МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ»

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по учебной работе _____ Г.Ю. Нагорная
«27» 03 2026г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

Неотложная хирургия

Уровень образовательной программы специалитет

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Направленность (профиль) Лечебное дело

Форма обучения очная

Срок освоения ОП 6 лет

Институт Медицинский

Кафедра разработчик РПД Госпитальная хирургия

Выпускающие кафедры Внутренние болезни; Госпитальная хирургия

Начальник
учебно-методического управления _____ Семенова Л.У.

Директор института _____ Узденов М.Б.

Заведующий выпускающей кафедрой _____ Хапаев Б.А.

Заведующий выпускающей кафедрой _____ Темрезов М.Б.

г. Черкесск, 2026 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели освоения дисциплины	3
2. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
3. Планируемые результаты обучения по дисциплине	4
4. Структура и содержание дисциплины	5
4.1. Объем дисциплины и виды учебной работы	5
4.2. Содержание дисциплины	6
4.2.1. Разделы (темы) дисциплины, виды учебной деятельности и формы контроля	6
4.2.2. Лекционный курс	7
4.2.3. Практические занятия	9
4.3. Самостоятельная работа обучающегося	11
5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	12
6. Образовательные технологии	13
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины	13
7.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы	13
7.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	15
7.3. Информационные технологии	15
8. Материально-техническое обеспечение дисциплины	17
8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий	17
8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся	17
8.3. Требования к специализированному оборудованию	17
9. Особенности реализации дисциплины для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	**17**
Приложение 1. Фонд оценочных средств	
Приложение 2. Аннотация рабочей программы дисциплины	

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель освоения дисциплины «Неотложная хирургия» состоит в:

- формировании у студентов знаний о состоянии здоровья пациента, обучение профессиональному алгоритму решения практических задач диагностики, лечения больных и профилактики заболеваний, навыкам профессионального врачебного поведения.
- изучении квалификационной характеристики, умению диагностировать хирургические болезни, определять выбор метода диагностики и лечения, формирование клинического мышления и этических норм врача ;
- овладении обучающимися умением диагностировать хирургические болезни, определять и знать методы их лечения и профилактики.

Задачи курса:

1. Научить студентов навыкам всестороннего клинического исследования хирургических больных и умению обобщать полученные данные для построения клинического диагноза, проведения дифференциальной диагностики.
2. Научить студентов приемам курации больных и написанию академической и клинической истории болезни.
3. Обучить студентов практическим навыкам оказания первой врачебной помощи при острых хирургических заболеваниях, выполнению наиболее распространенных врачебных манипуляций, согласно перечню практических умений в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по специальности.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

2.1. Дисциплина «Неотложная хирургия» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1 Дисциплины (модули), имеет тесную связь с другими дисциплинами.

2.2. В таблице приведены предшествующие и последующие дисциплины, направленные на формирование компетенций дисциплины в соответствии с матрицей компетенций ОП.

Предшествующие и последующие дисциплины, направленные на формирование компетенций

№ п/п	Предшествующие дисциплины	Последующие дисциплины
1	Первая медицинская помощь	Практика хирургического профиля

3. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Планируемые результаты освоения образовательной программы (ОП) – компетенции обучающихся определяются требованиями стандарта по специальности 31.05.01 Лечебное дело направленность (профиль) «Лечебное дело» и формируются в соответствии с матрицей компетенций ОП

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Наименование компетенции (или ее части)	Индикаторы достижения компетенций
1	2	3	4
1.	УК-8	Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов.	УК-8.1. Анализирует факторы вредного влияния на жизнедеятельность элементов среды обитания (технических средств, технологических процессов, материалов, зданий и сооружений, природных и социальных явлений). УК-8.2. Идентифицирует опасные и вредные факторы в рамках осуществляемой деятельности. УК-8.3. Решает проблемы, связанные с нарушениями техники безопасности и участвует в мероприятиях по предотвращению чрезвычайных ситуаций на рабочем месте. УК-8.4 Соблюдает и разъясняет правила поведения при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного происхождения, оказывает первую помощь, участвует в восстановительных мероприятиях.
2.	ПК-11	Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	ПК-11.1. Выявляет состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания ПК-11.2. Оценивает состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной

			форме ПК-11.3. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

4.1. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Вид учебной работы		**Всего часов**	**Семестры***
			№ 5
			часов
1		2	3
Аудиторная контактная работа (всего)		**56**	**56**
В том числе:			
Лекции (Л)		**18**	**18**
Практические занятия (ПЗ), Семинары (С)		**38**	**38**
Лабораторные работы (ЛР)			
Контактная внеаудиторная работа, в том числе:		*1,7*	*1,7*
Групповые и индивидуальные консультации		*1,7*	*1,7*
Самостоятельная работа студента (СРС)** **(всего)**		**14**	**14**
В том числе:			
Реферат (Реф)		*2*	*2*
Работа с книжными и электронными источниками		*4*	*4*
Подготовка к текущему контролю (ПТК))		*2*	*2*
Подготовка к промежуточному контролю (ППК)		*4*	*4*
Подготовка к тестированию		*2*	*2*
Промежуточная аттестация	зачет (З)	*3*	*3*
	Прием зач., час.		
	СРС, час.		
ИТОГО:	**часов**	*72*	*72*

Общая трудоемкость	**зач. ед.**	*2*	*2*

4.2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

4.2.1. Разделы (темы) дисциплины, виды учебной деятельности и формы контроля

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела (темы) дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу студентов (в часах)					Формы текущей и промежуточной аттестации
			Л	ЛР	ПЗ	СРС	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	5	1.Острый аппендицит	2		4	4	10	Контрольная работа, коллоквиум, тестирование, реферат, ситуационные задачи
		2. Острый холецистит	2		4	4	10	
		3.Острый холангит	2		4	6	12	
		4.Острый панкреатит	2		4	6	12	
		5.Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная перфорацией	2		4	6	12	
		6.Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная кровотечением	2		4	6	12	
		7.Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии	2		4	4	10	
		8.Перитонит	2		4	6	12	

		9.Острая кишечная непроходимость (неопухолевая)	2		4	6	12	
		Контактная внеаудиторная работа					1,7	Групповые и индивидуальные консультации
2.	2	Промежуточная аттестация					0,3	Зачет
		ИТОГО:	18		40	48	108	

4.2.2. Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины	Наименование темы лекции	Содержание лекции	Всего часов
1	2	3	4	5
Семестр 5				
1	Острый аппендицит	Острый аппендицит	Определение. Оказание помощи на догоспитальном этапе. Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом стационаре. Основные варианты патологических процессов. Предоперационная подготовка. Анестезиологическое обеспечение операции. Хирургическая тактика. Виды оперативного вмешательства (аппендэктомии). Прогноз	**2**
2	Острый холецистит	Острый холецистит	Определение. Основные варианты патологических процессов. Основные причины острого холецистита. Оказание помощи на догоспитальном этапе. Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом стационаре. Формулировка развернутого диагноза, примеры. Консервтивное лечение. Анестезиологичекое обеспечение операции Предоперационная подготовка. Опреативное лечение. Общие рекомендации по безопасности оперироВания. Общие принципы этапного лечения острого холецистита. Прогноз	**2**
3	Острый холангит	Острый холангит	Определение. Основные варианты патологических процессов. Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом стационаре. Основные принципы лечения острого обтурационного холангита при наличии тяжелого абдоминального сепсиса. Предоперационная подготовка. Анестезиологическое обеспечение. Этапная тактика. Прогноз.	**2**

4	Острый панкреатит	Острый панкреатит	Определение. Основные причины. Оказание помощи на догоспитальном этапе. Основные задачи экспресс-диагностики и оказания неотложной помощи в хирургическом стационаре. КТ-индекс тяжести панкреатита по Балтазару. Основные варианты патологических. Основные пути дальнейшей эволюции тяжелого инфицированного панкреатита. Исходы Формулировка развернутого диагноза, примеры. Лечение. Общие принципы лечения тяжелых форм острого панкреатита. Лечение инфицированного тяжелого панкреатита. Этапная хирургическая тактика лечения больных острым тяжелым панкреатитом. Анестезиологическое обеспечение операции. Прогноз	**2**
5	Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная перфорацией	Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная перфорацией	Определение. Основные варианты патологических процессов. Оказание помощи на до госпитальном этапе Основные задачи экстренной диагностики в хирургическом стационаре. Примеры формулировок развернутого диагноза. Лечебные мероприятия. Хирургическая тактика. Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, реабилитация. Прогноз.	**2**
6	Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная кровотечением	Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная кровотечением	Оказание помощи на до госпитальном этапе. Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом стационаре. Определение объема кровопотери по гематокриту (Moore F.D., 1965).Формулировка развернутого диагноза, примеры. Хирургическая тактика. Хирургическое (оперативное) лечение Профилактика тромбоэмболических и инфекционных осложнений. Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, реабилитация. прогноз.	**2**
7	Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии	Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии	Определение. Этиология и классификация Эндоскопическая классификация варикозного расширения вен пищевода. Лабораторная диагностика. Специальные исследования. Оказание помощи на догоспитальномэтапеЛечение.Специальныегемостатическиемероприятия.Хирургическоелечение.Хирургическаятактика.Послеоперационныйпериод.Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, ВТЭК, реабилитация.	**2**
8	Перитонит	Перитонит	Определение. Этиология и классификация Лабораторная диагностика. Специальные методы исследования. Оказание помощи на до госпитальном этапе Лечение. Хирургическое лечение и тактика ведения. Послеоперационный период. Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, ВТЭК, реабилитация. Прогноз.	**2**
9	Острая	Острая	Определение. Оказание помощи на	**2**

