МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет

УТВЕРЖДАЮ

ДЕКАНАТ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

29.09 2015 г.

Травматология, ортопедия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Травматологии и ортопедии**

Учебный план 31050150_15_24лд.plx
31.05.01. Лечебное дело

Квалификация **Специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **6 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 216
в том числе:
аудиторные занятия 108
самостоятельная работа 90
экзамены 18

Виды контроля в семестрах:
экзамены 11
зачеты 10

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	10 (5.2)		11 (6.1)		Итого	
Недель						
Вид занятий	УП	РПД	УП	РПД	УП	РПД
Лекции	18	18	18	18	36	36
Практические	36	36	36	36	72	72
В том числе	3	3	4	4	7	7
Итого ауд.	54	54	54	54	108	108
Контактная	54	54	54	54	108	108
Сам. работа	54	54	36	36	90	90
Часы на			18	18	18	18
Итого	108	108	108	108	216	216

Программу составил(и):
К.м.н., доцент, Дюшеналиев Б.Б.;К.м.н., доцент, Мирджалилов В.М. _____

Рецензент(ы):
К.м.н., доцент кафедры травматологии, ортопедии и медицины катастроф КГМИПиПК, Исмайылов Б.Т.
_____

Рабочая программа дисциплины
Травматология, ортопедия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:
Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №95)

составлена на основании учебного плана:
31.05.01. Лечебное дело
утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры
Травматологии и ортопедии

Протокол от 11. 04 2015 г. № 7
Срок действия программы: 2015-2021 уч.г.
Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Сагымбаев М.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16. 11 2016 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Травматологии и ортопедии

Протокол от 12. 04 2016 г. № 6
Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Сагымбаев М.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
15. 12 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Травматологии и ортопедии

Протокол от 11. 04 2017 г. № 6
Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Сагымбаев М.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
07. 12 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Травматологии и ортопедии

Протокол от 11. 04 2018 г. № 7
Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Сагымбаев М.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
04. 09 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Травматологии и ортопедии

Протокол от 30. 08 2019 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Мирджамалов В.М.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Программа по травматологии и ортопедии отражает современное состояние развития травматолого-ортопедической помощи и учитывает задачи преподавания дисциплины в объёме, необходимом для подготовки студентов.
1.2	За последнее время в содержании курса травматологии и ортопедии и в методике ее преподавания произошли заметные изменения. С разработкой Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования, а также внедрение страховой медицины, платных медицинских услуг, возникновение новых этических и деонтологических отношений между врачом и больным, настоятельно требуют совершенствования медицинского образования, и таким образом, формируют круг вопросов, которые должны изучить студенты.
1.3	Программа по травматологии и ортопедии соответствует структуре не только травматизма, но и заболеваемости опорно-двигательной системы в нашей стране. Больные с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов и позвоночника составляют подавляющее большинство на амбулаторных приемах у хирурга, невро¬патолога, терапевта. Любой врач, независимо от своей специальности, с первых дней практической деятельности будет иметь дело с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы.
1.4	Основной целью преподавания травматологии и ортопедии является обучение студентов современным положениям теоретических и практических разделов этой отрасли медицины. Студенты изучают краткую историю развития травматологии и ортопедии, этиологию, патогенез основных ортопедических заболеваний; механизм повреждений; методы профилактики, диагностики, оказания первой врачебной помощи; принципы проведения реабилитации у больных ортопедо-травматологического профиля.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	**Требования к предварительной подготовке обучающегося:**
2.1.1	
2.1.2	Анатомия
2.1.3	Топографическая анатомия и оперативная хирургия
2.1.4	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.5	Пропедевтика внутренних болезней
2.1.6	Фармакология
2.1.7	Биохимия
2.1.8	Биоэтика
2.1.9	Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности (Общий уход за хирургическими больными)
2.1.10	Клиническая биохимия
2.1.11	Клиническая фармакология
2.1.12	Клиническая практика (Помощник врача)
2.1.13	Основы неотложной помощи
2.1.14	Лучевая диагностика
2.1.15	Латинский язык
2.1.16	Нормальная физиология
2.2	**Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:**
2.2.1	Медицинская реабилитация
2.2.2	Доказательная медицина
2.2.3	Спортивная медицина
2.2.4	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.5	Клиническая ординатура.

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ОПК-11: готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	
Знать:	
Уровень 1	Основные методы применения медицинских изделий и инструментария.
Уровень 2	Способы обработки рук, операционного поля, инструментария. Технику проведения местной анестезии. Проводниковую блокаду по Вишневскому.

Уровень 3	Виды операций: радикальные, паллиативные, диагностические. Понятие об ургентных, экстренных и плановых операциях. Понятие об асептике и антисептике. Классификация хирургического инструментария. Современные диагностические приборы, применяемые в хирургии.
Уметь:	
Уровень 1	Обосновать применение медицинских изделий и медицинского инструментария.
Уровень 2	Исползовать медицинский инструментарий для выбора рационального доступа, выбора хирургического вмешательства, предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений.
Уровень 3	Пользоваться общим и некоторым специальным хирургическим инструментарием . Выполнять манипуляции намуляжах и тренажерах. Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками работы с медицинскими изделиями и инструментарием на муляжах.
Уровень 2	Методами общеклинического обследования. Алгоритмом инструментального обследования при подозрении на предполагаемую патологию. Интерпретацией результатов инструментальных методов обследования и формулированием предварительного диагноза больным.
Уровень 3	Навыками оказания первой и первой доврачебной помощи. Техникой иммобилизации при различных вариантах повреждений.

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	
Знать:	
Уровень 1	Основные и дополнительные методы исследования.
Уровень 2	Симптомы, синдромы заболеваний, основные нозологические формы в соответствии с МКБ-10.
Уровень 3	Алгоритм постановки топического и клинического диагнозов.
Уметь:	
Уровень 1	Решать типичные задачи на основании понимания клинических симптомов и адекватного лечения.
Уровень 2	Выбрать необходимые методы обследования для постановки диагноза и адекватного лечения.
Уровень 3	Обосновать необходимые методы обследования и лечения.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками анализа собранных симптомов и обоснованности методов обследования и лечения.
Уровень 2	Навыками обоснованного подхода в диагностике в рамках полномочий врача общей практики.
Уровень 3	Навыками дифференциального диагноза основных заболеваний.

ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	
Знать:	
Уровень 1	Особенности течения и диагностики вариантов заболеваний и принципы их лечения.
Уровень 2	Закономерности дифференцированной диагностики и тактики ведения пациентов с различными заболеваниями с целью адекватного обследования и лечения.
Уровень 3	Лечение, профилактику и реабилитацию больных. Оказание помощи при неотложных состояниях.
Уметь:	
Уровень 1	Использовать диагностические критерии и особенности течения заболеваний в зависимости от различных нозологических форм, осложнений и возрастных особенностей; - применять международную классификацию болезней в тактике лечения.
Уровень 2	Использовать методы с диагностической целью и уметь интерпретировать результаты; определить тактику ведения лиц с различными видами заболеваний, их осложнений.
Уровень 3	Определить спектр лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками распознавания и дифференцированной диагностики различных видов заболеваний и тактики ведения пациентов.
Уровень 2	Принципами тактики врачебных действий для дифференцированной диагностики вариантов различных видов заболеваний и осложнений; назначения лечения.
Уровень 3	Навыками оказания неотложной помощи больным при ургентной патологии.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	**Знать:**
3.1.1	В организационно-управленческой деятельности:

3.1.2	- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
3.1.3	- правовые вопросы;
3.1.4	- принципы организации травматолого-ортопедической помощи и систему оказания скорой медицинской помощи в Кыргызской Республике и Российской Федерации;
3.1.5	- деонтологические нормы и правила врачебной этики, юридические аспекты врачебной деятельности и, в частности, деятельности травматолога-ортопеда;
3.1.6	- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы;
3.1.7	- организацию диспансеризации ортопедических больных.
3.1.8	
3.1.9	В диагностической деятельности:
3.1.10	- топографическую анатомию опорно-двигательного аппарата;
3.1.11	- основные вопросы нормальной и патологической физиологии, биомеханики;
3.1.12	- причины развития типичных патологических процессов в организме и их клинические проявления;
3.1.13	- физиологию и патологию системы гемостаза;
3.1.14	- принципы коррекции нарушений свертывающей системы крови;
3.1.15	- показания и противопоказания к переливанию препаратов и компонентов крови;
3.1.16	- общие и специальные методы исследования в травматологии и ортопедии;
3.1.17	- основные принципы рентгенодиагностики в травматологии и ортопедии, достоинства КТ и МРТ;
3.1.18	- преимущества артроскопических методов диагностики и оперативного лечения; противопоказания к артроскопии;
3.1.19	- роль биопсии в диагностике опухолевых поражений опорно-двигательного аппарата;
3.1.20	- принципы асептики в медицине, хирургии и травматологии и ортопедии;
3.1.21	- значение иммунологических тестов в обследовании больных с травматическими повреждениями и гнойными осложнениями;
3.1.22	- генетику и классификацию врожденных ортопедических заболеваний;
3.1.23	
3.1.24	В лечебной деятельности:
3.1.25	- клиническую симптоматику основных заболеваний травматолого-ортопедического профиля, пограничных состояний у взрослых, их профилактику, диагностику и лечение;
3.1.26	- методы обезболивания в травматологии и ортопедии;
3.1.27	- показания к общему обезболиванию;
3.1.28	- роль перидуральной и местной анестезии в лечении травм опорно-двигательного аппарата;
3.1.29	- основы реанимации и интенсивной терапии у больных ортопедо-травматологического профиля;
3.1.30	- основы инфузионной терапии при травматическом шоке, кровопотере, интоксикации;
3.1.31	- клиническую характеристику препаратов крови и плазмозаменителей;
3.1.32	- основы фармакотерапии в травматологии и ортопедии;
3.1.33	- основы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с травмами и заболеваниями органов опоры и движения;
3.2	**Уметь:**
3.2.1	- собрать анамнез, провести клиническое обследование больного;
3.2.2	- оформить медицинскую документацию;
3.2.3	- оценить тяжесть состояния больного;
3.2.4	- определить показания к госпитализации;
3.2.5	- выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;
3.2.6	- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний;
3.2.7	- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), интерпретировать их результаты;
3.2.8	- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
3.2.9	- разработать план подготовки больного к экстренной и плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку к операции всех функциональных систем;
3.2.10	- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий;
3.2.11	- оказать необходимую срочную помощь больному;

3.2.12	- провести диспансеризацию больных;
3.3	**Владеть:**
3.3.1	- антропометрических измерений, выявления угловых деформаций и ассиметрий сегментов конечностей;
3.3.2	- определения объема движений в суставах, уровня мышечной силы;
3.3.3	- изучения состояния позвоночника (кифоз, лордоз, ротация);
3.3.4	- пункции суставов:
3.3.5	- закрытой репозиции отломков, вправления вывихов;
3.3.6	- оказания первой врачебной помощи при:
3.3.7	закрытых переломах;
3.3.8	открытых переломах;
3.3.9	огнестрельных повреждениях опорно-двигательного аппарата;
3.3.10	- первичной хирургической обработки раны при травматической ампутации конечности;
3.3.11	- ампутации или реконструкции культи конечности;
3.3.12	- оформления медицинской документации травматологического и ортопедического отделения стационара, включая их электронные варианты (электронная амбулаторная карта, история болезни).

