остеосинтез. Атлас / Н.А. Шестерня и др. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2015. - 112 с.
15. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава: моногр. . - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 328 с.
16. Руководство по ортопедии и травматологии. В трех томах. Том 1. - М.: Медицина, 2008. - 780 с.
17. Руководство по хирургии тазобедренного сустава. Том 1. - М.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Р. Р. Вредена, 2014. - 368 с.
18. Руцкий, А.В. Рентгенодиагностический атлас / А.В. Руцкий. - М.: Книга по Требованию, 2012. - 286 с.