	кишечная непроходимость (неопухолевая)	кишечная непроходимость (неопухолевая)	догоспитальномэтапе. Стандарты диагностических мероприятий. Основные варианты патологических процессов. Основные этапы развития. Примеры формулировки развернутого диагноза. Лечебно-диагностическая тактика при механической неополевой кишечной непроходимости. Предоперационная подготовка. Особенности хирургического лечения острой кишечной непроходимости. Особенности хирургического лечения при воз-никновении затруднений. Прогноз	
	Всего часов в семестре:			**18**
	ИТОГО часов:			**18**

4.2.3. Практические занятия

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины	Наименование практического занятия	Содержаниепрактического занятия	Всего часов
1	2	3	4	5
Семестр 5				
1	Острый аппендицит	Острый аппендицит	Определение. Оказание помощи на до госпитальном этапе. Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом стационаре. Основные варианты патологических процессов. Предоперационная подготовка. Анестезиологическое обеспечение операции. Хирургическая тактика. Виды оперативного вмешательства (аппендэктомии). Осложнения острого аппендицита. Рекомендации по аппаратно-инструментальному и материальному обеспечению стационаров. Дополнительное оборудование и расходные материалы для минимально инвазивной аппендэктомии. Прогноз	**4**
2	Острый холецистит	Острый холецистит	Определение. Основные варианты патологических процессов. Основные причины острого холецистита. Оказание помощи на догоспитальном этапе. Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом стационаре. Формулировка развернутого диагноза, примеры. Консервтивное лечение. Анестезиологичекое обеспечение операции Предоперационная подготовка. Опреативное лечение. Общие рекомендации по безопасности оперироВания. Общие принципы этапного лечения острого холецистита. Острый (обтурационный) холецистит. Эмпиема желчного пузыря при гнойном холангите. Паллиативное хирургическое лечение. Послеоперационный период. Рекомендации по аппаратно-инструментальномуи материальному обеспечению стационаров. Прогноз	**4**
3	Острый холангит	Острый холангит	Определение. Основные варианты патологических процессов. Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом	**4**

			стационаре. Основные принципы лечения острого обтурационного холангита при наличии тяжелого абдоминального сепсиса. Предоперационная подготовка. Анестезиологическое обеспечение. Этапная тактика. Послеоперационный период. Рекомендации по аппаратно-инструментальному и материальному обеспечению хирургических стационаров.Дополнительное оборудование для хирургических центров областного уровня и специализированных хирургических клиник. Прогноз.	
4	Острый панкреатит	Острый панкреатит	Определение. Основные причины. Оказание помощи на догоспитальном этапе. Основные задачи экспресс-диагностики и оказания неотложной помощи в хирургическом стационаре. КТ-индекс тяжести панкреатита по Балтазару. Основные варианты патологических. Основные пути дальнейшей эволюции тяжелогоинфицированногопанкреатита.ИсходыФормулировка развернутого диагноза, примеры. Лечение. Общие принципы лечения тяжелых форм острого панкреатита. Лечение инфицированного тяжелого панкреатита. Этапная хирургическая тактика лечения больных острым тяжелым панкреатитом. Анестезиологическое обеспечение операции. Прогноз	**4**
5	Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная перфорацией	Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза.	Определение. Основные варианты патологических процессов. Оказание помощи на до госпитальном этапе Основные задачи экстренной диагностики в хирургическом стационаре. Примеры формулировок развернутого диагноза. Лечебные мероприятия. Хирургическая тактика. Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, реабилитация. Прогноз.	**4**
6	Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная кровотечением	Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная кровотечением	Оказание помощи на до госпитальном этапе. Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом стационаре. Определение объема кровопотери по гематокриту (Moore F.D., 1965).Формулировка развернутого диагноза, примеры. Хирургическая тактика. Хирургическое (оперативное) лечение Профилактика тромбоэмболических и инфекционных осложнений. Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, реабилитация. прогноз.	**4**
7	Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии Острые сосудистые болезни кишечника (Острая мезентериальная ишемия)	Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии.	Определение. Этиология и классификация Эндоскопическая классификация варикозного расширения вен пищевода. Лабораторная диагностика. Специальные исследования. Оказание помощи на догоспитальномэтапеЛечение.Специальныегемостатическиемероприятия.Хирургическоелечение.Хирургическаятактика.Послеоперационныйпериод.Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, ВТЭК, реабилитация. Острая мезентериальная ишемия (ОМИ).Основные варианты патологических процессов. Этапы развития ОМИ:	**4**

		Острые сосудистые болезни кишечника (Острая мезентериальная ишемия)	Оказание помощи на до госпитальном этапе Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом стационаре. Хирургическая тактика. Предоперационная подготовка. Анестезиологическое обеспечение операции. Виды оперативного вмешательства Послеоперационный период. Прогноз	
8	Перитонит	Перитонит	Определение. Этиология и классификация Лабораторная диагностика. Специальные методы исследования. Оказание помощи на догоспитальном этапе Лечение. Хирургическое лечение и тактика ведения. Послеоперационный период. Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, ВТЭК, реабилитация. Прогноз.	**4**
9	Острая кишечная непроходимость (неопухолевая и опухолевой)	Острая кишечная непроходимость (неопухолевая)	Определение. Оказание помощи на до госпитальном этапе. Стандарты диагностических мероприятий. Основные варианты патологических процессов. Основные этапы развития. Примеры формулировки развернутого диагноза. Лечебно-диагностическая тактика при механической неополевой кишечной непроходимости. Предоперационная подготовка. Особенности хирургического лечения острой кишечной непроходимости.Особенности хирургического лечения при возникновении затруднений. Прогноз Острая кишечная непроходимость (ОКН).Особенности диагностики острой толстокишеч- ной непроходимости опухолевой этиологии	**4**
	Всего часов в семестре:			40

4.3. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины	№ п/п	Виды СРС	Всего часов
1	3	4	5	6
Семестр 5				
1	Острый аппендицит	1.1.	Самостоятельное изучение материала по теме	4
		1.2.	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий	
2	Острый холецистит	2.1.	Самостоятельное изучение материала по теме	4
		2.2.	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий	
3	Острый холангит	3.1	Подготовка к практическим занятиям	6
		3.2	Самостоятельное изучение материала по теме	
		3.3	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий	
4	Острый панкреатит	4.1	Подготовка к практическим занятиям	6
		4.2	Самостоятельное изучение материала	

			по теме	
		4.3	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий	
5	Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная перфорацией	5.1	Подготовка к практическим занятиям	6
		5.2	Самостоятельное изучение материала по теме	
		5.3	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий	
6	Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная кровотечением	6.1	Подготовка к практическим занятиям	6
		6.2	Самостоятельное изучение материала по теме	
		6.3	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий	
7	Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии	7.1	Подготовка к практическим занятиям	6
		7.2	Самостоятельное изучение материала по теме	
		7.3	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий	
8	Перитонит	8.1	Подготовка к практическим занятиям	6
		8.2	Самостоятельное изучение материала по теме	
		8.3	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий	
9	Острая кишечная непроходимость (неопухолевая)	9.1	Подготовка к практическим занятиям	6
		9.2	Самостоятельное изучение материала по теме	
		9.3	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий	
Всего часов в семестре:				48

5. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

5.1. Методические указания для подготовки к лекционным занятиям

Эффективность освоения студентами учебных дисциплин зависит от многих факторов, и, прежде всего, от работы на лекциях (установочных и обзорных). На лекции может быть всесторонне рассмотрена как одна тема, соответствующая одному вопросу экзамена или зачета, так и несколько смежных тем. В последнем случае лекцию следует рассматривать как «путеводитель» по тому материалу, которым должен овладеть учащийся. Для ответа на экзамене или зачете простого воспроизведения текста таких лекций недостаточно. Это не означает, что подобные лекции необязательны для конспектирования и усвоения.