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Общие принципы обследования и диагностики травматологических и ортопедических больных.						
1.1	Методы обследования травматологических и ортопедических больных. Принципы лечения травматологических и ортопедических больных. Абсолютные симптомы переломов. Виды смещения костных отломков (по-русски, по латыни). /Лек/	10	2	ОПК-11 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.2	Методы обследования и диагностики травматологических и ортопедических больных. Принципы лечения. Абсолютные симптомы переломов. Виды смещения костных отломков (по-русски, по латыни). /Пр/	10	4	ОПК-11 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.3	Методы обследования и диагностики травматологических и ортопедических больных. Принципы лечения. Абсолютные симптомы переломов. Виды смещения костных отломков (по-русски, по латыни). /Ср/	10	6	ОПК-11 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л2.2 Л2.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	Произвести замеры конечностей (длину, амплитуда движения в суставах, объем конечностей).
	Раздел 2. Повреждение костей верхних и нижних конечностей.						
2.1	Регенерация костной ткани. Перелом лопатки и ключицы, плеча, предплечья и ксисти. Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ОПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	
2.2	Переломы бедра, повреждения коленного сустава. Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.2 Л2.1 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	

2.3	Переломы голени. Повреждения голенностопного сустава и стопы. Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	
2.4	Вывихи костей верхних и нижних конечностей. Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Лек/	10	2	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.5	Политравма, множественная и сочетанная травма. Классификация. Диагностика. Принципы лечения. /Лек/	10	2	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	
2.6	Регенерация костной ткани.Перелом лопатки и ключицы, плеча, предплечья и ксисти. Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Пр/	10	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.7	Переломы бедра, повреждения коленного сустава.Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Пр/	10	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4	1	Презентация
2.8	Переломы голени. Повреждения голенностопного сустава и стопы.Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Пр/	10	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.9	Вывихи костей верхних и нижних конечностей. Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Пр/	10	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	1	Презентация
2.10	Политравма, множественная и сочетанная травма. Классификация. Диагностика. Принципы лечения. /Пр/	10	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.11	Регенерация костной ткани. Перелом лопатки и ключицы, плеча, предплечья и ксисти. Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Ср/	10	6	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4	0	Наложение повязок.
2.12	Переломы бедра, повреждения коленного сустава.Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Ср/	10	6	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.13	Переломы голени. Повреждения голенностопного сустава и стопы.Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Ср/	10	6	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.14	Вывихи костей верхних и нижних конечностей. Классификация, механизм возникновения, клиника и лечение. /Ср/	10	6	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	Наложить транспортную шину.
2.15	Политравма, множественная и сочетанная травма. Классификация. Диагностика. Принципы лечения. /Ср/	10	6	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

	Раздел 3. Повреждения грудной клетки, позвоночника и таза.						
3.1	Переломы грудины и ребер. Классификация. Механизм возникновения. Клиника. Лечение. /Лек/	10	2	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2	0	
3.2	Переломы позвоночника. Причины возникновения. Классификация. Диагностика. Клиника. Осложнения. Методы лечения. /Лек/	10	2	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2	0	
3.3	Переломы костей таза. Классификация. Клиника. Диагностика и лечение. /Лек/	10	2	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2	0	
3.4	Переломы грудины и ребер. Классификация. Механизм возникновения. Клиника. Лечение. /Пр/	10	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.5	Переломы позвоночника. Причины возникновения. Классификация. Диагностика. Клиника. Осложнения. Методы лечения. /Пр/	10	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.6	Переломы костей таза. Классификация. Клиника. Диагностика и лечение. /Пр/	10	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	1	Презентация
3.7	Переломы грудины и ребер. Классификация. Механизм возникновения. Клиника. Лечение. /Ср/	10	6	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.8	Переломы позвоночника. Причины возникновения. Классификация. Диагностика. Клиника. Осложнения. Методы лечения. /Ср/	10	6	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.9	Переломы костей таза. Классификация. Клиника. Диагностика и лечение. /Ср/	10	5,7	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.10	/КрТО/	10	0,3			0	
3.11	/Зачёт/	10	0			0	
	Раздел 4. Системные заболевания.						
4.1	Остеохндропатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2	0	
4.2	Остеохндропатии: головки бедра, позвоночника, бугристости большеберцовой кости, пяток. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Дифдиагностика остеохондропатии с туберкулезом костей и суставов. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	1	Презентация

4.3	Хондродистрафия. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
4.4	Остеохндропатии: головки бедра, позвоночника, бугристости большеберцовой кости, пяток. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Дифдиагностика остеохондропатии с туберкулезом костей и суставов. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
4.5	Обследование. Транспортная иммобилизация. /Ср/	11	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
4.6	Деформирующий остеоартроз. Этиология. патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2	0	
4.7	Деформирующий остеоартроз. Этиология. патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
4.8	Деформирующий остеоартроз. Этиология. патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 5. Врожденные пороки развития конечностей.						
5.1	Врожденная косолапость. Этиология, Патогенез. Клиника. Лечение (консервативное и оперативное). Ортопедическое снабжение. /Лек/	11	2	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2	0	
5.2	Врожденная косолапость. Этиология, Патогенез. Клиника. Лечение (консервативное и оперативное). Ортопедическое снабжение. /Пр/	11	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	1	Презентация
5.3	Врожденная косолапость. Этиология, Патогенез. Клиника. Лечение (консервативное и оперативное). Ортопедическое снабжение. /Ср/	11	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.4	Врожденный вивых бедра. Этиология. Патогенез. Клиника до года. Рентгендиагностика до года. Лечение и профилактика вывиха бедра. /Лек/	11	3	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2	0	
5.5	Врожденный вивых бедра. Этиология. Патогенез. Клиника до года. Рентгендиагностика до года. Лечение и профилактика вывиха бедра. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	1	Презентация
5.6	Врожденный вивых бедра. Этиология. Патогенез. Клиника до года. Рентгендиагностика до года. Лечение и профилактика вывиха бедра. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

5.7	Врожденный вивых бедра. Этиология. Патогенез. Клиника старше года. Рентгендиагностика старше года. Лечение. /Лек/	11	3	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2	0	
5.8	Врожденный вивых бедра. Этиология. Патогенез. Клиника старше года. Рентгендиагностика старше года. Лечение. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.9	Врожденный вивых бедра. Этиология. Патогенез. Клиника старше года. Рентгендиагностика старше года. Лечение. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.10	Деформация костей стопы. Отклонение первого пальца стопы кнаружи. Плоскостопие продольное и поперечное. Этиология. Клиника. Лечение у детей и взрослых. /Лек/	11	2	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л2.1 Л2.2 Л3.2 Э1 Э2	0	
5.11	Деформация костей стопы. Отклонение первого пальца стопы кнаружи. Плоскостопие продольное и поперечное. Этиология. Клиника. Лечение у детей и взрослых. /Пр/	11	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.12	Деформация костей стопы. Отклонение первого пальца стопы кнаружи. Плоскостопие продольное и поперечное. Этиология. Клиника. Лечение у детей и взрослых. /Ср/	11	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 6. Заболевания позвоночника.						
6.1	Кривошея. Врожденная кривошея. Классификация. Врожденная мышечная кривошея. Этиология. Патогенез. Клиника. Консервативное и оперативное лечение. Ортопедическое снабжение. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2	0	
6.2	Кривошея. Врожденная кривошея. Классификация. Врожденная мышечная кривошея. Этиология. Патогенез. Клиника. Консервативное и оперативное лечение. Ортопедическое снабжение. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	1	Презентация
6.3	Кривошея. Врожденная кривошея. Классификация. Врожденная мышечная кривошея. Этиология. Патогенез. Клиника. Консервативное и оперативное лечение. Ортопедическое снабжение. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
6.4	Сколиоз. Сколиотическая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Консервативное и оперативное лечение. Профилактика сколиоза. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2	0	
6.5	Сколиоз. Сколиотическая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Консервативное и оперативное лечение. Профилактика сколиоза. /Пр/	11	4	ПК-6 ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
6.6	Сколиоз. Сколиотическая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Консервативное и оперативное лечение. Профилактика сколиоза. /Ср/	11	4	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
6.7	/КрЭк/	11	0,5			0	

6.8	/Экзамен/	11	17,5	ОПК-11 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня ЗНАТЬ:
Раздел травматология
1.Методы обследования травматологических больных. Принципы лечения травматологических и ортопедических больных. Абсолютные симптомы переломов. Виды смещения костных отломков (по-русски, по латыни).
2.Переломы костей плечевого пояса (ключицы, лопатки, грудины). Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
3.Переломы плечевой кости. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
4.Переломы костей предплечья и кисти. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Переломы ладьевидной кости. Особенности лечения.
5.Вывихи верхней конечности (плеча, предплечья и кисти. Вывихи нижней конечности (бедра, голени и стопы).
6.Переломы проксимального отдела, диафиза бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение
7.Внутрисуставные переломы бедра и голени в области коленного сустава. Переломы надколенника. Причины возникновения. Лечение.
8.Переломы костей голени, лодыжки, костей стопы и пяточной кости. Классификация. Клиника. Консервативное и оперативное лечение.
9.Переломы костей таза. Классификация. Клиника. Лечение.
10.Повреждения менисков и связок коленного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Современные методы хирургического лечение.

Раздел ортопедия
1.Остеохондропатия. Этиология. Патогенез. Классификация. ●Остеохондропатия головки бедра и болезнь Пертеса. Клиника. Лечение.
2.Остеохондропатии
3.Дифференциальная диагностика остеохондропатии с туберкулезом костей и суставов.
4.Врожденный вывих бедра. Этиология. Патогенез. Клиника до года. Рентген диагностика до года. Лечение до года. Профилактика вывиха бедра
5.Врожденный вывих бедра. Этиология. Патогенез. Симптомы старше года. Рентген диагностика старше года. Лечение старше года.
6.Сколиоз. Сколиотическая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Консервативное и оперативное лечение. Профилактика сколиоза. Ортопедическое снабжение.
7.Кривошея. Врожденная кривошея. Классификация. Врожденная мышечная кривошея. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Консервативное и оперативное лечение. Ортопедическое снабжение.
8.Врожденная косолапость. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Консервативное и оперативное лечение. Ортопедическое снабжение.
9.Деформация костей стопы. Отклонение I пальца стопы кнаружи. Плоскостопие продольное и поперечное. Этиология. Клиника. Лечение у детей и взрослых
10.Деформирующий остеоартроз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Консервативное и оперативное лечение.

Задания для проверки обученности УМЕТЬ:
На курируемом пациенте необходимо:
1. Собрать анамнез, провести опрос больного, его родственников, провести физикальное обследование пациента, направить на лабораторно-инструментальное обследование.
2. Интерпретировать результаты обследования, поставить больному предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз.
Разработать больному план лечения, провести реабилитационные мероприятия.

Задания для проверки обученности ВЛАДЕТЬ:
На курируемом пациенте необходимо:
1. Провести осмотр больного методом общего клинического обследования.
2. По результатам осмотра провести инетрпретацию результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у больных.
3. Пользуясь алгоритмом постановки предварительного диагноза поставить больному диагноз с последующим направлением его на дополнительное обследование и к врачам-специалистам.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые проекты - не предусмотрены.

5.3. Фонд оценочных средств

ФРОНТАЛЬНЫЙ ОПРОС - перечень вопросов в п.5.1.

КОЛЛОКВИУМ.
1)Выяснение жалоб и особенности сбора анамнеза у травматологических и ортопедических больных.
2)Оценка формы и функции верхних конечностей.
3)Определение длины сегментов и всей верхней конечности.
4)Оценка формы и функции нижних конечностей.
5)Определение длины сегментов и всей нижней конечности.
6)Способы определения мышечной силы.
7)Методы рентгенологического исследования.
8)Рентген-диагностика повреждений костей и суставов.
9)Общие принципы диагностики переломов.
10)Поднадкостничные переломы и их особенности.
11)Вколоченные переломы.
12)Поперечные переломы и механизм их возникновения.
13)Влияние интерпозиции мягких тканей на срастание переломов.
14)Необходимые оптимальные, условия для срастания переломов.
15)Ложные суставы – причины возникновения, диагностика, лечение.
16)Показания и техника наложения гипсовых повязок, виды гипсовых повязок.
17)Осложнения при лечении гипсовой повязкой.
18)Места проведения спиц при наложении скелетного вытяжения. Принцип проведения.
19)Среднее физиологическое положение и его значение при консервативном и функциональном методах лечения.
20)Показания к оперативному методу лечения переломов (абсолютные, относительные).
21)Методы и виды оперативного лечения переломов.
22)Клинические признаки консолидации перелома.
23)Влияние ЛФК на срастание переломов.
24)Методика и техника обезболивания перелома и показания к его проведению.
25)Общие принципы диагностики травматических вывихов.
26)Классификация травматических вывихов по срокам возникновения.
27)Рентгенологическая картина при вывихах.
28)Клиника вывихов плеча «предплечья и их лечение.
29)Клиника вывихов бедра и их лечение.
30)Показания к оперативному вправлению вывиха.
31)Обезболивание при вправлении вывиха.
32)Иммобилизация после вправления вывиха.
33)Общие принципы медицинской помощи при травмах плечевого пояса и верхних конечностей.
34)Клиника, диагностика и консервативное лечение переломов лопатки и ключицы.
35)Переломы плеча. Классификация. Клиника, диагностика консервативное и оперативное лечение.
36)Виды переломов костей предплечья. Клиника, диагностика, консервативное лечение.
37)Хирургические методы лечения переломов плечевого пояса и верхней конечности
38)Повреждения кисти. Особенности хирургической обработки.
39)Клиника, диагностика и лечение повреждений сухожилий.
40)Клиника, диагностика и лечение повреждений нервных стволов верхних конечностей..
41)Общие принципы медицинской помощи при травмах нижних конечностей.
42)Клиника, диагностика и консервативное лечение переломов проксимального отдела бедра.
43)Клиника, диагностика и оперативное лечение переломов проксимального отдела бедра.
44)Диафизарные и метафизарные переломы бедра. Клиника, диагностика, оперативное лечение. Внутрисуставные переломы.
45)Повреждения области коленного сустава. Клиника, диагностика и лечение.
46)Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение переломов костей голени.
47)Переломы лодыжек. Классификация. Виды, клиника консервативное и оперативное лечение
48)Контрактура коленного сустава. Виды, клиника и лечение.
49)Характер и причины смещения костных отломков в зависимости от уровня перелома плечевой кости.
50)Врожденная и приобретенная ортопедическая патология.
51)Повреждения грудной клетки.
52)Повреждения позвоночника.
53)Повреждения таза.
54)Принципы профилактики, диагностики и лечения ортопедических заболеваний у детей.
55)Клиника, диагностика и лечение предвывиха бедра у детей до 1 года.
56)Клиника, диагностика врожденного вывиха бедра у детей старше 1 года и у подростков.
57)Методика рентгенологического обследования тазобедренного сустава у детей различного возраста.
58)Консервативное лечение врожденного вывиха бедра и врожденного предвывиха.
59)Хирургическое лечение детей и подростков с врожденным вывихом бедра.
60)Врожденная косолапость. Клиника, диагностика и лечение.
61)Консервативное лечение косолапости на 1-ом месяце жизни.
62)Оперативное лечение косолапости.