Правильно законспектированный лекционный материал позволяет студенту создать устойчивый фундамент для самостоятельной подготовки, дает возможность получить и закрепить полезную информацию. Именно на лекции создаются основы для эффективной

и плодотворной работы с информацией, которая нужна студенту, как в профессиональной, так и в повседневной жизни.
Восприятие лекции и ее запись – это процесс постоянного сосредоточенного внимания, направленного на понимание рассуждений лектора, обдумывание полученных сведений, их оценку и сжатое изложение на бумаге в удобной для восприятия форме. То есть, самостоятельная работа студента на лекции заключается в осмыслении новой информации и краткой рациональной ее записи. Правильно записанная лекция позволяет глубже усвоить материал, успешно подготовиться к семинарским занятиям, зачетам и экзаменам.

Слушая лекцию, нужно из всего получаемого материала выбирать и записывать самое главное. Следует знать, что главные положения лекции преподаватель обычно выделяет интонацией или повторяет несколько раз. Именно поэтому предварительная подготовка к лекции позволит студенту уловить тот момент, когда следует перейти к конспектированию, а когда можно просто внимательно слушать лекцию. В связи с этим нелишне перед началом сессии еще раз бегло просмотреть учебники или прежние конспекты по изучаемым предметам. Это станет первичным знакомством с тем материалом, который прозвучит на лекции, а также создаст необходимый психологический настрой.

Чтобы правильно и быстро конспектировать лекцию важно учитывать, что способы подачи лекционного материала могут быть разными. Преподаватель может диктовать материал, рассказывать его, не давая ничего под запись, либо проводить занятие в форме диалога со студентами. Чаще всего можно наблюдать соединение двух или трех вышеназванных способов.

Эффективность конспектирования зависит от умения владеть правильной методикой записи лекции. Конечно, способы конспектирования у каждого человека индивидуальны. Однако существуют некоторые наиболее употребляемые и целесообразные приемы записи лекционного материала.

Запись лекции можно вести в виде тезисов – коротких, простых предложений, фиксирующих только основное содержание материала. Количество и краткость тезисов может определяться как преподавателем, так и студентом. Естественно, что такая запись лекции требует впоследствии обращения к дополнительной литературе. На отдельные лекции приносить соответствующий материал на бумажных носителях, представленный лектором на портале или присланный на «электронный почтовый ящик группы» (таблицы, графики, схемы). Данный материал будет охарактеризован, прокомментирован, дополнен непосредственно на лекции.

Кроме тезисов важно записывать примеры, доказательства, даты и цифры, имена. Значительно облегчают понимание лекции те схемы и графики, которые вычерчивает на доске преподаватель. По мере возможности студенты должны переносить их в тетрадь рядом с тем текстом, к которому эти схемы и графики относятся.

Хорошо если конспект лекции дополняется собственными мыслями, суждениями, вопросами, возникающими в ходе прослушивания содержания лекции. Те вопросы, которые возникают у студента при конспектировании лекции, не всегда целесообразно задавать сразу при их возникновении, чтобы не нарушить ход рассуждений преподавателя. Студент может попытаться ответить на них сам в процессе подготовки к семинарам либо обсудить их с преподавателем на консультации.

Важно и то, как будет расположен материал в лекции. Если запись тезисов ведется по всей строке, то целесообразно отделять их время от времени красной строкой или пропуском строки. Примеры же и дополнительные сведения можно смещать вправо или влево под тезисом, а также на поля. В тетради нужно выделять темы лекций, записывать рекомендуемую для самостоятельной подготовки литературу, внести фамилию, имя и отчество преподавателя. Наличие полей в тетради позволяет не только получить «ровный» текст, но и дает возможность при необходимости вставить важные дополнения и изменения в конспект лекции.

5.2 Методические указания для подготовки к лабораторным занятиям
Проведение лабораторных занятий не предусмотрено.

5.3 Методические указания для подготовки к практическим занятиям

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к занятию:
1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана семинарского занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. Проработать тестовые задания и задачи;
6. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

Значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

Приступая к подготовке темы практического занятия, необходимо, прежде всего, внимательно ознакомиться с его планом. Затем необходимо изучить соответствующие конспекты лекций, главы учебников и методических пособий, разобрать примеры, ознакомиться с дополнительной литературой (справочниками, энциклопедиями, словарями). Предлагается к наиболее важным и сложным вопросам темы составлять конспекты ответов. Конспектирование дополнительных источников также способствует более плодотворному усвоению учебного материала. Следует готовить все вопросы соответствующего занятия: необходимо уметь давать определения основным понятиям, знать основные положения теории, правила и формулы, предложенные для запоминания к каждой теме.

Записи имеют первостепенное значение для самостоятельной работы. Они помогают понять построение изучаемого материала, выделить основные положения и проследить их логику. Ведение записей способствует превращению чтения в активный процесс, мобилизует, наряду со зрительной, и моторную память. Следует помнить: у студента, систематически ведущего записи, создается свой индивидуальный фонд подсобных материалов для быстрого повторения прочитанного, для мобилизации накопленных знаний. Особенно важны и полезны записи тогда, когда в них находят отражение мысли, возникшие при самостоятельной работе.

Очевидны три структурные части практического занятия: предваряющая (подготовка к занятию), непосредственно само практического занятия (обсуждение вопросов темы в

группе, решение задач по теме) и завершающая часть (последующая работа студентов по устранению обнаружившихся пробелов в знаниях, самостоятельное решение задач и выполнение заданий по рассмотренной теме).

Не только само практическое занятие, но и предваряющая, и заключающая части его являются необходимыми звеньями целостной системы усвоения вынесенной на обсуждение темы.

Перед очередным практическим занятием целесообразно выполнить все задания, предназначенные для самостоятельного рассмотрения, изучить лекцию, соответствующую теме следующего практического занятия, подготовить ответы на вопросы по теории, разобрать примеры. В процессе подготовки к практическому занятию закрепляются и уточняются уже известные и осваиваются новые категории, «язык» становится богаче. Столкнувшись в ходе подготовки с недостаточно понятными моментами темы, необходимо найти ответы самостоятельно или зафиксировать свои вопросы для постановки и уяснения их на самом практическом занятии.

В начале занятия следует задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении.

В ходе практического занятия каждому студенту надо стараться давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов, доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенных расчетов (анализов, ситуаций), в случае затруднений обращаться к преподавателю. В ходе практического занятия каждый должен опираться на свои конспекты, сделанные на лекции, собственные выписки из учебников по данной теме.
Самое главное на практическом занятии – уметь изложить свои мысли окружающим.

5.4 Методические указания по самостоятельной работе

Ориентация учебного процесса на саморазвивающуюся личность делает невозможным процесс обучения без предоставления учащимся права выбора путей и способов обучения. Появляется новая цель образовательного процесса – воспитание компетентной личности, способной решать типичные проблемы и задачи исходя из приобретенного учебного опыта и адекватной оценки конкретной ситуации.
Достижение этой цели невозможно без повышения роли самостоятельной работы учащихся над учебным материалом, усиления ответственности преподавателя за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста учащихся, воспитание их творческой активности и инициативы.

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы:
1. Работа с литературой
2. Подготовка реферата

Работа с книжными и электронными источниками
Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой ко всем занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.
Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются. Более эффективный метод – метод

кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме. Преимущество плана состоит в том, что план позволяет наилучшим образом уяснить логику мысли автора, упрощает понимание главных моментов произведения. Кроме того, он позволяет быстро и глубоко проникнуть в сущность построения произведения и, следовательно, гораздо легче ориентироваться в его содержании и быстрее обычного вспомнить прочитанное. С помощью плана гораздо удобнее отыскивать в источнике нужные места, факты, цитаты и т.д.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы , а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе квинтэссенцию содержания прочитанного. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированные форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и даталогические сведения. В отдельных случаях – когда это оправдано с точки зрения продолжения работы над текстом – вполне допустимо заменять цитирование изложением, близким дословному.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются. Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста,

включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему. При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами.

Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.
В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения.
Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Методические указания для подготовки к текущему контролю

Текущий контроль – это регулярная проверка усвоения учебного материала на протяжении семестра. К его достоинствам относится систематичность, постоянный мониторинг качества обучения, а также возможность оценки успеваемости обучающихся.
Текущий контроль осуществляется преподавателем в процессе проведения практических занятий в ходе устного опроса обучающихся, а также выполнения тестовых заданий и (или) решения задач.
Подготовка к текущему контролю включает 2 этапа:
1-й – организационный;
2- й - закрепление и углубление теоретических знаний.
На первом этапе обучающийся планирует свою самостоятельную работу, которая включает:

- уяснение задания на самостоятельную работу;
- подбор учебной и научной литературы;
- составление плана работы, в котором определяются основные пункты предстоящей подготовки.

Второй этап включает непосредственную подготовку обучающегося к текущему контролю. Подготовка проводится в ходе самостоятельной работы обучающихся и включает в себя повторение пройденного материала по вопросам предстоящего опроса. Помимо основного материала обучающийся должен изучить дополнительную учебную и научную литературу и информацию по теме, в том числе с использованием Интернет-ресурсов. Опрос предполагает устный ответ обучающегося на один основной и несколько дополнительных вопросов преподавателя.
Заканчивать подготовку следует составлением плана (конспекта) по изучаемому материалу (вопросу). Это позволяет составить концентрированное, сжатое представление по изучаемым вопросам. При необходимости следует обращаться за консультацией к преподавателю. Идя на консультацию, необходимо хорошо продумать вопросы, которые требуют разъяснения.

Методические указания для подготовки к промежуточной аттестации

По итогам 5 семестра проводится зачет. При подготовке к сдаче зачета рекомендуется пользоваться материалами практических занятий и материалами, изученными в ходе текущей самостоятельной работы.
Зачет проводится в устной форме, включает подготовку и ответы обучающегося на теоретические вопросы.

Методические указания для подготовки к тестированию

Тесты – это вопросы или задания, предусматривающие конкретный, краткий, четкий ответ на имеющиеся эталоны ответов.

При самостоятельной подготовке к тестированию обучающемуся необходимо:

а) готовясь к тестированию, проработать информационный материал по дисциплине. Проконсультироваться с преподавателем по вопросу выбора учебной литературы;

б) четко выяснить все условия тестирования: сколько тестов будет предложено, сколько времени отводится на тестирование, какова система оценки результатов и т.д.

в) приступая к работе с тестами, необходимо внимательно и до конца прочитать вопрос и предлагаемые варианты ответов. Выбрать правильные (их может быть несколько). На отдельном листке ответов выписать цифру вопроса и буквы (цифры), соответствующие правильным ответам;

г) в процессе решения тестового задания желательно применять несколько подходов в решении задания. Это позволяет максимально гибко оперировать методами решения, находя каждый раз оптимальный вариант.

д) если встретили чрезвычайно трудный вопрос, не тратьте много времени на него. Переходите к другим тестам. Вернитесь к трудному вопросу в конце.

е) обязательно необходимо оставить время для проверки ответов, чтобы избежать механических ошибок.

Методические рекомендации к ситуационным задачам

Это вид самостоятельной работы студента по систематизации информации в рамках постановки или решения конкретных проблем. Такой вид самостоятельной работы направлен на развитие мышления, творческих умений, усвоение знаний, добытых в ходе активного поиска и самостоятельного решения проблем. Такие знания более прочные, они позволяют студенту видеть, ставить и разрешать как стандартные, так и не стандартные задачи, которые могут возникнуть в дальнейшем в профессиональной деятельности.

Студент должен опираться на уже имеющуюся базу знаний. Решения ситуационных задач относятся к частично поисковому методу. Характеристики выбранной для ситуационной задачи проблемы и способы ее решения являются отправной точкой для оценки качества этого вида работ. Преподаватель определить тему, либо раздел, рекомендует литературу, консультирует студента при возникновении затруднений.

Студенту необходимо изучить предложенную преподавателем литературу и характеристику условий задачи, выбрать оптимальный вариант (подобрать известные и стандартные алгоритмы действия) или варианты разрешения, оформить и сдать на контроль в установленный срок.

Методические рекомендации по написанию рефератов

Реферат - один из видов самостоятельной работы обучающихся в вузе, направленный на закрепление, углубление и обобщение знаний по дисциплинам профессиональной подготовки, овладение методами научных исследований, формирование навыков решения творческих задач в ходе научного исследования по определенной теме; документ, представляющий собой форму отчетности по самостоятельной работе обучающихся, содержащий систематизированные требования по определенной теме.

Тема реферата выбирается обучающимся самостоятельно, исходя из тематики практического занятия, и согласовывается с преподавателем. Тематика реферата должна отвечать следующим критериям: актуальность; научная, теоретическая и практическая значимость; проблематика исследуемого вопроса.

Тема реферата выбирается студентом самостоятельно, исходя из тематики практического занятия, и согласовывается с преподавателем. Тематика реферата должна отвечать следующим критериям: актуальность; научная, теоретическая и практическая значимость; проблематика исследуемого вопроса.

После утверждения темы реферата обучающийся согласовывает с преподавателем план реферата, порядок и сроки ее выполнения, библиографический список. Содержание работы должно соответствовать избранной теме. Реферат (доклад) состоит из глав и

параграфов или только из параграфов. Оглавление включает введение, основной текст, заключение, библиографический список и приложение. Библиографический список состоит из правовой литературы (учебные и научные издания), нормативно-правовых актов и материалов правоприменительной практики.

Методологической основой любого исследования являются научные методы, в том числе общенаучный - диалектический метод познания и частно-научные методы изучения правовых явлений, среди которых: исторический, статистический, логический, сравнительно-правовой. Язык и стиль изложения должны быть научными.

Методические рекомендации для подготовки к коллоквиуму

Коллоквиум - форма проверки и оценивания знаний учащихся в системе образования, преимущественно в вузах. Как правило, он представляет собой проводимый по инициативе преподавателя промежуточный мини-экзамен во время обучения по дисциплине, имеющий целью уменьшить список тем, выносимых на основной экзамен, и оценить текущий уровень знаний обучающихся.

Оценка, полученная на коллоквиуме, может влиять на получение зачета и оценку на экзамене. В некоторых случаях преподаватель выносит на коллоквиум все пройденные темы и обучающийся, как на итоговом экзамене, получает единственную оценку, идущую в зачет по дисциплине.

Коллоквиум может проводиться в устной и письменной форме.

Устная форма. Ответы оцениваются одновременно в традиционной шкале («неудовлетворительно» — «отлично»). Вопросы к коллоквиуму могут содержать как теоретические вопросы, так и задачи практического характера.

Подготовка к коллоквиуму начинается с установочной консультации преподавателя, на которой он разъясняет развернутую тематику проблемы, рекомендует литературу для изучения и объясняет процедуру проведения коллоквиума. Как правило, на самостоятельную подготовку к коллоквиуму обучающемуся отводится 2-4 часа. Подготовка включает в себя изучение рекомендованной литературы и (по указанию преподавателя) конспектирование важнейших источников. Коллоквиум проводится в форме индивидуальной беседы преподавателя с каждым обучающимся или беседы в небольших группах (3-5 человек). Обычно преподаватель задает несколько кратких конкретных вопросов, позволяющих выяснить степень добросовестности работы с литературой, контролирует конспект. Далее более подробно обсуждается какая-либо сторона проблемы, что позволяет оценить уровень понимания.

Методические рекомендации для подготовки к контрольным работам

При подготовке к контрольным работам необходимо повторить весь материал по теме, по которой предстоит писать контрольную работу.

Для лучшего запоминания можно выписать себе основные положения или тезисы каждого пункта изучаемой темы. Рекомендуется отрепетировать вид работы, которая будет предложена для проверки знаний – прорешать схожие тесты или задачи, составить ответы на вопросы. Рекомендуется начинать подготовку к контрольным работам заранее, и, в случае возникновения неясных моментов, обращаться за разъяснениями к преподавателю.

Лучшей подготовкой к контрольным работам является активная работа на занятиях (внимательное прослушивание и тщательное конспектирование лекций, активное участие в практических занятиях) и регулярное повторение материала и выполнение домашних заданий. В таком случае требуется минимальная подготовка к контрольным работам, заключающаяся в повторении и закреплении уже освоенного материала.

6. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

№ п/п	№ семестра	Виды учебной работы	Образовательные технологии	Всего часов
1	2	3	4	
1	5	Лекция «Острый панкреатит».	*Использование слайд-шоу лекционного материала*	*2*
		Лекция «Пневмоторакс».	*Использование слайд-шоу лекционного материала*	2
2	5	*Практические занятия:* 1.Ущемленная грыжа	*Разбор больных по теме занятия, ситуационные занятия,курация больных*	*4*
		2.Острая кишечная непроходимость (неопухолевая)	*Разбор больных по теме занятия, ситуационные задачи, курация больных*	*2*

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы

	Список основной литературы
1.	Гарелик, П. В. Общая хирургия : учебник / П. В. Гарелик, О. И. Дубровщик, Г. Г. Мармыш. — Минск : Вышэйшая школа, 2021. — 376 c. — ISBN 978-985-06-3372-9. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/120006.html . — Режим доступа: для авторизир. пользователей
2.	Мишинькин, П. Н. Общая хирургия : учебное пособие / П. Н. Мишинькин, А. Ю. Неганова. — 2-е изд. — Саратов : Научная книга, 2019. — 159 c. — ISBN 978-5-9758-1758-7. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/81076.html . — Режим доступа: для авторизир. пользователей
3.	Кривеня, М. С. Хирургия : учебное пособие / М. С. Кривеня. — Минск : Вышэйшая школа, 2014. — 414 c. — ISBN 978-985-06-2399-7. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/35570.html
	Список дополнительной литературы
1.	Коновалова, О. Г. Сборник ситуационных задач по разделу «Неотложная хирургия» : учебно-практическое издание / О. Г. Коновалова, Е. В. Размахнин. — Чита : Читинская государственная медицинская академия, 2011. — 104 c. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/55298.html
2.	Фишкин, А. В. Справочник. Неотложная помощь / А. В. Фишкин. — Саратов : Научная книга, 2019. — 351 c. — ISBN 978-5-9758-1874-4. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/80173.html . — Режим доступа: для авторизир. пользователей

7.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

http://e-Library.ru – Научная электронная библиотека;
http://www.med-pravo.ru - Медицина и право - сборник законов, постановлений в сфере медицины и фармацевтики
https://www.garant.ru - Гарант.ру – справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации.
http://www.rsl.ru/ - Российская государственная библиотека
https://www.who.int/r u - Всемирная организация здравоохранения

7.3. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение

Лицензионное программное обеспечение	Реквизиты лицензий/ договоров
Антивирус Dr.Web Desktop Security Suite	Лицензионный договор № 100164437126100227 Срок действия: с 28.10.2026 до 30.11.2027
Консультант Плюс	Договор № 7 от 15.01.2026 г.
Цифровой образовательный ресурс IPR SMART	Лицензионный договор № 14172/26ПК от 24.06.2026 г. Срок действия: с 01.07.2026 г. по 30.06.2027 г.
Бесплатное ПО	
LibreOffice, МойОфис, Visual Studio Community, Sumatra PDF, 7-Zip, Adobe Acrobat Reader, Visual Studio Code, PostgreSQL, STDU Viewer, МКБ-10	

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий

1. Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа

Специализированная мебель:
Доска ученическая – шт. Стол – 1 шт. Стол ученический -36шт.Стул мягкий –1 шт.Стул ученический- 62 шт. Кафедра - 1 шт
Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающих тематические иллюстрации:
Мультимедия- проектор - 1 шт,
экран рулонный настенный - 1 шт.
Ноутбук - 1 шт.

2. Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнение курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: учебная комната
Специализированная мебель:
парты ученические – 12 шт., стулья – 21 шт., 1 стол для преподавателя, 1 мягкий стул, 1 доска настенная Технические средства обучения, служащие для предоставления учебной информации большой аудитории:
Переносной экран рулонный - 1 шт.
Ноутбук - 1 шт.
Мультимедиа –проектор - 1 шт.

3. Помещение для самостоятельной работы.

Электронный читальный зал (БИЦ)
Комплект проекционный, мультимедийный интерактивный: интерактивная доска , проектор , универсальное настенное крепление. Персональный компьютер-моноблок -18 шт. Персональный компьютер – 1 шт.
Столы на 1 рабочее место – 20 шт. Столы на 2 рабочих места – 9 шт. Стулья – 38шт. МФУ – 2 шт.
Читальный зал(БИЦ)
Столы на 2 рабочих места – 12 шт. Стулья – 24 шт.
Отдел обслуживания печатными изданиями (БИЦ)
Комплект проекционный, мультимедийный оборудование:
Экран настенный. Проектор. Ноутбук.
Рабочие столы на 1 место – 21 шт. Стулья – 55 шт.
Специализированная мебель (столы и стулья): Рабочие столы на 1 место – 24 шт. Стулья – 24 шт.
Компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ФГБОУ ВО «СевКавГА»: Персональный компьютер – 1шт. Сканер – 1 шт. МФУ – 1 шт.
Электронный читальный зал
Специализированная мебель (столы и стулья): компьютерный стол – 20 шт., ученический стол - 14 шт, стулья – 47 шт., стол руководителя со спикером - 1 шт, двухтумбовый стол -2 шт. Компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ФГБОУ ВО «СКГА»: моноблок - 18 шт. , Персональный компьютер -1 шт. МФУ – 2 шт.
Читальный зал
Специализированная мебель (столы и стулья): ученический стол - 12 шт, стулья – 24 шт., картотека - 2 шт, шкаф железный -1 шт., стеллаж выставочный - 1 шт.

8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся

1. Рабочее место преподавателя, оснащенное компьютером с доступом в интернет.
2. Рабочие места обучающихся, оснащенное компьютером с доступом в интернет, предназначенные для работы в цифровом образовательном ресурсе.

8.3. Требования к специализированному оборудованию

Нет

9. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для обеспечения образования инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья разрабатывается (в случае необходимости) адаптированная образовательная программа, индивидуальный учебный план с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в частности применяется индивидуальный подход к освоению дисциплины, индивидуальные задания: рефераты, письменные работы и, наоборот, только устные ответы и диалоги, индивидуальные консультации, использование диктофона и других записывающих средств для воспроизведения лекционного и семинарского материала.

В целях обеспечения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья комплектуется фонд основной учебной литературой, адаптированной к ограничению электронных образовательных ресурсов, доступ к которым организован в БИЦ Академии. В библиотеке проводятся индивидуальные

консультации для данной категории пользователей, оказывается помощь в регистрации и использовании сетевых и локальных электронных образовательных ресурсов, предоставляются места в читальном зале.

Приложение 1.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ:

Неотложная хирургия

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Неотложная хирургия

(наименование дисциплины)

1. Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины

Индекс	Формулировка компетенции
УК - 8	Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов
ПК-11	готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

2. Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собойразделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладениестудентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов наразличныхэтапахформирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

Этапность формирования компетенций прямо связана с местом дисциплины вобразовательной программе.

Разделы (темы) дисциплины	**Формируемые компетенции (коды)**	
	УК - 8	ПК-11
Острый аппендицит	+	+
Острый холецистит	+	+
Острый холангит	+	+
Острый панкреатит	+	+
Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная перфорацией	+	+
Язва желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза, осложненная кровотечением	+	+
Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии	+	+
Перитонит	+	+
Острая кишечная непроходимость (неопухолевая)	+	+
Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии	+	+
Острые сосудистые болезни кишечника (Острая мезентериальная ишемия)	+	+
Ущемленная грыжа	+	+
Пневмоторакс	+	+

3. Показатели, критерии и средства оценивания компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплин

УК – 8. Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов

Планируемые результаты обучения(показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	**Критерии оценивания результатов обучения**				**Средства оценивания результатов обучения**	
	неудовлетв	**удовлетв**	**хорошо**	**отлично**	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
ИДК - УК-8-1. -Анализирует факторы вредного влияния на жизнедеятельность элементов среды обитания (технических средств, технологических процессов, материалов, зданий и сооружений, природных и социальных явлений)	Не анализирует факторы вредного влияния на жизнедеятельность элементов среды обитания (технических средств, технологических процессов, материалов, зданий и сооружений, природных и социальных явлений)	Частично анализирует факторы вредного влияния на жизнедеятельность элементов среды обитания (технических средств, технологических процессов, материалов, зданий и сооружений, природных и социальных явлений)	Анализирует факторы вредного влияния на жизнедеятельность элементов среды обитания (технических средств, технологических процессов, материалов, зданий и сооружений, природных и социальных явлений)	В полном объеме анализирует факторы вредного влияния на жизнедеятельность элементов среды обитания (технических средств, технологических процессов, материалов, зданий и сооружений, природных и социальных явлений)	Контрольная работа, коллоквиум, тестирование, реферат, ситуационные задачи	Зачет
ИДК - УК-8-2. Идентифицирует опасные и вредные факторыв рамках осуществляемой деятельности	Не идентифицирует опасные и вредные факторыв рамках осуществляемой деятельности	Частично идентифицирует опасные и вредные факторыв рамках осуществляемой деятельности	Идентифицирует опасные и вредные факторыв рамках осуществляемой деятельности	В полной мере идентифицирует опасные и вредные факторыв рамках осуществляемой деятельности		
ИДК - УК-8-3. Решает проблемы, связанные с нарушениями техники безопасности и участвует в мероприятиях по предотвращению чрезвычайных ситуаций на рабочем месте	Не решает проблемы, связанные с нарушениями техники безопасности и участвует в мероприятиях по предотвращению чрезвычайных ситуаций на рабочем месте	Частично решает проблемы, связанные с нарушениями техники безопасности и участвует в мероприятиях по предотвращению чрезвычайных ситуаций на рабочем месте	Решает проблемы, связанные с нарушениями техники безопасности и участвует в мероприятиях по предотвращению чрезвычайных ситуаций на рабочем месте	В полном объеме решает проблемы, связанные с нарушениями техники безопасности и участвует в мероприятиях по предотвращению чрезвычайных ситуаций на рабочем месте		