63)Врожденная мышечная кривошея. Клиника, диагностика и лечение.
64)Анатомо-физиологические особенности стопы.
65)Клиника, диагностика и консервативное лечение отклонений 1-го пальца кнаружи.
66)Хирургические методы лечения отклонений 1-го пальца кнаружи.
67)Клиника, диагностика, профилактика и лечение плоскостопия.
68)Спондилез, спондилоартроз, спондилолистез, остеохондроз. Клиника, диагностика и лечение.
69)Деформирующий артроз. Клиника, диагностика и лечение.
70)Сколиоз. Классификация. Клиника, диагностика, профилактика и лечение.
71)Остеохондропатии. Клиника, диагностика и лечение.
72)Классификация торакальных повреждений.
73)Переломы ребер и грудины. Клиника, диагностика и лечение.
74)Виды и диагностика пневмоторакса.
75)Виды и диагностика гемоторакса.
76)Биомеханика и виды повреждений позвоночника.
77)Вывихи позвонков, их диагностика и лечение.
78)Переломы тел позвонков, их диагностика и лечение.
79)Переломы отростков позвонков, их диагностика и лечение.
80)Переломы позвоночника с повреждением спинного мозга. Диагностика, медицинская помощь, лечение.
81)Классификация переломов костей таза.
82)Клиника, диагностика и лечение переломов переднего тазового полукольца.
83)Клиника, диагностика и лечение переломов заднего тазового полукольца.
84)Виды переломов вертлужной впадины. Клиника, диагностика и лечение.
85)Клиника и диагностика повреждений тазовых органов.
86)Хирургическое лечение повреждений мочевого пузыря и уретры.

Практические навыки к модулю:
1)Остановка кровотечения.
2)Транспортная иммобилизация.
3)Техника чтения рентгенограмм.
4)Обследование больных (изометрия).
5)Определение детской ортопедической патологии.
6)Бинтование по Финк-Эттингену при врожденной косолапости.
7)Гипсовая техника. Уход за гипсовой повязкой.

ТЕСТЫ. Перечень тестовых вопросов согласно тематики дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ №1.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО.
1. Каждый студент получает для курации одного больного.
2. На примере курируемого больного проделать следующее
2.1.(для травматологического больного):
1) Ознакомиться с тематикой
2) Установить доверительный контакт.
3) Произвести сбор жалоб, анамнеза получения травмы.
4) Анамнез жизни (namnesis vitae).
5) Произвести осмотр и обследование пациента.
6) Описать травматический, ортопедический статус.
7) Поставить предварительный диагноз.
8) Собрать лабораторно-инструментальные данные исследования.
9) Поставить клинический диагноз.
10) Определить тактику предполагаемого лечения.
11) Написать дневники этапного или выписного эпикриза в учебной истории болезни.
12) Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение.

2.2 (для ортопедического больного):
1) Ознакомиться с тематикой
2) Установить доверительный контакт.
3) Произвести сбор жалоб, анамнеза болезни пациента (anamnesis mobi) (начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом, причины госпитализации).
4) Анамнез жизни (namnesis vitae).
5) Произвести осмотр и обследование пациента.
6) Описать ортопедический статус.
7) Поставить предварительный диагноз.
8) Собрать лабораторно-инструментальные данные исследования.
9) Поставить клинический диагноз.
10) Определить тактику предполагаемого лечения.
11) Написать дневники этапного или выписного эпикриза в учебной истории болезни.
12) Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:
Студент заполняет историю болезни согласно ПРИЛОЖЕНИЯ №2.

ДОКЛАД с ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ.
ТЕМАТИКА:
1. Артроскопические методы исследования;
2. Принципы остеосинтеза;
3. Особенности накостного остеосинтеза;
4. Принципы гипсовой иммобилизации;
5. Повреждения голеностопного сустава;
6. Транспортная иммобилизация;
7. Синдром длительного сдавливания;
8. Травматический шок;
9. Переливание крови и кровезаменителей;
10.Обработка рук хирурга. Первичная хирургическая обработка.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ.
Перечень экзаменационных вопросов в ПРИЛОЖЕНИИ №3.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

-1-
Пожилая полная женщина шла по обледенелому тротуару. Поскользнулась и упала, опираясь на ладонь вытянутой правой руки. Появились сильные боли в лучезапястном суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: правый лучезапястный сустав отечный, движения в нем очень болезненные и ограниченные. Отчетливо определяется «штыкообразная» деформация сустава (дистальный отломок вместе с кистью смещен к тылу). Пальпация тыльной поверхности сустава болезненна. Осевая нагрузка вызывает усиление болей в месте травмы.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-2-
Молодой человек упал и ударился левым локтевым суставом отвердый предмет, при этом рука была согнута. Обратился в травматологическое отделение
больницы. При внешнем осмотре левая рука выпрямлена, свисает. Больной щадит ее,
придерживая здоровой рукой. Локтевой сустав увеличен в объеме, по задней поверхности
определяется припухлость. Пальпация сустава болезненна, боль особенно усиливается
при надавливании на локтевой отросток. Между отростком и локтевой костью
прощупывается поперечная щель. Локтевой отросток смещается в боковых направлениях.
Пассивные движения в локтевом суставе свободны, но болезненны. Активное разгибание предплечья невозможно, а сгибание предплечья сохранено, но болезненно.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-3-
Молодой человек, защищаясь от удара палкой, поднял над головой левую руку, согнутую в локтевом суставе. Удар пришелся по верхней трети предплечья. Появились сильные боли в месте травмы. Пострадавший обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левое предплечье согнуто в локтевом суставе, в верхней трети деформировано, имеется западение со стороны локтевой кости и выпячивание по передней поверхности предплечья. По ладонной поверхности локтевого сустава прощупывается головка лучевой кости. Пальпация деформированной области резко болезненна. Поврежденное предплечье несколько укорочено. Активные и пассивные движения предплечья резко ограничены и болезненны. Чувствительность кисти и предплечья не нарушена.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-4-
Молодой человек получил удар ногой по правому предплечью. В тот же день обратился за помощью в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре нижняя треть правого предплечья деформирована, отечна, головка локтевой кости выступает над лучезапястным суставом. Пальпация болезненна в дистальном отделе лучевой кости, определяется симптом «клавиши» вывихнутой головки локтевой кости. Пронация и супинация невозможны из-за сильной боли. Сгибание и разгибание в локтевом суставе сохранены в полном объеме. Нагрузка по оси предплечья болезненна.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?
-5-
Мужчина разгружал пиломатериалы. При неосторожных действиях деревянный брус свалился с машины и ударил его по левому предплечью. Пострадавший обратился травматологический пункт. Объективно: в месте ушиба (на наружно-ладонной поверхности нижней трети левого предплечья) имеется подкожная гематома. Пальпация места травмы болезненна, определяется крепитация костных отломков. При нагрузке по оси предплечья появляется боль в месте травмы. Пронация и супинация затруднены, попытка произвести эти движения вызывает резкую боль. Сгибание и разгибание

предплечья почти не ограничены. Дистальная часть предплечья и кисть находятся в положении пронации.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-6-
Пожилая женщина спускалась по лестнице в плохо освещенном подъезде. Оступилась и упала, выставив вперед разогнутую в локтевом суставе левую руку. Удар пришелся по оси предплечья. Почувствовала резкую боль в предплечье. Обратилась в травматологическое отделение больницы. При осмотре: левое предплечье отечно и деформировано. Пальпация его болезненна на всем протяжении, особенно в месте перелома. Определяются патологическая подвижность костей предплечья и крепитация. Нагрузка по оси предплечья усиливает боль в месте травмы. Двигательная функция предплечья (пронация, супинация) резко нарушена. Головка лучевой кости не следует за вращательным движением предплечья. Из-за болей ограничены активные сгибательно-разгибательные движения в локтевом и лучезапястном суставах.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-7-
Ученик шестого класса средней школы катался на лестничных перилах. При очередной попытке съехать вниз упал на разогнутую в локтевом суставе левую руку с опорой на ладонь. Предплечье при этом как бы «переразогнулось». В результате этой травмы появились сильные боли в локтевом суставе. Обратился за помощью в травматологический пункт. Объективно: левый локтевой сустав увеличен в объеме, деформирован, локтевая ямка сглажена. При осторожном ощупывании сзади выступает локтевой отросток. Ось плеча смещена вперед. Рука находится в вынужденном полуразогнутом положении, пострадавший придерживает ее здоровой рукой. Активные движения в локтевом суставе невозможны. При попытке пассивных движений ощущается пружинящее сопротивление.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?
-8-
Немолодой мужчина упал с высоты более 3 м. на пятки. Ноги не успел согнуть в коленных суставах, т.е. не спружинил, и травмирующая сила прошла по оси позвоночника. В результате падения у пострадавшего появились сильные боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при движениях туловища (переднезадние и боковые наклоны, повороты вокруг оси). Больного доставили в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре заметно сглажен поясничный лордоз, остистый отросток 1 поясничного позвонка несколько выпячен наружу, болезнен при постукивании по нему пальцами, мышцы спины напряжены («мышечная защита»). Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены из-за болей. При нагрузке по оси позвоночника (надавливание ладонями на плечи или легкое постукивание по пяткам выпрямленных ног) боли в поврежденном позвонке резко усиливаются. Пальпация остистых отростков поясничного отдела в момент, когда больной лежит на спине и медленно поднимает выпрямленные ноги, болезненна (симптом Силина). Неврологических симптомов нет.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-9-
Пожилая женщина упала на правую руку, согнутую в локтевом суставе. Ударилась локтем о твердый предмет. Почувствовала сильную боль в плечевом суставе. Обратилась за помощью в травматологическое отделение больницы. Объективно: пострадавшая поддерживает правую руку, согнутую в локте и прижатую к туловищу, здоровой рукой. Плечевой сустав увеличен в объеме. Активные движения в плечевом суставе невозможны, пассивные - резко болезненны. Ось плеча изменена, идет косо. Поврежденное место укорочено. Пальпация верхней трети плеча и нагрузка по оси плечевой кости болезненны в месте травмы.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-10-
Немолодой мужчина поднял двухпудовую гирю. Когда выпрямленная правая рука с гирей была над головой, он не смог зафиксировать ее в этом положении. Гиря по инерции стала тянуть руку назад. В плечевом суставе что-то хрустнуло, появились сильные боли, и он вынужден был бросить гирю. После этой травмы плечевой сустав принял необычный вид. Пациент обратился в травматологический пункт. При осмотре правая рука согнута в локтевом суставе, несколько отведена от туловища и больной придерживает ее за предплечье здоровой рукой. Плечевой сустав деформирован. Округлость плеча у дельтовидной мышцы исчезла. Отчетливо выступает край акромиального отростка лопатки, а ниже - запустевшая суставная впадина. Под клювовидным отростком определяется шаровидное выпячивание. Активные движения в плечевом суставе невозможны. Пассивные движения очень болезненны. Отмечается пружинистое сопротивление плеча - симптом «клавиши».

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-11-
Мужчина средних лет нес в правой руке груз, оступился и упал на правое плечо. Сильный удар пришелся на область плечевого сустава, максимально опущенного в это время вниз под тяжестью груза. Мужчина почувствовал сильную боль в области надплечья. Через сутки обратился в травматологическое отделение больницы. При сравнительном осмотре здорового и поврежденного надплечья правое отечно, наружный (акромиальный) конец ключицы ступенеобразно

выпячивается. Отмечается локальная болезненность в ключично-акромиальном сочленении. Движения в плечевом суставе, особенно отведение и поднятие плеча вверх, ограничены и болезненны. При надавливании на акромиальный конец ключицы она опускается, после прекращения давления она вновь поднимается -пружинящая подвижность ключицы (симптом «клавиши»).

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-12-
Молодому мужчине во время драки заломили назад левую руку и резко дернули ее вниз. Он почувствовал, как что-то хрустнуло в области грудины. Появились сильные боли. Пострадавший обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре отмечается припухлость в области левого ключично-грудинного сустава, грудинноключично-сосцевидная мышца слева натянута. Движения головы ограничены и болезненны, особенно при запрокидывании назад и повороте в здоровую сторону. При пальпации определяется запустевшая суставная впадина на грудине и выступающий под кожей стернальный конец ключицы. Подъем и отведение левого плеча болезненны. При движении плеча выступающий стернальный конец ключицы легко смещается.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-13-
Сцепщик был придавлен между железнодорожными вагонами. Доставлен в травматологическое отделение больницы. Пострадавший жалуется на боли в костях таза и промежности. При осмотре обнаружена припухлость и кровоподтек в паховой области справа. Движение ногами вызывает усиление болей. Ноги больного находятся в вынужденном положении «лягушки». Переднезаднее и боковое сдавление таза усиливает боль в области травмы. Боль усиливается и при попытке развести подвздошные кости в стороны. Больной не может поднять выпрямленную в коленном суставе правую ногу, с трудом сгибает ее , волоча пятку по постели (симптом «прилипшей пятки»).

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-14-
У женщины 28 лет в родах было повреждено тазовое кольцо. Больная переведена в травматологический стационар. Беспокоят боли в области лобкового симфиза. Двигательная функция нижних конечностей нарушена. Больная стремится занять вынужденное положение - ноги слегка согнуты в коленных и тазобедренных суставах, бедра максимально сведены вместе. При попытке развести их в стороны возникает резкая боль. Пальпаторно и через влагалище определяется расхождение лобкового сочленения.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-15-
Легковой автомобиль съехал с дороги и несколько раз перевернулся. Сидящий в нем мужчина 35 лет получил травму правого тазобедренного сустава. У пострадавшего появились сильные боли в месте травмы. Не может встать на правую ногу. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре правый тазобедренный сустав деформирован, нога немного согнута в коленном и тазобедренном суставах и повернута внутрь. Активные движения в тазобедренном суставе невозможны, пассивные -встречают пружинящее сопротивление. Правая нога стала заметно короче, поясничный лордоз более выраженный.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-16-
Мужчина 80 лет оступился и упал на левый бок. Ударился областью большого вертела. Появились сильные боли в паховой области. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нога ротирована кнаружи. Самостоятельно поставить стопу вертикально не может. Попытка сделать это с посторонней помощью приводит к появлению сильной боли в тазобедренном суставе. Больной не может поднять выпрямленную в коленном суставе ногу, вместо этого он сгибает ее , и нога скользит пяткой по постели (симптом «прилипшей пятки»). Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненно.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-17-
Строитель 44 лет во время работы упал с 3-го этажа на строительный мусор. Ушиб правую ногу. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре правое бедро укорочено и деформировано в средней трети. Пальпация этой области болезненна. Определяется патологическая подвижность в месте травмы. Самостоятельно поднять выпрямленную ногу больной не может. По передненаружной поверхности правого бедра в средней трети имеются три раны 2х4 см.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Ваша тактика?

-18-
Молодая девушка, поднимаясь по лестнице, упала и ударилась о ступеньку. Обратилась в травматологический пункт. При

осмотре левый коленный сустав увеличен в объеме (гемартроз). Отмечается локальная болезненность при пальпации надколенника. Сгибание коленного сустава болезненно. Согнутую в коленном суставе голень больная разогнуть не может. Надколенник увеличен в размере. При пальпации надколенника отмечается углубление

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-19-
Молодой мужчина получил травму на тренировке по вольной борьбе. Партнер придавил ему выпрямленный правый коленный сустав своим телом. Удар пришелся по внутренней боковой стороне сустава. Пострадавший через сутки обратился в травматологический пункт с жалобами на боли в области травмы и неустойчивость в коленном суставе при ходьбе. Объективно: правый коленный сустав отечный, контуры его сглажены, с внутренней стороны виден кровоподтек, пальпация внутреннего мыщелка бедра болезненна. При выпрямленной в коленном суставе ноге отмечается чрезмерное отклонение голени кнаружи и объем наружной ее ротации значительно увеличен. Сгибание и разгибание в коленном суставе не ограничены.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

-20-
Полотер, натирая пол щеткой, надетой на правую ногу, резко повернулся корпусом при фиксированной голени. После этого почувствовал резкую боль в правом коленном суставе. Обратился в травматологический пункт. Беспокоят боли в коленном суставе, усиливающиеся при спуске с лестницы. При осмотре правый коленный сустав отечный, гемартроз. Полное разгибание коленного сустава невозможно, так как в глубине его появляются боли. При ощупывании сустава отмечается локальная болезненность на уровне суставной щели между связкой надколенника и внутренней боковой связкой коленного сустава. При сгибательно-разгибательных движениях в поврежденном суставе слышен щелкающий звук. На рентгенограмме коленного сустава костных повреждений нет.

Ваш диагноз? Какова тактика?

-21-
Молодой мужчина упал с высоты 2 м. Основной удар пришелся на левую пятку. Доставлен в травматологическое отделение больницы. Объективно: левая пятка уплощена, расширена и отечна. Под внутренней лодыжкой кровоподтек. Продольный свод стопы уплощен. Нагрузка на пятку невозможна из-за сильных болей. Пальпация пятки болезненна. Сокращение мышц голени вызывает усиление болей в пятке. При осмотре сзади обеих стоп видно, что на поврежденной стороне лодыжки стоят ниже, а ось пяточной кости наклонена внутрь. Активные приведение и отведение, пронация и супинация отсутствуют.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?

5.4. Перечень видов оценочных средств

1. Фронтальный опрос.
2. Коллоквиум.
3. Тесты.
4. Ситуационная задача.
5. Курация больного.
6. История болезни.
7. Доклад с презентацией.

Шкала оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №4.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Под ред. Н.В. Корнилова	Травматология и ортопедия: Учебник для студентов медицинских вузов	Санкт-Петербург.: Гиппократ 2008
Л1.2	Г.М. Кавалерский, Л.Л. Силин, А.В. Гаркави и др.	Травматология и ортопедия: Учебник для вузов	Москва .: Академия 2005

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.3	Х.А. Мусалатов, Г.С. Юмашев, Л.Л. Силин и др	Травматология и ортопедия: Учебник	Москва .: Медицина 1995
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Киричек С.И.	Травматология и ортопедия: учебное пособие	Минск 2002
Л2.2	Смирнова Л.А., Шумада И.В.	Травматология и ортопедия. Практические занятия: Учеб. пособие	Киев: Вища-школа. Головное изд-во 1984
Л2.3	Л.А. Смирнова, И.В. Шумада	Травматология и ортопедия: Практические занятия	
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	С.А. Джумабеков, В.М. Мирджалилов, М.А. Голев	Иммобилизация костей и суставов: Методика написания истории болезни травматологического больного	КРСУ 2013
Л3.2	Мирджалилов В.М.	Методика обследования травматологических и ортопедических больных: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015
Л3.3	Мирджалилов В.М., Анаркулов Б.С.	Современное лечение переломов длинных костей скелета: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2017
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Травматология и ортопедия		www.medlit.ru
Э2	Электронная библиотека Российской государственной библиотеки (РГБ)		www.gumer.info
Э3	Электронная библиотека КРСУ		www.lib.krsu.kg
Э4	Электронно-библиотечная система "Znanium"		www.znanium.com
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии: лекции, практические занятия,ориентированные на сообщение знаний и способов действий, преподаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для усвоения. Чтение лекций предусматривает использование мультимедийного оборудования. Проведение практических занятий с применением таблиц и наглядных пособий.		
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии: используются ролевые игры, разборы конкретных ситуаций, подготовка студентами докладов с презентациями на заданные темы.		
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии:самостоятельное использование студентами компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы.		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	Травматология и ортопедия (www.medlit.ru)		
6.3.2.2	Электронная библиотека Российской государственной библиотеки (РГБ)(www.gumer.info)		
6.3.2.3	Электронная библиотека КРСУ (www.lib.krsu.kg)		
6.3.2.4	Электронно-библиотечная система "Znanium"(www.znanium.com)		

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Теоретическая подготовка изучения программы по травматологии и ортопедии проводится в Бишкекском научно -исследовательском центре травматологии и ортопедии (БНИЦТО).
7.2	Имеет: - 4 учебные аудитории: 2 аудитории по 40 посадочных мест и 2 аудитории - по 10 посадочных мест. Все оснащены мебелью, источниками света, тематическими наборами табличного материала, видеофильмов и слайдов. - 1 лекционный зал на 120 посадочных мест, оснащенный мебелью, источниками света, негатоскопом для демонстрации и разбора рентгенограмм. - мультимедийное оборудование: 1 компьютер, 1 ноутбук, 1 проекционный аппарат, 1 проекционный экран.
7.3	Медицинское оборудование для отработки практических навыков: муляж скелета человека – 1 шт., пластинированные препараты – 8 наименований, транспортные шины – 10 шт.,
7.4	макеты скелетного вытяжения - 5 шт., аппарат Илизарова – 4 шт., компрессионно-дистракционный аппарат Оганесяна – 2 шт., аппарат Калнберза (для фиксации костных отломков) – 2 шт., шины ЦИТО (для детей) – 4 шт., шины Виленского (для детей) – 3 шт.
7.5	ППС, студенты и ординаторы имеют доступ к библиотеке БНИЦТО, насчитывающей 46 диссертаций и более 1000 книг по специальности «Травматология и ортопедия».

7.6	Для проведения интерактивного обучения обеспечен доступ студентов в Центр интегративного и практического обучения (ЦИПО) КРСУ.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ №5.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

Обучение складывается из аудиторных занятий (108 ч.), включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы (90 ч.). Основное учебное время выделяется на практическую работу по определенным заболеваниям и повреждениям опорнодвигательной системы. Необходимо широко использовать курацию больных, клинические разборы и освоение практических навыков работы с больным. Практические занятия проводятся в виде работы у постели больного, демонстрации тематического видеоматериала и других наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических примеров.

Работа студента в группе формирует чувства коллективизма, личной ответственности и коммуникабельность. Необходимо уделять внимание формированию навыков общения с больным. Работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности.

При разборе нозологических форм по определенным заболеваниям рекомендовано придерживаться следующей последовательности:

- определение;
- актуальность изучаемой нозологической формы и история изучаемого вопроса;
- этиология;
- патогенез, в том числе генетически факторов в развитии заболевания, наличие сопутствующей патологии, патоморфология;
- клиническая картина;
- критерии оценки степени тяжести течения в разные периоды болезни;
- осложнения;
- возможные исходы, критерии выздоровления, развития хронического течения, причины летальных исходов;
- лабораторная и инструментальная диагностика;
- критерии постановки диагноза в разные периоды заболевания;
- дифференциальный диагноз;
- лечение: этиологическое, патогенетическое, симптоматическое с учетом возраста и тяжести течения заболевания, оказание экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, лечение тяжелых форм заболеваний, лечение и профилактика возможных осложнений, лечение в условиях стационара и в амбулаторных условиях;
- диспансеризация, реабилитация;
- профилактика.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (деловые ролевые игры, разбор конкретных клинических ситуаций, выполнение заданий поисково-исследовательского характера при помощи интернет – ресурсов и т.д.). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, должен составлять не менее 10% аудиторных занятий.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ:

При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1. Организационный этап занятия (время - до 2%);
   1) перекличка;
   2) задание на дом следующей темы;
   3) мотивация темы данного практического занятия;
   4) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
2. Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%):
   1) теоретический опрос по текущей теме;
   2) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
   3) этап демонстрации преподавателем практических навыков (время - до 15%)
   4) этап демонстрации самостоятельной работы студентов (защита доклада с презентацией) (время - до 45%)
   5) заключительный этап занятия (время - до 18%):
      а) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений с помощью решения ситуационных задач;
      б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Подразумевает подготовку к практическим занятиям и включает изучение специальной литературы по теме (рекомендованные учебники, методические пособия, ознакомление с материалами, опубликованными в монографиях,специализированных журналах, на рекомендованных медицинских сайтах); выполнение заданий поисково-исследовательского характера с помощью интернет-ресурсов; подготовка конспектов, выступлений на семинаре,рефератов, мультимедийных презентаций; проведение деловых игр.Самостоятельная работа рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах отводимых на СРС часов. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к учебно-методическому кабинету кафедры и библиотечным фондам ВУЗа.
По каждому разделу на кафедре разработаны методические рекомендации для студентов, а также методические указания для преподавателей.

Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

1. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.
Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут. Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час.
Всего в неделю – 3 часа 30 минут.
2. Описание последовательности действий студента:
Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий: После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).
При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).
В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.
При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.
3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.
4. Рекомендации по работе с литературой:
Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.
5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю:
Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.
6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.
7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.
8. Отработки пропущенных занятий:
Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.
Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска.Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.). Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.
- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.
- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.
- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.
- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и

др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

КОЛЛОКВИУМ:
Подразумевает контроль усвоенного учебного материала раздела дисциплины. Проходит в виде письменного опроса, в который включено 5 вопросов. За каждый правильный ответ – 1 балл. Обучающийся должен ознакомиться с перечнем вопросов. Повторить пройденный материал. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины по соответствующему разделу.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА.
УСЛОВИЕ:
Пожилая полная женщина шла по обледенелому тротуару. Поскользнулась и упала, опираясь на ладонь вытянутой правой руки. Появились сильные боли в лучезапястном суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: правый лучезапястный сустав отечный, движения в нем очень болезненные и ограниченные. Отчетливо определяется «штыкообразная» деформация сустава (дистальный отломок вместе с кистью смещен к тылу). Пальпация тыльной поверхности сустава болезненна. Осевая нагрузка вызывает усиление болей в месте травмы.
ВОПРОСЫ:
Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Какова тактика?
ЭТАЛОН ОТВЕТА:
Перелом дистального метоэпифиза лучевой кости справа.
Рентгенограмма.
Новокаиновая блокада места перелома. Одномоментная ручная репозиция. Гипсовая иммобилизация.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО.
1.Теоретическая подготовка к курации больного (ознакомление с тематикой страдающего больного).
2.Распределение пациентов среди студентов.
3.Установление доверительного контакта с пациентом.
5.Сбор жалоб и анамнеза болезни и жизни больного.
6.Осмотр и обследование больного по системам внутренних органов.
7.Осмотр и описание клинического статуса.
8.Постановка предварительного диагноза.
9.Сбор лабораторных данных исследования больного.
10.Постановка клинического диагноза.
11.Определение тактики предполагаемого лечения.
12.Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в в учебной истории больного.
13.Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению по современным данным литературных источников.
14.Обсуждение учебной истории болезни в группе среди студентов и с преподавателем кафедры.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.
Студент заполняет историю болезни согласно указанной схеме:
1. Общие сведения о больной;
2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis mobi).
4. Анамнез жизни (namnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Травматологический (ортопедический) статус.
7. Предварительный диагноз с обоснованием.
8. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
9. Клинический диагноз.
10. Обоснование клинического диагноза.
11. Лечение.
12. Дневник.
13. Эпикриз.
14. Использованная литература.

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Правила подготовки и написание:
Устное выступление-доклад должен представлять собой не пересказ чужих мыслей, а попытку самостоятельной проблематизации и концептуализации определенной, достаточно узкой и конкретной темы. Все имеющиеся в работе сноски тщательно выверяются и снабжаются «адресами». Недопустимо включать в свою работу выдержки из работ других авторов без указания на это, пересказывать чужую работу близко к тексту без отсылки к ней, использовать чужие идеи без указания первоисточника. Это касается и источников, найденных в Интернете. Необходимо указывать полный адрес сайта. Все случаи плагиата должны быть исключены. В конце работы дается исчерпывающий список всех использованных источников.
Подготовка доклада к занятию.
Основные этапы подготовки доклада:
•выбор темы;

•консультация преподавателя;
•подготовка плана доклада;
•работа с источниками и литературой, сбор материала;
•написание текста доклада;
•оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению;
•выступление с докладом, ответы на вопросы.
Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.
Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.
Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.
Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.
1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.
2. Этапы подготовки презентации
Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)
Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:
- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?
3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:
- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация, а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.
4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.
5. Инструкция докладчикам.
- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;
Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.
Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:
- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;
Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов. Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ: Исходный уровень знаний студентов определяется

тестированием и обязательным устным собеседованием:

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ ТЕСТОВ:
1. В одном тестовом задании 100 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 1 балл.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К УСТНОМУ ОПРОСУ:
При явке на экзамен студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена.
На устном опросе студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета.
Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия,учебные программы.
Оценка промежуточного контроля:
- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ(в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ТЕСТЫ:

1. Coxa vara- это:
1. Шеечно-диафизарный угол больше 127^0
2. Шеечно-диафизарный угол равен 127^0
3. Шеечно-диафизарный угол меньше 127^0
4. Такого не бывает;
5. Это нормальное положение тазобедренного сустава

2. Pes calcaneus - это:
1. Полая стопа;
2. Пяточная стопа;
3. Плоская стопа;
4. Отсутствие пяточной кости;
5. Добавочная кость

3. Какая шина применяется для лечения врожденного вывиха бедра:
1. Крамера
2. Отводящая шина ЦИТО
3. Белера
4. Виленского
5. Дитерихса

4. Какая шина применяется для лечения переломов плеча:
1. Крамера
2. Отводящая шина ЦИТО
3. Белера
4. Виленского
5. Дитерихса

5. Когда начать лечение врожденного вывиха бедра:
1. В 1 мес
2. В возрасте 1-год
3. Как установлен диагноз
4. Как пойдет в школу
5. В 7 лет

6. Какая гипсовая повязка накладывается при лечении кривошеи:
1. Кокситная
2. Торакобрахиальная
3. Кранио-цервикальная
4. Лонгетная
5. Мостовидная

7. Как измерить относительную длину нижней конечности:
1. от большого вертела до нижнего края наружной лодыжки
2. от щели тазобедренного сустава до нижнего края наружной лодыжки
3. от большого вертела до подошвенной поверхности пятки
4. о щели тазобедренного сустава до бугристости большеберцовой кости
5. от передней верхней ости подвздошной кости до нижнего края наружной лодыжки

8. При каком переломе таза нарушается целостность тазового кольца:
1. односторонний перелом седалищной кости
2. двухсторонний перелом седалищной кости
3. односторонний перелом лонной кости
4. односторонний перелом лонной и седалищной костей
5. двухсторонний перелом лонных костей

9. При каком переломе таза не нарушается целостность тазового кольца:
1. продольный перелом крестца
2. продольный перелом подвздошной кости
3. разрыв симфиза
4. перелом лобковой с одной и седалищной с другой стороны
5. перелом лобковой и седалищной с одной стороны

10. С какого возраста определяется симптом прилипшей пятки при врожденном вывихе бедра?
1. до 1 года
2. после 1 года
3. с 5 лет
4. старше 5 лет
5. не бывает

11. Какое укорочение при врожденном вывихе бедра?
1. относительное
2. абсолютное
3. кажущееся
4. анатомическое
5. не бывает

12. С какого возраста при врожденном вывихе R-диагностика дает картину костной ткани:
1. после рождения
2. после 1 месяца
3. после 3-х месяцев
4. после 6 месяцев
5. после 1 года

13. Чему равен угол Хильгенрейнера в норме у новорожденного:
1. 10-20
2. 35-40
3. 20-25
4. 27-30
5. 30-35

14. Ребенку 5 лет, диагностирован врожденный вывих бедра. Какое лечение надо проводить:
1. массаж мышц ягодичной области и бедра
2. ЛФК
3. разведение ножек
4. закрытое вправление вывиха и фиксация гипсовой повязкой
5. скелетное вытяжение, открытое вправление вывиха бедра

15. Какая локализация не характерна для остеохондропатии:
1. головка бедра
2. бугристость большеберцовой кости
3. крыло подвздошной кости
4. поясничный отдел позвоночника
5. кости стопы

16. Какая манипуляция не желательна при раннем лечении остеохондропатии головки бедра:
1. плавание
2. ЛФК
3. нагрузка на нижние конечности
4. массаж мышц ягодичной области и бедра
5. физиолечение

17. Укажите вид соединения костей, к которому относится соединение между берцовыми костями:
1. диартроз
2. синостоз
3. синдесмоз
4. синхондроз
5. артроз

18. Назовите основные элементы первичной хирургической обработки раны:
1. ампутация конечности
2. рассечение, иссечение загрязненных и нежизнеспособных тканей
3. экзартикуляция конечностей
4. промывание ран растворами
5. обкалывание ран антибиотиками

19. Отметьте уровень перелома бедренной кости с наибольшей варусной деформацией (симптом галифе)
1. чрезвертельный
2. через шейку
3. на границе верхней и средней трети
4. надмыщелковый
5. чрезмыщелковый перелом

20. Укажите наиболее рациональный способ иммобилизации конечности после вправления вывиха бедра:
1. гипсовая кокситная повязка
2. деротационный сапожок
3. скелетное вытяжение
4. манжетное вытяжение
5. наложение аппарата Илизарова

21. К внутрисуставным переломам шейки бедра не относится:
1. капитальный
2. субкапитальный
3. межвертельный
4. трансцервикальный
5. базальный

22. Перечислите условия, при которых скелетное вытяжение противопоказано:
1. отсутствие спицы
2. наличие инфекции в месте проведения спицы
3. отсутствие стандартной шины
4. отсутствие электродрели
5. анкилоз близлежащего к перелому сустава

23. Укажите правильное направление проведения спицы через верхний метафиз большеберцовой кости:
1. снаружи внутрь
2. изнутри кнаружи
3. спереди назад
4. сзади вперед
5. можно во всех направлениях

24. Укажите, чем определяется необходимость строгого выбора места, уровня и направления при проведении спицы:
1. возможность ранения мышцы
2. возможность повреждения кровеносных сосудов
3. лучшими условиями анестезии
4. меньшей сопротивляемостью кости проведению спицы
5. возможность проникновения в сустав

25. Отметьте правильное направление проведения спицы через надмыщелковую область бедра:
1. спереди назад
2. снаружи внутрь
3. изнутри кнаружи
4. сзади вперед
5. можно во всех направлениях

26. Отметьте разновидности переломов, для лечения которых предпочтительнее использование метода скелетного вытяжения:
1. перелом обеих костей предплечья
2. перелом обеих костей голени со смещением
3. перелом метафиза большеберцовой кости без смещения
4. перелом локтевого сустава
5. перелом лучевой кости в типичном месте

27. Какая шина накладывается для транспортировки больного при переломе бедра:
1. Кузьминского
2. Белсра
3. Дитрихса
4. Еланского
5. Крамера

28. Куда смещается периферический отломок при переломе бедра в нижней трети:
1. кпереди
2. кнутри
3. кзади
4. кнаружи

5. кпереди и кнаружи

29. Укажите куда смещается периферический отломок при аддукционном переломе хирургической шейки плеча:
1. кнаружи
2. кнутри
3. ротируется
4. вверх
5. кпереди

30. Укажите за какое анатомическое образование проводится спица Киршнера при переломах плечевой кости:
1. через большой бугор
2. через проксимальный отломок
3. через наружный надмыщелок плеча
4. через локтевой отросток
5. через внутренний надмыщелок плеча

31. Укажите куда открыт угол при отводящем переломе плеча:
1. кпереди
2. кзади
3.кнаружи
4. кнутри
5. кзади и кнутри

32. Куда смещается центральный отломок при переломе бедра в верхней трети:
1. кзади
2. кнутри
3. кнаружи и кпереди
4. по длине
5. кзади и кнутри

32. Из каких величин слагается истинная или анатомическая длина нижней конечности:
1. относительной и кажущейся длин нижней конечности
2. анатомической и кажущейся длин и длины бедра
3. анатомической длины бедра и анатомической длины голени
4. функционального укорочения и длин бедра и голени
5. относительной функциональной длины нижней конечности

33. Что является противопоказанием для оперативного лечения переломов костей:
1. поперечные переломы
2. интерпозиция мягких тканей
3. травматический шок
4. ложный сустав
5. переломы с расхождением отломков по длине и ширине

34. Что следует предпринять у больного с открытым переломом и кровотечением из поврежденной артерии:
1. введение наркотических средств
2. введение кровоостанавливающих и сосудосуживающих средств
3. наложить повязку на рану
4. наложить жгут на конечность

5. иммобилизировать конечность

35. Укажите доврачебную помощь при переломах нижней конечности:
1. массаж конечностей
2. наложение гипсовой повязки
3. введение раствора глюкозы
4. иммобилизация конечности шинами
5. переливание кровезаменителей

36. Оказывая первую медицинскую помощь при закрытых переломах на поле боя необходимо:
1. наложить жгут
2. снять обувь с поврежденной конечности
3. снять одежду с поврежденной конечности
4. провести транспортную иммобилизацию
5. наложить асептическую повязку

37. Неосложненные переломы позвонков сопровождаются:
1. полным перерывом спинного мозга
2. частичным перерывом проводимости спинного мозга
3. спинной мозг не поврежден
4. сотрясением или ушибом спинного мозга
5. сдавлением спинного мозга

38. Осложненные переломы позвонков сопровождаются:
1. переломом дужек и отростков
2. переломом 2-х или более позвонков
3. повреждение внутренних органов
4. повреждением спинного мозга
5. повреждением связочного аппарата позвоночника

39. При переломах поперечных отростков поясничных позвонков определяется:
1. положительный симптом «прилипшей пятки»
2. симптом «осевой нагрузки»
3. характерная поза Томпсона
4. незначительные боли, внешних признаков нет
5. псевдоабдоминальный синдром

40. Транспортировка больных с повреждением позвоночника осуществляется:
1. на жесткой ровной поверхности в положении лежа
2. на кресле после иммобилизации шинами
3. на носилках в удобном для больного положении
4. в положении «лягушки»
5. разрешается самостоятельное передвижение, если больной способен ходить