ИДК - УК-8. -4 Соблюдает и разъясняет правила поведения при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного происхождения, оказывает первую помощь, участвует в восстановительных мероприятиях	Не соблюдает и разъясняет правила поведения при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного происхождения, оказывает первую помощь, участвует в восстановительных мероприятиях	Частично соблюдает и разъясняет правила поведения при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного происхождения, оказывает первую помощь, участвует в восстановительных мероприятиях	Соблюдает и разъясняет правила поведения при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного происхождения, оказывает первую помощь, участвует в восстановительных мероприятиях	В полной мере соблюдает и разъясняет правила поведения при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного происхождения, оказывает первую помощь, участвует в восстановительных мероприятиях		

ПК-11 Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Планируемые результаты обучения(показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	**Критерии оценивания результатов обучения**				**Средства оценивания результатов обучения**	
	неудовлетв	**удовлетв**	**хорошо**	**отлично**	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
ИДК -ПК-11-1. Выявляет состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания	Не выявляет состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания	Частично выявляет состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания	Выявляет состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания	В полной мере выявляет состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания	Контрольная работа, коллоквиум, тестирование, реферат, ситуационные задачи	Зачет
ИДК -ПК-11-2. Оценивает состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих	Не оценивает состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка	Частично оценивает состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения	Оценивает состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической	В полной мере оценивает состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти		

оказания медицинской помощи в экстренной форме	жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме .	и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме .	(остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме		
ИДК -ПК-11-3. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделияпри оказании медицинской помощи в экстренной форме	Не оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделияпри оказании медицинской помощи в экстренной форме.	Частично оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделияпри оказании медицинской помощи в экстренной форме	Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделияпри оказании медицинской помощи в экстренной формепроб.	В полной мере оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделияпри оказании медицинской помощи в экстренной форме.		

4. Комплект контрольно-оценочных средств по дисциплине по дисциплине Неотложная хирургия

Вопросы к зачету

1. Анатомо-физиологические сведения о системе органов брюшной полости. Хирургическая анатомия пищевода, желудка, печени, поджел железы, тонкого и толстого кишечника. Топография органов брюшной полости. Функция пищеварения. Методы изучения органов брюшной полости
2. Специальные методы исследования больных с заболеваниями системы органов брюшной полости (УЗИ,рентгеноскопия, КТ, ЯМРТ, ФГДС,).
3. Пневмоторакс. Причины, клиника, диагностика, лечение. Прогноз
4. Ущемленные грыжи живота Причины, клиника, диагностика, лечение. Прогноз
5.Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки Причины, клиника, диагностика, лечение
6.Осложнения язвенной болезни Этиология, клиника, диагностика, лечение перитониты
7.Острый холецистит Причины, клиника, диагностика, лечение. Прогноз
8.Острый аппендицит Причины, клиника, диагностика, лечение. Прогноз
9. Острый панкреатит Причины, клиника, диагностика, лечение. Прогноз
10.Острая кишечная непроходимость опух Причины, клиника, диагностика, лечение. Прогноз
11.Острая кишечная непрнеоп Причины, клиника, диагностика, лечение. Прогноз
12. Острый пневмоторакс Причины, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
13. Грыжи живота. Определение. Элементы грыжи живота. Классификация грыж живота по происхождению и локализации. Общая симптоматика грыж. Редкие формы грыж живота.
14. Показания и противопоказания к грыжесечению. Основные этапы операции грыжесечения. Принципы надежной пластики грыжевых ворот.
15. Косая паховая грыжа. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Врожденная паховая грыжа.
16. Прямая и косая паховые грыжи (анатомические и клинические различия).. Причины рецидива грыж. Методы операций.
17. Прямая паховая грыжа. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Скользящая грыжа: особенности строения и хирургической техники.
18. Паховые грыжи. Грыжесечение по Кукуджанову. Отношение связки Купера к пупартовой .Грыжесечение по Мартынову.
19. Бедренные грыжи. Анатомия бедренного канала. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций.
20. Пупочные грыжи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте.
21. Диастаз прямых мышц живота. Определение понятия. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
22. Грыжи белой линии живота: клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы операций.
23. Послеоперационные грыжи живота (вентральные). Причины, клиника, диагностика. Осложнения. Методы операций. Ущемление в грыжевом мешке.

24. Осложнения грыж живота: воспаление, невправимость, копростаз, ущемление, травма. Определение понятия. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
25.Каллезная и пенетрирующая язвы. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Метод Тейлора. Виды операций.
27. Кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки. Клиника. Диагностика. Классификация по степени тяжести кровопотери. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Хирургическая тактика.
28. Кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки. Классификация Форреста (Forrest). Консервативное и оперативное лечение. Методы операций. Эндоскопические методы остановки кровотечения.
29. Стеноз привратника язвенной этиологии. Клиника. Стадии стеноза. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Предоперационная подготовка больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом. Показания (абсолютные и относительные) к операциям. Виды операций.
30. Симптоматические острые язвы: стрессовые, гормональные, лекарственные. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Хирургическая тактика. Показания и особенности хирургического лечения. Синдром Золлингера-Эллисона.
31. Синдром Меллори-Вейса. Определение. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Показания к операции.
Динамическая кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
32. Механическая кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Предоперационная подготовка.
33. Обтурационная кишечная непроходимость. Определение. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника.
34. Странгуляционная кишечная непроходимость. Понятие. Классификация. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к резекции кишечника.
35. Спаечная непроходимость кишечника. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.
36. Инвагинация кишечника. Определение. Виды инвагинации. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Техника и показания к дезинвагинации и резекции кишки.
37.Осложнения острого аппендицита. Классификация. Аппендикулярный инфильтрат. Причины возникновения. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Исходы. Консервативное лечение.
38. Аппендикулярный абсцесс. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы оперативных вмешательств в зависимости от локализации абсцесса.
39. Карциноид червеобразного отростка. Карциноидный синдром. Пилефлебит. Определение. Клиника. Диагностика. Лечение.
40. Болезнь Крона. Определение понятия. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения, их диагностика и лечение.
41. Острый гнойный перитонит. Клиника. Диагностика, Дифференциальный диагноз. Особенности оперативного вмешательства. Показания к дренированию брюшной полости, программируемым санациям (реоперациям)
42. Перитониты. Борьба с нарушениями гемодинамики и микроциркуляции, гидроионными нарушениями, парезом кишечника, интоксикацией. Принципы

инфузионной терапии и парентерального питания.
43. Отграниченные перитониты (поддиафрагмальный, подпеченочный, межкишечный, прямокишечно-маточный и прямокишечно-пузырный). Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение. Роль чрескожного дренирования под контролем УЗИ.
44. Гинекологические перитониты. Клиника, диагностика, лечение.
45. Туберкулезный перитонит. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
46. Проникающие и непроникающие повреждения грудной клетки. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.