41. В каком положении позвоночный столб испытывает наибольшую нагрузку
1. стоя на обеих ногах
2. стоя на одной ноге
3. сидя
4. лежа на спине
5. лежа на животе

42. В каком отделе наиболее часто повреждается спинной мозг при переломе позвоночного столба:
1. крестцовом
2. поясничном
3. нижне-грудном
4. в средне-грудном
5. в средне-шейном

43. Какой из переломов позвоночника считается нестабильным:
1. разрыв надостной связки
2. односторонний подвывих
3. вертикальный перелом тела
4. разрыв фиброзного кольца диска
5. изолированный перелом остистого отростка

44. При каком переломе таза нарушается целостность тазового кольца:
1. односторонний перелом седалищной кости
2. двухсторонний перелом седалищной кости
3. односторонний перелом лонной кости
4. односторонний перелом лонной кости и седалищной кости
5. двухсторонний перелом лонных костей

45. При каком переломе таза не нарушается целостность тазового кольца:
1. продольный перелом крестца
2. продольный перелом подвздошной кости
3. разрыв симфиза
4. перелом лобковой с одной и седалищной с другой стороны
5. перелом лобковой и седалищной с одной стороны

46. Под каким обезболиванием надо вправлять вывих бедра:
1. местным
2. спинно-мозговым
3. общим
4. внутрикостным
5. проводниковым

47. Укажите, как будет изменяться относительная длина бедра при вывихе головки бедренной кости кверху:
1. увеличивается незначительно
2. увеличивается значительно
3. не изменяется
4. уменьшается
5. уменьшается за счет сгибания коленного сустава

48. Отметьте, как изменяется абсолютная длина бедра при вывихах его кверху:
1. увеличивается незначительно
2. увеличивается значительно
3. не изменяется
4. уменьшается значительно
5. уменьшается за счет ротации бедра

49. Отметьте, мышцу сгибателя бедра:
1. четырехглавая
2. подвздошно-поясничная
3. двухглавая
4. гребешковая
5. икроножная

50. Укажите уровень бедра, на котором бедренная артерия непосредственно прилежит к кости:
1. верхняя треть
2. средняя треть
3. нижняя треть
4. наружный мыщелок
5. внутренний мыщелок

51. Назовите части верхнего конца бедренной кости, не покрытая надкостницей
1. большой вертел
2. малый вертел
3. головка бедра
4. подвертельная область
5. мыщелки бедра

52. Отметьте симптомы, характерные для переломов верхнего конца бедренной кости:
1. наружная ротация стопы, укорочение конечности
2. внутренняя ротация стопы
3. удлинение конечности
4. укорочение относительной длины
5. не изменяется

53. характерный симптом при переломе таза без нарушения его непрерывности:
1. симптом Байкова
2. симптом Габая
3. симптом «заднего хода»
4. симптом Турнера
5. симптом Дипюитрена

54. Симптом «прилипшей пятки» встречается при:
1. переломах пятки
2. переломах диафиза бедра
3. переломах голени, стопы
4. разрыве мышц бедра
5. переломах таза, шейки бедра

55 Линия Шентона в норме проходит:
1. по верхневнутренней границе запирательного отверстия и переходит в линию шейки бедра
2. по нижневнутренней границе запирательного отверстия и переходит в линию шейки бедра
3. по верхнему краю запирательного отверстия
4. по верхнему краю шейки бедра и переходит на крыло подвздошной кости
5. горизонтальная линия, соединяющая оба V-образных хряща

56. Синдактилия – это:
1. отсутствие пальцев кисти или стопы
2. увеличение числа пальцев кисти и стопы
3. полное или частичное сращение двух или нескольких пальцев кисти или стопы
4. деформация пальцев кисти или стопы
5. увеличение объема пальцев кисти или стопы (гигантизм)

57. Полидактилия – это:
1. отсутствие пальцев кисти или стопы
2. увеличение числа пальцев кисти и стопы
3. полное или частичное сращение двух или нескольких пальцев кисти или стопы
4. деформация пальцев кисти или стопы
5. увеличение объема пальцев кисти или стопы (гигантизм)

58. Hallux valgus – это:
1. плоская стопа
2. отклонение пальцев стопы кнаружи
3. отклонение пальцев стопы внутрь
4. отклонение первого пальца стопы кнаружи
5. термин, обозначающий плоскостопие

59. Osteogenesis imperfect – это:
1. заболевание позвоночника
2. укорочение нижних конечностей
3. несовершенный остеогенез
4. образование гиперкостной мозоли
5. онкозаболевание

60. Причина, не способствующая возникновению Hallux valgus
1. ношение узкой обуви
2. ношение широкой обуви
3. ношение обуви с высоким каблуком
4. травма 1 плюснефалангового сустава
5. воспалительное заболевание плюснефалангового сустава

61. Что такое Hallux valgus?
1. полая стопа
2. плоскостопие
3. отклонение первого пальца стопы кнаружи
4. добавочный палец на стопе
5. крючкообразная деформация 1 пальца стопы

62. Эффективное лечение отклонения первого пальца стопы кнаружи
1. мазевые повязки
2. согревающие компрессы
3. йодовые смазывания
4. оперативное устранение
5. уринотерапия (мочевые компрессы)

63. Какой раствор новокаина применяется при блокаде переломов ребер:
1. 0,25%-30мл
2. 0,5%-15 мл

3. 1%-5мл
4. 1%-15мл
5. 2%-20 мл

64. Анатомическая длина бедра:
1. от передней верхней ости подвздошной кости до наружной лодыжки
2. от передней верхней ости подвздошной кости до внутренней лодыжки
3. от большого вертела бедренной кости до коленной щели
4. от большого вертела бедренной кости до надколенника
5. от большого вертела бедренной кости до подколенной ямки
6. от головки бедренной кости до надколенника

65. Что называется «окончатым» переломом ребер»:
1. перелом со смещением
2. перелом по лопаточной линии
3. перелом без смещения
4. перелом по типу зеленой веточки
5. двойной перелом ребер

66. Вагосимпатическая блокада проводится в области:
1. Перелома
2. Паравертебральных нервов
3.Солнечного сплетения
4. Блуждающего и симпатического нервов шеи
5.Грудного отдела позвоночника

67. Принципы транспортной иммобилизации включают в себя
1. Фиксацию одного сустава
2. Блокада места перелома
3.Фиксацию двух и более суставов табельными шинами
4. Использование шины Белера
5. Наложение циркулярной гипсовой повязки

68. Какой симптом не встречается при косолапости
Эквинус
Пронация
Супинация
Аддукция
Натоптыш

69. При кривошеи не бывает:
1. напряжение кивательной мышцы
2. болезнь Клиппеля-Фейля
3. крыловидная лопатка
4. болезнь Гризеля
5. болезнь Пертеса

70. Какая блокада производится при переломах таза:
1. по Вишневскому
2. по Куленкампфу
3. вагосимпатическая
4. футлярная

5. по Школьникову-Селиванову

71. R-gen признаками ложных суставов являются:
1. появление параоссальной костной мозоли
2. появление замыкательных пластин в области проксимального и дистального отломков
3. рентгенологических признаков нет
4. появление эндостальной костной мозоли
5. появление признаков первичного костного сращения

72. Остеохондропатия головки бедра называется:
1. болезнь Лег-Кальве-Пертеса
2. болезнь Келлера
3. болезнь Кинбека
4. болезнь Кюмеля
5. болезнь Кальве

73. Остеохондропатия тел позвонков называется:
1. болезнь Келлера 2
2. болезнь Кенига
3. болезнь Озгуда-Шлаттера
4. болезнь Лег-Кальве-Пертеса
5. болезнь Шойермана-Мау

74. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости это:
1. болезнь Келлера 1
2. болезнь Келлера 2
3. болезнь Кальве
4. болезнь Озгуда –Шлаттера
5. не бывает

75. Что не рекомендуется делать при транспортной иммобилизации:
1. шина должна захватывать 2 и более сустава
2. придать конечности среднефизиологическое положение
3. снимать одежду и обувь с пострадавшего
4. при открытых переломах вправление отломков не производить
5. необходимо подложить мягкую подстилку между телом и шиной

76. Места не характерные для типичного проведения скелетного вытяжения:
1. большой вертел
2. диафиз бедра
3. мыщелки бедра
4. пяточная кость
5. бугристость большеберцовой кости

77. Перечислите признаки нарастающего сдавления конечности гипсовой повязкой:
1. отсутствие боли
2. бледно розовый цвет, ногтевые пластины
3. нарастание боли, цианоз пальцев
4. чувство хруста в области перелома
5. ощущение тепла под повязкой

78. Какую гипсовую повязку накладывают при контрактуре коленного сустава для устранения контрактуры:
1. мостовидная
2. кокситная
3. задняя гипсовая лангета
4. редресационная
5. циркулярная гипсовая повязка

79. Как называется операция вскрытие коленного сустава:
1. фасциотомия
2. миотомия
3. артротомия
4. тенотомия
5. экзартикуляция

80. Какой из перечисленных симптомов является положительным при повреждении мениска:
1. Кохера
2. Ланганбека
3. Байкова
4. Гаранжо
5. Текстора

81. Какой симптом характерен при повреждении передней крестообразной связки:
1. симптом блокады
2. симптом щелчка Чаклина
3. симптом выдвижного ящика
4. боковая девиация голени
5. выраженный отек сустава

82. Как называется гнойное воспаление коленного сустава:
1. гемартроз
2. синовит
3. тендовагинит
4. гонит
5. коксит

83. Какое положение коленного сустава называется средне физиологически согнутое под углом:
1. 110
2. 130
3. 145
4. 170
5. 180

84. Куда крепится собственная связка надколенника:
1. медиальному мыщелку большеберцовой кости
2. латеральному мыщелку большеберцовой кости
3. головке малоберцовой кости
4. бугристости большеберцовой кости
5. верхней трети большеберцовой кости

85. Какая мышца сгибает голень:
1. четырехглавая мышца бедра
2. тонкая мышца бедра
3. длинная приводящая мышца бедра
4. полусухожильная мышца бедра
5. двуглавая мышца бедра

86. Где проходит линия излома при эпифизарном переломе большеберцовой кости:
1. перелом средней трети
2. перелом верхней трети диафиза
3. перелом нижней трети диафиза
4. перелом ближе к суставному концу
5. перелом заднего края большеберцовой кости

87. Как называется соединение большеберцовой и малоберцовой кости в дистальном отделе:
1. синостоз
2. синдесмоз
3. синхондроз
4. артроз
5. дисплазия

88. Чем кончается малоберцовая кость в дистальном отделе:
1. наружным мыщелком
2. внутренним мыщелком
3. внутренней лодыжкой
4. наружной лодыжкой
5. надмыщелком

89. Как правильно измерить анатомическую длину бедра:
1. от передней верхней ости подвздошной кости до щели коленного сустава
2. от передней верхней ости подвздошной кости до нижнего края надколенника
3. от большого вертела до щели коленного сустава
4. от большого вертела до нижнего края надколенника
5. от щели тазобедренного сустава до щели коленного сустава

90. Как правильно измерить анатомическую длину голени:
1. от нижнего края надколенника до щели голеностопного сустава
2. от щели коленного сустава до щели голеностопного сустава
3. от нижнего края надколенника до нижнего края наружной лодыжки
4. от щели коленного сустава до нижнего края наружной лодыжки
5. от бугристости большеберцовой кости до нижнего края внутренней лодыжки

91. В каком положении больного измеряется функциональное укорочение или удлинение нижней конечности:
1. сидя
2. стоя на одной ноге
3. лежа на спине
4. стоя на двух ногах
5. лежа на боку

92. Из каких величин складывается функциональное укорочение или удлинение нижней конечности:
1. из кажущегося и относительного укорочения и анатомического бедра
2. из анатомического и относительного
3. из анатомического, кажущегося и относительного укорочения нижней конечности
4. из относительного, кажущегося укорочения и анатомической голени
5. относительного и кажущегося укорочений нижней конечности

93. Как проходит нормальная ось нижней конечности:
1. от передней верхней ости подвздошной кости, середину надколенника к внутренней лодыжке
2. от передней верхней ости подвздошной кости, середину надколенника к наружной лодыжке
3. от большого вертела, середину надколенника к внутренней лодыжке
4. от передней верхней ости подвздошной кости, середину надколенника, между первым и вторыми пальцами стопы
5. от большого вертела, середину надколенника, между первым и вторыми пальцами стопы

94. Как измерить истинную или анатомическую длину нижней конечности:
1. от передней верхней ости подвздошной кости до подошвенной поверхности пятки
2. от щели тазобедренного сустава до нижнего края наружной лодыжки
3. от щели тазобедренного сустава до подошвенной поверхности пятки
4. от большого вертела до нижнего края внутренней лодыжки
5. от большого вертела до нижнего края наружной лодыжки

95. Как в норме проходит ось верхней конечности:
1. от головки плечевой кости, через головку лучевой кости на головку локтевой кости
2. от акромиального отростка через головки плечевой кости на шиловидный отросток лучевой кости
3. от головки плечевой кости через головку лучевой кости на середину между лучевой и локтевой костью в лучезапястном суставе
4. от головки плечевой кости через головку лучевой кости на шиловидный отросток лучевой кости
5. от головки плечевой кости через головку лучевой кости на конец 3 пальца

96. Как измерить длину верхней конечности:
1. от акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости или до конца 3 пальца
2. от головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости или до конца 3 пальца
3. от акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка локтевой кости или до конца 5 пальца
4. от головки плечевой кости до шиловидного отростка локтевой кости или до конца 5 пальца
5. от щели плечевого сустава до щели лучезапястного сустава

97. Как измерить анатомическую длину предплечья:
1. от суставной щели локтевого сустава до шиловидного отростка локтевой кости
2. от локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости
3. от локтевого отростка до шиловидного отростка лучевой кости
4. от суставной щели локтевого сустава до суставной щели лучезапястного сустава

5. от локтевого отростка до суставной щели лучезапястного сустава

98. Как измерить анатомическую длину плеча:
1. от акромиального отростка до суставной щели локтевого сустава
2. от края акромиального отростка до локтевого отростка или наружного надмыщелка плечевой кости
3. от акромиального отростка до внутреннего надмыщелка плеча
4. от головки плечевой кости до головки лучевой кости
5. от головки плечевой кости до локтевого отростка или наружного надмыщелка плеча

99. ***Перечислите признаки нарастающего сдавления конечности гипсовой повязкой:***
1. отсутствие боли;
2. бледно-розовый цвет ногтевых пластин;
3. нарастание боли. цианоз пальцев;
4. чувство хруста в области перелома;
5. ощущение тепла под повязкой.

100. ***Как называется операция вскрытия коленного сустава:***
1. фасциотомия;
2. миотомия;
3. артротомия;
4. тенотомия;
5. экзартикуляция.

101. ***Как называется соединение большеберцовой и малоберцовой кости в дистальном отделе:***
1. синостоз;
2. синдесмоз;
3. синхондроз;
4. артроз;
5. дисплазия.

102. Какая гипсовая повязка накладывается при лечении кривошеи:
1. кокситная;
2. торакобрахиальная;
3. кранио-цервикальная;
4. лонгетная;
5. мостовидная.

103. Транспортировка больных с повреждениями позвоночника осуществляется:
1. на жесткой ровной поверхности в положении лежа;
2. на кресле после иммобилизации шинами;
3. на носилках в удобном для больного положении;
4. в положении «лягушки»;
5. разрешается самостоятельное передвижение, если больной способен ходить.

104. Под каким обезболиванием надо вправлять вывих бедра:
1. местным;
2. спинномозговым;
3. общим;
4. внутрикостным;
5. проводниковым.

105. Osteogenesis imperfekta – это:

1. заболевание позвоночника;
2. укорочение нижних конечностей;
3. несовершенный остеогенез;
4. образование гиперкостной мозоли;
5. онкозаболевание.

106. ***Остеохондропатия тел позвонков называется:***

1. болезнь Келлера II;
2. болезнь Кенига;
3. болезнь Озгуда-Шлаттера;
4. болезнь Лег-Кальве-Пертеса;
5. болезнь Шойермана-Мау.

107. ***Что не рекомендуется делать при транспортной иммобилизации:***

1. шина обязательно должна захватывать два и более сустава;
2. придать конечности среднефизиологическое положение;
3. снимать одежду и обувь с пострадавшего;
4. при открытых переломах вправление отломков не производить;
5. необходимо предложить мягкую подстилку между телом и шиной.

108. ***Какой раствор новокаина применяется при блокаде переломов ребер:***

1. 0,25% - 30 мл;
2. 0,5% - 15 мл;
3. 1% - 5 мл;
4. 1% - 15 мл;
5. 2% - 20 мл.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Кыргызско-Российский Славянский Университет

Кафедра травматологии и ортопедии

история болезни

Ф.И.О. больного_____
Диагноз:_____

Куратор: Студент (ка)____курса, _____группы, _____факультета
Ф.И.О._____

Преподаватель:_____

Время курации: с_____по_____

ФИО больного:

Возраст

Адрес

Место работы

Доставлен в приемный покой через_____час. после травмы (кем?).

Диагноз при направлении:

Диагноз приемного покоя

Клинический диагноз

Жалобы больного в день курации: боль, деформация поврежденного сегмента конечности, нарушение функции, нарушение опороспособности и т.д.

Жалобы больного при поступлении: (только если они отличаются от жалоб в день курации).

История заболевания (Anamnesis morbid):

время получения травмы, отношение к производству, механизм травмы.

При прямом механизме описать, что явилось внешним травмирующим насилием и дать ему полную характеристику.

При непрямом механизме описать положение поврежденной конечности или сегмента во время травмы. Помощь до госпитализации.

История жизни (Anamnesis vitae):

Описать по общепринятой схеме для взрослых

Объективное состояние больного (по органам и системам):

Если у больного нет сопутствующей патологии со стороны внутренних орга- нов и систем – то писать кратко о каждой системе (не более 2стр. этого фор- мата. Если у больного есть сопутствующая патология со стороны внутренних ор- ганов и систем – то писать полно, как в клинике внутренних болезней.

Местное проявление болезни (Status lokalis)

Общий осмотр: положение больного и поврежденной конечности (активное, пассивное, вынужденное)

Пример №1: Положение больного вынужденное – лежа на спине. Правая нога лежит на шине Беллера в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставе под углом 40° и отведения в тазобедренном - 20°. Спица Киршнера, проведенная через _____ закреплена в скобе. Через систему блоков установлен груз по оси бедра_____кг. На голени – клеевое вытяжение с грузом_____кг. Стопа удерживается в 0°-положении под- 3 стопником с грузом_____кг. Кожа у спиц спокойна, без признаков воспаления и отделяемого.

Пример №2:Положение больного активное. Ходит самостоятельно. Положение правой руки вынужденное: она фиксирована циркулярной торакобрахиальной гипсовой повязкой в положении отведения 20°, сгибания в плечевом суставе 35°, сгибания в локтевом суставе 90°. Предплечье занимает положение среднее между пронацией и супинацией. Лучезапястный сустав фиксирован в 0°-положении. Пальцы кисти обычного цвета. Теплые, чувствительность не нарушена. Движения в межфаланговых суставах в полном объеме, безболезненные.

Детальный осмотр:

Оси конечностей

№ п/п	Конечность	правая	левая
1	Верхняя конечность. Ось проходит через средину головки плеча, головку луча и в положении супинации предплечья выходит на III палец кисти	Ось не нарушена и представляет собой прямую ровную линию.	Предплечье отклонено кнаружи на 12° (cubitus valgus), размер деформации в допустимых пределах.
2	Нижняя конечность. Ось проходит от передне-верхней ости таза через средину надколенника (или внутренний край надколенника и I-й межпальцевой промежуток стопы	Ось не нарушена и представляет собой прямую ровную линию.	Выявлено отклонение голени кнутри на 5°. Т.к. больной – мужчина, то такая варусная деформация допустима.

Дальше описываются (если они есть) признаки воздействия внешнего насилия: ссадины, раны, кровоподтеки, гематомы сглаженность контуров сустава или увеличение его в объеме по сравнению со здоровым суставом и т.д.

Пальпация: болевые точки, симптом патологической подвижности, крепитация, гемартроз, при необходимости - линии Маркса, Гютера, треугольник Бриана (линии и геометрические фигуры описываются только у тех больных – где это необходимо для установления диагноза или диф. диагноза) и т.д.

4 Измерение длины конечности

№ п/п	Конечность или сегмент	левая (см.)	правая (см.)
	Верхняя конечность: от верхушки акромиального отростка лопатки до верхушки III пальца кисти		
	Плечо: от верхушки акромиального отростка лопатки до верхушки наружного надмыщелка плеча		
	Предплечье: от верхушки локтевого отростка до верхушки шиловидного отростка локтевой кости		
	Нижняя конечность: от передне-верхней ости таза до верхушки внутренней (наружной) лодыжки		
	Бедро: от вершины большого вертела до щели коленного сустава		
	Голень: от щели коленного сустава до верхушки внутренней (наружной) лодыжки		

Резюме: Выявлено анатомическое (относительное, проекционное) укорочение левой руки за счет плеча на _____см.

Объем активных (пассивных) движений

Сустав и вид движений	Правый (или больной)	Левый (или здоровый)
Плечевой: Разг./сгиб. Отв./прив. Рот.нар./рот.вн.		 60°/0°/180° 180°/0°/0° 90°/0°/90°
Локтевой: Разг./сгиб.		5°/0°/150°
Лучезапястный: Разг./сгиб. Луч./локт.отв.		 70°/0°/80° 20°/0°/30°

Тазобедренный: Разг./сгиб. Отв./прив. Рот.нар./рот.вн.		 5°/0°/130° 50°/0°/0° 50°/0°/50°
Коленный: Разг./сгиб.		5°/0°/140°
Голеностопный: Подошв./тыльн.сгибан.		30°/0°/30°

Запись результатов состоит из 3 цифр:

1. Угол крайней позиции;

2. Нейтральная позиция - 0°.

3. Угол конечной позиции противоположного размаха движения.

Резюме: Выявлена контрактура (анкилоз, ригидность) в_____ суставе.

Мышечная сила

Мышечная сила правой руки снижена и составляет 4 бала. (За норму принимается сила здоровой конечности- 5 балов. Снижение силы - 4 бала, резкое снижение силы – 3 бала. напряжение отдельных групп мышц, без движения в суставе- 2 бала. Полный паралич мышц – 1 бал.)

Функция

Ходит с помощью костылей без нагрузки больной ноги. (Ходит самостоятельно с щадящей хромотой на левую ногу. Функция нижних конечностей не нарушена). Функция правой руки временно утрачена из-за травма и гипсовой повязки).

Предварительный диагноз: (без расшифровки).

Дополнительные методы исследования.

1. Клинические лабораторные (по 1 анализу, если нет патологии и без динамики) с заключениями;

2. Заключение специалистов (не травматологов, если они нужны);

3. Рентгенологический метод исследования. На рентгенограмме левого предплечья и кисти в боковой проекции определяется нарушение целости обеих костей предплечья в средней трети в поперечном направлении, на одном уровне. Выявляется смещение отломков локтевой кости по длине, с захождением отломков на 1 см., по ширине – полное, под углом, открытым в тыльную сторону. Лучевой кости нарушение целости в поперечном направлении с выколом кортикального фрагмента по тыльной поверхности,

размером 1,5×0,5 см. со смещением по ширине на толщину кортикального слоя и под углом, открытым к тылу.

Заключение: Поперечный, (оскольчатый лучевой кости) перелом обеих костей левого предплечья со смещением отломков. При описании рентгенограммы указывают вид линии перелома; смещение отломков (по длине, по ширине, под углом, ротационное смещение, если оно есть) и их величину. В заключении вид смещений не указывается.

Диф. диагноз. Пишется в форме логического размышлением над патологией курируемого больного. Вначале дают симптомы, которыми повреждение курируемого больного похожи на другие повреждения этой локализации, а затем – что разного у них и чем они не похожи друг на друга и т. д. «на основании выше изложенного можно установить диагноз…»

Лечение. Необходимо дать показания к тому методу лечения, который, на Ваш взгляд, самый рациональный в данном конкретном случае. Если больной оперировался, то в этом разделе дают протокол оперативного вмешательства.

Дневник наблюдений. Количество дневников не должно превышать количество дней, в течение которых Вы встречались с больным. Дневник должен содержать динамику ортопедического статуса, если она есть (если ее нет, то достаточно одного дневника).

Эпикриз.