Вопросы для коллоквиумов

по дисциплине _____Неотложная хирургия_____

1. Грыжи живота. Определение. Элементы грыжи живота. Классификация грыж живота по происхождению и локализации. Общая симптоматика грыж. Редкие формы грыж живота.
2. Показания и противопоказания к грыжесечению. Основные этапы операции грыжесечения. Принципы надежной пластики грыжевых ворот.
3. Косая паховая грыжа. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Врожденная паховая грыжа.
4. Прямая и косая паховые грыжи (анатомические и клинические различия).. Причины рецидива грыж. Методы операций.
5. Прямая паховая грыжа. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Скользящая грыжа: особенности строения и хирургической техники.
6. Паховые грыжи. Грыжесечение по Кукуджанову. Отношение связки Купера к пупартовой .Грыжесечение по Мартынову.
7. Бедренные грыжи. Анатомия бедренного канала. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций.
8. Пупочные грыжи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте.
9. Диастаз прямых мышц живота. Определение понятия. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
10. Грыжи белой линии живота: клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы операций.
11. Послеоперационные грыжи живота (вентральные). Причины, клиника, диагностика. Осложнения. Методы операций. Ущемление в грыжевом мешке.
12. Осложнения грыж живота: воспаление, невправимость, копростаз, ущемление, травма. Определение понятия. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
13.Каллезная и пенетрирующая язвы. Клиника. Диагностика. Лечение.
14. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Метод Тейлора. Виды операций.
15. Кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки. Клиника. Диагностика. Классификация по степени тяжести кровопотери. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Хирургическая тактика.
16. Кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки. Классификация Форреста (Forrest). Консервативное и оперативное лечение. Методы операций. Эндоскопические методы остановки кровотечения.
17. Стеноз привратника язвенной этиологии. Клиника. Стадии стеноза. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Предоперационная подготовка больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом. Показания (абсолютные и относительные) к операциям. Виды операций.

18. Симптоматические острые язвы: стрессовые, гормональные, лекарственные. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Хирургическая тактика. Показания и особенности хирургического лечения. Синдром Золлингера-Эллисона.
19. Синдром Меллори-Вейса. Определение. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Показания к операции.
Динамическая кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
20. Механическая кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Предоперационная подготовка.
21. Обтурационная кишечная непроходимость. Определение. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника.
22. Странгуляционная кишечная непроходимость. Понятие. Классификация. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к резекции кишечника.
23. Спаечная непроходимость кишечника. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.
24. Инвагинация кишечника. Определение. Виды инвагинации. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Техника и показания к дезинвагинации и резекции кишки.

Комплект заданий для контрольной работы

по дисциплине _____Неотложная хирургия_____

Тема:**Острыезаболевания органов брюшной полости**
Вариант 1
Задание 1Острый холангит. Клиника.Этиология
Задание 2 Диагностика и лечение острого панкреатита
Вариант 2
Задание 1 Острый панкреатит. Этиология и клиника.
Задание 2Диагностика и лечение острого холангита.
Тема: **Язвенная болезнь желудка и 12 ПК.**
Вариант 1
Задание 1 Каллезная и пенетрирующая язвы. Клиника. Диагностика. Лечение.
Задание 2 . Кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки. Клиника. Диагностика. Классификация по степени тяжести кровопотери. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Хирургическая тактика.
Вариант 2
Задание 1 Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Метод Тейлора. Виды операций.
Задание 2 Кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки. Классификация Форреста (Forrest). Консервативное и оперативное лечение. Методы операций. Эндоскопические методы остановки кровотечения.
Тема: Кишечная проходимость
Вариант 1
Задание 1 Механическая кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Предоперационная подготовка.
Задание 2 Спаечная непроходимость кишечника. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.
Вариант 2
Задание 1 Обтурационная кишечная непроходимость. Определение. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника.

Задание 2Странгуляционная кишечная непроходимость. Понятие. Классификация. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к резекции кишечника.

Темы рефератов

по дисциплине ____Неотложная хирургия_____

1.Ущемленные грыжи живота
2.Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки
3.Осложнения язвенной болезни
4.Перитониты
5.Острый холецистит
6.Острый аппендицит
7.Острый панкреатит
8.Острая кишечная непроходимость опух
9.Острая кишечная непрнеоп
10.Острый пневмоторакс

Ситуационные задачи

по дисциплине ____Неотложная хирургия_____

Задача № 1

Вы врач неотложной помощи вызваны к ребенку 6 месяцев через 8 часов от начала заболевания. Мать рассказала, что среди полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, сучит ножками. Стул был накануне нормальный. При ректальном исследовании появились выделения типа малинового желе.

Ваш предварительный диагноз, тактика врача неотложной помощи и врача стационара.

ОТВЕТ: Инвагинация. Показана пневмоирригография и попытка консервативного расправления. Наблюдение в течение суток в условиях стационара. Обследование ЖКТ с бариевой взвесью. При невозможности консервативного расправления – лапароскопия или лапаротомия.

Инвагинация – внедрение одного одела киш-ка в просвет другого (относится к приобретенной механической кишечной непроходимости и явл-ся смешанным вариантом). **Классификация:** 1) илеоцекальная – возникает в илеоцекальном углу (95%); чаще встречается подвздошно-ободочная, когда тонкая кишка внедряется в восходящую кишку через баугиниеву заслонку; реже возникает слепо-ободочная инвагинация; 2) тонкокишечная (5%); 3) толстокишечная (практически не встречается). **Этиология и патогенез.** Наиболее часто возникает из-за расстройства правильного ритма перистальтики (заключается в нарушении координации продольных и круговых м-ц), к нарушению которой приводят нарушения режима питания, введения прикорма, восп-ные заб-я кишечника + анатомические особенности строения обл-ти илеоцекального отдела у детей раннего возраста (недостаточность баугиниевой заслонки, высокая подвижность толстой кишки и т.д.). **Клиника.** См условие задачи + м.б. одно- двукратная рвота, в животе пальпируется опухолевидное образование, приступы боли чередуются с интервалами затишья (связаны с волнами кишечной перистальтики), температура N. **Диагностика.** 1) Обследование брюшной полости проводится между приступами болей – не будет вздутия живота, особенно в первые 8-12 часов; 2) пальцевое ректо-абдоминальное исследование; 3) рентген (в прямую кишку под рентгенологическим контролем с помощью баллона Ричардсона осторожно нагнетают воздух и следят за его

постепенным распространением по толстой кишке). **Дифф. диагностика -** дизентерия. **Лечение.** *Консервативное* – при раннем поступлении реб-ка (в первые 12 ч) – расправление инвагината под действием воздуха => газоотводная трубка. Все равно реб-ка госпитализируют => динамическое наблюдение и обследование ЖКТ с бариевой взвесью. *Оперативное* – при поступлении реб-ка позже чем через 12 ч – лапароскопия, лапаротомия и ручная дезинвагинация, если есть некроз – резекция в пределах здоровой ткани с наложением анастомозов.

Задача № 2

У девочки 13 лет в течение 3 дней отмечались боли в животе, повышение температуры, рвота. При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура 37,9. Со стороны органов грудной полости отклонений не выявлено. Пульс 92 удара в 1 мин. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование 6 х 6 см. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Лейкоцитоз 16200.

Ваш предварительный диагноз. Тактика врача – педиатра.

ОТВЕТ: Острый аппендицит, периаппендикулярный инфильтрат. Госпитализация, оперативное лечение.

Классификация: 1) деструктивно-гнойные формы: а) флегмонозный; б) гангренозный; в) гангренозно-перфоративный; **2)** не деструктивные формы: а) катаральный; б) хр. аппендицит или обострение хр. аппендицита. **Этиология и патогенез.** 1) собственная микрофлора червеобразного отростка; 2) АФО (возрастные особенности фолликулярного аппарата – у взрослых много фолликулов в червеобразном отростке, а у детей младшего возраста мало => это заб-е у детей младшего и грудного возраста возникает реже); 3) перенесенные соматические и инфекционные заб-я, попадание в отросток инородных тел, паразитов, каловых камней и т.д. **Клиника.** Боль в животе (постоянная, в правой подвздошной обл-ти); повышение t до 37,5-38 град.С, а при осложненных формах м.б. до 39 град.С; рвота рефлекторного хар-ра. Язык м.б. слегка обложен в начале заб-я, потом становится сухим, шероховатым, с наложениями; м.б. задержка стула в 35% случаев. **Диагностика.** Анамнез; осмотр, обследование живота (усиление болезненности при пальпации правой подвздошной обл-ти – симптом Филатова; защитное мышечное напряжение; симптом Щеткина-Блюмберга в этой обл-ти); пальцевое бимануальное ректальное исследование; ОАК (лейкоцитоз до 15-17 х 10^9/л со сдвигом влево); электротермометрия, тепловидение, электромиография, УЗИ, КТ; лапароскопия. **Дифф. диагностика.** 1) ЖК заб-я (инфекции, вызванные кишечной палочкой, стафилококком, сальмонеллами и энтеровирусами; неспецифический язвенный колит; дизентерия, лямблиоз, гастродуодениты, ЯБЖ, ЯБДК) – при инфекциях начало будет с диспепсических явлений + токсикоз с рвотой, которая приносит облегчение! Живот мягкий, б/б. 2) Заб-я ЖВП (холелитиаз) – будут приступообразные боли в правом подреберье. 3) Гинекологические заб-я – для дифференцировки необходимо тщательно собрать гинекологический анамнез. **Лечение:** хирургическое – у детей – аппендэктомия лигатурным способом (без погружения культи в кисетный шов). Лапароскопическая апендэктомия наиболее эффективна при лечении осложненных форм (периаппендикулярный инфильтрат, абсцесс).