Тезисное содержание истории болезни, отражающее основные этапы диагностики и лечения. В заключении этого раздела необходимо указать. Средние сроки лечения и восстановления трудоспособности. Длительность внешней иммобилизации. Общие подходы к восстановлению функции.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТРАВМАТОЛОГИИ и ОРТОПЕДИИ

ТРАВМАТОЛОГИЯ

1. Понятие о травме. Классификация травматизма и его профилактика.
2. Повреждения ключицы. Диагностика, возможные осложнения.
3. Особенности обследования ортопедо-травматологических больных, современные методы. Виды деформаций скелета.
4. Переломы костей. Классификация, диагностика, современные методы лечения.
5. Методы консервативного лечения переломов.
6. Ось верхней конечности, относительная и абсолютная длина нижней конечности.
7. Ось нижней конечности, относительная абсолютная длина верхней конечности.
8. Достоверные и вероятные признаки переломов.
9. Регенерация костной ткани. Общие и местные факторы, влияющие на сращение переломов. Принципы лечения переломов.
10. Перечислите кости, составляющие скелет верхней конечности?
11. Назовите элементы, составляющие сустав?
12. Вывихи плеча. Клиника, диагностика, лечение.
13. Повреждения предплечья. Классификация, диагностика, лечение.
14. Переломы проксимального отдела плеча. Диафизарные переломы плечевой кости. Клиника, диагностика, лечение, осложнения.
15. Повреждения локтевого сустава: переломы костей, вывихи предплечья.
16. Травматические вывихи бедра. Клиника, лечение.
17. Повреждения позвоночника. Классификация. Осложненные и неосложненные переломы. Лечение.
18. Внутрисуставные переломы мыщелков бедра и голени. Особенности лечения, осложнения.
19. Диафизарные переломы голени. Особенности лечения.
20. Переломы лодыжек. Классификация. Методы лечения. Что такое — трехлодыжечные и —четырехлодыжечные переломы?
21. Повреждения стопы. Клиника, диагностика, лечение.
22. Политравма. Классификация, первая помощь, принципы лечения.
23. Диафизарные переломы бедра. Клиника, диагностика, современные методы лечения.
24. Кровотечения. Методы остановки кровотечений. Осложнения повреждений сосудов. Диагностика, тактика лечения.
25. Организация амбулаторной помощи травматологическим больным.
26. Пункция суставов. Техника выполнения пункции крупных суставов.
27. Повреждения коленного сустава. Классификация, диагностика, лечение.
28. Переломы проксимального отдела бедра. Классификация, методы лечения.
29. Повреждения костей и суставов у детей. Особенности травматологии детского возраста.
30. Виды новокаиновых блокад при повреждениях скелета. Техника выполнения.
31. Переломы дистального отдела бедра. Возможные осложнения, лечение.
32. Переломы луча в типичном месте.
33. Фиксационный метод лечения повреждений. Гипсовые повязки. Виды, техника наложения, возможные осложнения.
34. Переломы костей таза. Классификация, диагностика, лечение, осложнения.
35. Термические ожоги. Определение глубины и степени поражения. Обработка ожоговой поверхности.

36. Экстензионные методы лечения повреждений. Виды вытяжения, показания, техника выполнения.
37. Нарушения регенерации костной ткани. Несрастающиеся переломы. Ложные суставы. Неправильно сросшиеся переломы. Современные способы лечения.
38. Остеосинтез. Показания, классификация. Преимущества и недостатки оперативного лечения переломов.
39. Переломы диафиза костей предплечья.
40. Ампутации и экзартикуляции конечностей. Показания, классификация, техника обработки лоскутов, костей, сосудов, нервов.
41. Открытые переломы. Классификация, первичная хирургическая обработка, особенности лечения.
42. Переломы позвоночника. Классификация, методы лечения, осложнения.
43. Синдром длительного сдавления. Классификация, клиника, лечение, осложнения.
44. Контрактуры суставов. Классификация, способы лечения.
45. Второй и третий периоды ожоговой болезни. Общее и местное лечение.
46. Переломы ребер. Диагностика, лечение.
47. Осложнения при переломах ребер и грудины. Диагностика, лечение.
48. Травматическая болезнь. Реакция организма на травму. Коррекция гомеостаза.

ОРТОПЕДИЯ

49. Классификация ортопедических заболеваний. Причины и виды деформаций скелета. Организация ортопедической помощи.
50. Инфекционно-гнойные поражения скелета. Классификация, клиника, диагностика, лечение остеомиелита.
51. Туберкулез костей и суставов. Классификация, диагностика, современные принципы и методы лечения.
52. Опухоли костей. Классификация, диагностика, современные методы лечения.
53. Врожденный вывих бедра. Принципы лечения. Клиника позднего периода, хирургическое лечение.
54. Ранняя диагностика дисплазии и врожденного вывиха бедра.
55. Хондродисплазия, хондродистрофия. Клиника. Лечение.
56. Врожденная косолапость. Этиология и патогенез, симптоматология у грудных детей, подростков и взрослых. Консервативное и оперативное лечение.
57. Врожденная мышечная кривошея. Дифференциальная диагностика и лечение в раннем возрасте. Оперативное лечение.
58. Деформирующий артроз крупных суставов. Классификация, клиника, диагностика, современные консервативные и оперативные методы лечения.
59. Артриты. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
60. Остеохондропатии. Диагностика, ортопедическое лечение. Болезнь Пертеса.
61. Болезнь Осгуда-Шлаттера. Клиника, диагностика, лечение.
62. Остеохондроз позвоночника. Диагностика, лечение.
63. Осанка, пороки осанки. Сколиоз. Классификация, диагностика, профилактика, лечение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОПРОСА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1.	Убедительность ответа	0-10
2.	Понимание проблематики	0-30
3.	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4.	Ключевые слова: их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5.	Логичность и последовательность устного высказывания.	0-10
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий контроль)

№	**Наименование показателя**	**Отметка (в%)**
1.	Правильность постановки диагноза	0-30
2.	Правильность выбора алгоритма действий	0-20
3.	Правильность выбора дополнительных методов диагностики.	0-20
4.	Правильность назначения тактики лечения.	0-30
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КОЛЛОКВИУМА (рубежный контроль)

№	**Наименование показателя**	**Отметка (в %)**
1.	Вопрос 1	0-100
2.	Вопрос 2	0-100
3.	Вопрос 3	0-100
4.	Вопрос 4	0-100
5.	Вопрос 5	0-100
	Всего баллов	**Среднее арифметическая (сумма баллов /5)**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный контроль)

№ п/п	**Наименование показателя**	**Отметка (в %)**
	ОФОРМЛЕНИЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ	**70**
1.	Титульный лист с заголовком	0-4
2.	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, рисунки)	0-10
3.	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы.	0-40
4.	Слайды представлены в логической последовательности.	0-10

5.	Слайды распечатаны.	0-6
ДОКЛАД		**30**
1.	Правильность и точность речи во время защиты	0-12
2.	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10
3.	Выполнение регламента	0-8
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (рубежный контроль) в %.

№	**Наименование показателя**	**Отметка (в %)**
1.	Соблюдение этико-деонтологических принципов и индивидуального подхода к пациенту.	0-5
2.	Правильное выполнение методики осмотра пациента. Правильное описание травматологического или ортопедического статуса.	0-20
3.	Правильная интерпретация жалоб, анамнеза болезни и жизни пациента.	0-10
4.	Правильность постановки предварительного диагноза.	0-10
5.	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков, МРТ, УЗИ.	0-10
6.	Правильность прочтения результатов лабораторных исследований.	0-5
7.	Правильность постановки клинического диагноза.	0-20
8.	Правильное определение тактики предполагаемого лечения	0-20
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ:

№	**Наименование показателя**	**Отметка (в %)**
1.	Общие сведения о больном	0-5
2.	Жалобы (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в настоящее время)	0-5
3.	Анамнез болезни	0-5
4.	Анамнез жизни	0-5
5.	Объективное исследование.	0-10
6.	Предварительный диагноз	0-15
7.	Лабораторные, дополнительные методы исследования	0-10
8.	Клинический диагноз и обоснование клинического диагноза	0-15
9.	Этиология, патогенез	0-5
10.	Лечение	0-10

13.	Дневник	0-5
14.	Эпикриз и прогноз	0-5
15.	Использование современных данных литературных источников.	0-5
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЭКЗАМЕНА (промежуточный контроль):

ТЕСТ
1. В одном тестовом задании 100 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 1 балл.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.
0-60% - (0-60 правильных ответов);
61-70% - (60-74 правильных ответов);
71-89% - (75-84 правильных ответов);
90-100% - (85-100 правильных ответов).

УСТНЫЙ ОПРОС:

При оценке УСТНОГО ОТВЕТА на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.

2. Умение объяснить сущность явлений, событий процессов. Делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.

3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.

3. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой 85-100% **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся травм и ортопедических заболеваний;

современную классификацию травм и ортопедических заболеваний;

клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;

основные принципы диагностики травм и ортопедических заболеваний;

современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;

методы лечения и показание к их применению;

основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;

сроки оперативного лечения;

принципы диспансеризации и реабилитации больных;

этические и деонтологические аспекты в травматологии и ортопедии

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой 75-84% **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся травм и ортопедических заболеваний;

современную классификацию травм и ортопедических заболеваний;

клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;

основные принципы диагностики травм и ортопедических заболеваний;

современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;

методы лечения и показание к их применению;

основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;

сроки оперативного лечения;

принципы диспансеризации и реабилитации больных;

этические и деонтологические аспекты в травматологии и ортопедии

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой 60-74% **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся травм и ортопедических заболеваний;

современную классификацию травм и ортопедических заболеваний;

клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;

основные принципы диагностики травм и ортопедических заболеваний;

современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;

методы лечения и показание к их применению;

основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;

сроки оперативного лечения;

принципы диспансеризации и реабилитации больных;

этические и деонтологические аспекты в травматологии и ортопедии

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой 0-59 % **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой 85-100% **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;

быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;

проводит самостоятельно обследование пациента;

умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);

грамотно формулирует диагноз показания к избранному методу лечения;

правильно проводит иммобилизацию больных;

правильно применяет методы профилактики;

ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет методами остановки кровотечения, различными методами лечения травм и ортопедических патологий, методами консервативного лечения травм и ортопедических заболеваний, методами и видами оперативного лечения различных видов переломов и ортопедических заболеваний, методами рентгенологического исследования, хирургическими технологиями в диагностике и лечении. Гипсовой техникой и уходом за гипсовой повязкой.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой 75-84% **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

-умеет ставить постановку проблемы собственными словами;

не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;

не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;

не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;

слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;

- не совсем правильно проводит иммобилизацию пациентов;

- не совсем верно применяет методы профилактики;

при этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общих чертах владеет методами остановки кровотечения, различными методами лечения травм и ортопедических патологий, методами консервативного лечения травм и ортопедических заболеваний, методами и видами оперативного лечения различных видов переломов и ортопедических заболеваний, методами рентгенологического исследования, хирургическими технологиями в диагностике и лечении. Гипсовой техникой и уходом за гипсовой повязкой.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой 60-74% **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент

не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;

не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;

медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;

не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;

очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;

- не совсем правильно применяет методы профилактики

- неправильно организует иммобилизацию пациентов;

ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методами остановки кровотечения, различными методами лечения травм и ортопедических патологий, методами консервативного лечения травм и ортопедических заболеваний, методами и видами оперативного лечения различных видов переломов и ортопедических заболеваний, методами рентгенологического исследования, хирургическими технологиями в диагностике и лечении. Гипсовой техникой и уходом за гипсовой повязкой.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой 0-59% **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ

«ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»
Курс 5, 10 семестр, 3 ЗЕТ, Отчетность - зачет.

Название модулей дисциплины согласно РПД	**Контроль**	**Форма контроля**	**Зачетный минимум**	**Зачетный максиму**	**График контроля**	
					1 цикл	**2 цикл**
Модуль 1						
Общие принципы обследования и диагностики травматологических и ортопедических больных.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС. Активность: ***- За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** ***- За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	8	12	26 неделя	35 неделя
	рубежный контроль	Коллоквиум №1; Подведение итогов по докладам с презентацией.	3	5		
Модуль 2						
Повреждение костей верхних и нижних конечностей.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС (Защита презентации). Активность: ***- За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** ***- За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	15	30	29 неделя	38 неделя
	рубежный контроль	Коллоквиум №2; Решение ситуационных задач.	3	5		

Модуль 3						
Повреждения грудной клетки, позвоночника и таза.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС. Активность: ***- За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** ***- За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	8	13	32 неделя	40 неделя
	рубежный контроль	Коллоквиум №3; Решение ситуационных задач.	3	5		
ВСЕГО за семестр			40	70	32 неделя	40 неделя
Промежуточный контроль (зачет)	Устный опрос Подведение итогов по истории болезни.		20	30		
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100		

«ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»
Курс 6, 11 семестр, 3 ЗЕТ, Отчетность - экзамен.

Название модулей дисциплины согласно РПД	**Контроль**	**Форма контроля**	**Зачетный минимум**	**Зачетный максиму**	**График контроля**
Модуль 1					
Системные заболевания.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС (Защита презентации). Активность: ***- За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** ***- За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	10	18	7 неделя
	рубежный контроль	Коллоквиум №4; Решение ситуационных задач. Подведение итогов по докладам с презентацией.	3	5	

Модуль 2					
Врожденные пороки развития конечностей.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС (Защита презентации). Активность: ***- За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** ***- За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	11	19	13 неделя
	рубежный контроль	Коллоквиум №5; Решение ситуационных задач. Подведение итогов по докладам с презентацией.	3	5	
Модуль 3					
Заболевания позвоночника.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС (Защита презентации). Активность: ***- За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** ***- За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	10	18	19 неделя
	рубежный контроль	Коллоквиум №6; Решение ситуационных задач. Подведение итогов по докладам с презентацией.	3	5	
ВСЕГО за семестр			40	70	20 неделя
Промежуточный контроль (экзамен)	Тесты; Устный опрос. Подведение итогов по истории болезни.		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	