Задача № 3

Ребенок 6 лет поступил в клинику с диагнозом цирроз печени. Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “ кофейной гущей”. Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л.

Ваш предварительный диагноз. Тактика лечения.

ОТВЕТ: Портальная гипертензия, кровотечение из варикозных вен пищевода. Показано УЗИ органов брюшной полости. Контроль гемодинамических показателей.

Консервативная гемостатическая терапия, попытка остановки кровотечения придавливанием вен зондом с манжеткой. При неэффективности экстренная операция.

Портальная гипертензия – это повышение давления в сосудах бассейна воротной вены выше 200 мм.рт.ст. **Кассификация: 1)** с патологической точки зрения: а) паренхиматозная (паренхима печени находится под воздействием высокого портального давления); б) непаренхиматозная (давление не оказывает действия на перенхиму); **2)** по локализации: а) надпеченочная; б) внутрипеченочная; в) внепеченочная. **Этиология и патогенез.** Нарушение оттока венозной крови из системы воротной вены + увеличение притока крови в систему => портальная гипертензия. При непаренхиматозной форме обструкция току крови расположена до синусоидов печени => ф-ция печени почки не нарушена, асцит и коагулопатия редко, а кровотечение из вен кардии больные переносят относительно легко, прогноз в целом хороший. При паренхиматозной форме обструкция току крови позади синусоидов => ухудшение кровоснабжения гепатоцитов => нарушается синтетическая ф-ция печени => печеночная нед-ть. **Клиника.** У данного реб-ка внутрипеченочная портальная гипертензия, т.е. симптомы повышения давления в системе воротной вены наслаиваются на клинику цирроза печени (слабость, утомляемость, боли в животе, чувство тяжести в эпигастральной обл-ти, диспепсические явл-ся, повышенная кровоточивость). **Диагностика.** 1) УЗИ бр. полости; 2) допплерография висцеральных вен (значительное снижение скорости кровотока в висцеральных венах); 3) ФЭГДС (варикозно-расширенные вены пищевода и кардиального отдела жел-ка, признаки гипертензионной гастропатии); 4) висцеральная ангиография; 5) пункционная биопсия печени для определения стадии цирроза. **Лечение.** 1) Седативная терапия; 2) введение назогастрального зонда для аспирации желудочного содержимого; 3) инфузионная терапия кристаллоидным р-рами и пр-тами крови в объеме 50% необходимой суточной потребности; 4) эндоскопическая склеротерапия или эндоскопическое лигирование вен пищевода и кардии; 5) оперативное выполнение портосистемных анастомозов; 6) детям с внепеченочной портальной гипертензией – мезопортальное шунтирование; 7) при терминальных стадиях цирроза – трансплантация печени.

Задача № 4

Ребенок 7 лет поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине живота,тошноту. Лейкоцитоз 5700. Подобные боли бывали и раньше. В процессе обследования диагноз острого аппендицита был исключен.

Ваш дальнейший план обследования этого ребенка.

ОТВЕТ: Синдром боли в животе. Показано обследование: УЗИ внутренних органов и почек, анализ крови, мочи.

Задача № 5

Вы врач неотложной помощи, вызваны к ребенку 8-и лет,состояние которого внезапно ухудшилось, появилась рвота “кофейной гущей”. Живот мягкий безболезненный, пальпируется увеличенная селезенка.

Ваш предварительный диагноз и тактика лечения.

ОТВЕТ: Портальная гипертензия. Показано УЗИ внутренних органов, контроль показателей гемодинамики. Консервативная гемостатическая терапия. См №3.

Задача № 6

Мальчик 2 лет доставлен в приемное отделение детской больницы через сутки от начала заболеваниятс подозрением на острый аппендицит. Заболел остро с повышения температуры до 38,6, насморка, кашля. Выражена одышка. Дыхание жесткое, прослушиваются единичные влажные хрипы. Язык влажный. Пульс 106 в мин. Ребенок сопротивляется осмотру, плачет, напрягает живот.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования, диф. диагноз, тактика лечения.

ОТВЕТ: Подозрение на острый аппендицит, правостороннюю пневмонию. Показана экстренная госпитализауия и обследование.

Особенности аппендицита у детей раннего возраста: из-за функциональной незрелости НС почти все острые воспалительные заб-я имеют сходную клиническую картину (высокая t, многократная рвота, диспепсические явл-ся); воспалительные процесс в червеобразном отростке у детей протекает очень бурно; мех-мы отграничения воспалительного процесса выражены слабо. В клинике преобладают вялость, капризное поведение, нарушение сна, повышение t (м.б. 38-39 град.С), рвота (многократная), боль локализуется вокруг пупка. **Диагностика.** С реб-ком нужно беседовать, расположить к себе, найти контакт. Широкое распространение получил осмотр во время сна (медикаментозный сон создается путем ректального введения 3% р-ра хлоралгидрата – до года 10-15 мл, 1-2 года 15-20 мл, 2-3 года 20-25 мл) – при этом будет сохраняться пассивное мышечное напряжение брюшной стенки, локальная болезненность, симптом Щ-Б проверяется в конце осмотра. Также применяют пальцевое ректальное исследование т.к. оно позволяет отдифференцировать др. заб-я (копростаз, инвагинация, кишечная инф-ция и др.). При трудностях диагностики используют лапароскопическое исследование. **Дифф. диагностика:** 1) ОРВИ (одутловатое лицо, сонливость, отсутствие интереса к окружающему, ринит, гиперемия и разрыхленность слизистой оболочки зева, т.е. на первый план выходят явления интоксикации); 2) копростаз (общее состояние удовлетворительное, задержка стула, боли в животе, t N, лейкоциты N, при пальпации вздутие живота – болезненность сильнее в левых отделах, после клизмы живот мягкий, б/б); 3) отит (дети беспокойны, особенно ночью, вздрагивают, крутят головой, при надавливании на козелок уха усиление плача и беспокойства); 4) инвагинация киш-ка (более яркая картина, схваткообразные боли, кровянистые выделения из толстой кишки); 5) пневмония (одышка, раздувание крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, ослабление дых-я на пораженной стороне, м.б. влажные хрипы) – нужно делать рентген для диагностики.

Задача № 7

Девочка 3 лет заболела остро, появилась боль в нижних отделах живота, температура 39,4, двукратная рвота. Общее состояние быстро ухудшается. Ребенок вял, отказывается от еды, язык сухой. При осмотре живот напряжен и болезненен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Гиперемия зева и слизистых, мацерация и выделения из влагалища.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

ОТВЕТ: Криптогенный перитонит. Экстенная операция после кратковременной подготовки.

Классификация: 1) по этиологии: а) асептический; б) инфекционный; 2) по путям заноса: а) перфоративный; б) септический (контактный, гематогенный); в) криптогенный; 3) по степени распространенности: а) общий; б) местный. *Первичный пельвиоперитонит* («диптококковый», «пневмококковый», «криптогенный») – у девочек возникает в возрасте от 3 до 7 лет. Инфекция проникает в брюшную полость через влагалище с развитием эндосальпингита. В этом возрасте еще нет во влагалище палочек Дедерляйна (появл-ся в более старшем возрасте), которые создают кислую среду, тем самым препятствуя развитию патогенной микрофлоры. **Клиника.** Различают 2 формы: 1) токсическую, 2) локальную. При токсической – острое бурное начало, сильная боль в животе, обычно в нижних отделах, повышение t до 38-39 град.С, м.б. многократная рвота, жидкий стул, реб-к беспокоен, стонет, кожные покровы бледные, язык сухой, обложен. При осмотре живота все признаки перитонита: резкая болезненность и четкая ригидность во всех отделах передней брюшной стенки, но немного больше ниже пупка и справа, «+» симптом Щ-Б. Во многих случаях удается обнаружить явления вульвовагинита со

слизисто-гнойными выделениями из влагалища. **Диагностика:** 1) анамнез; 2) осмотр; 3) ОАК (лейкоцитоз до $20x10^9$/л и выше); 4) лапароскопия. **Лечение.** Диагностическая лапароскопия становится лечебной – выполняют аспирацию гноя, вводят антисептики, потом а/б (пенициллины, цефалоспорины 5-7 дн.)

Задача № 8

Вы врач педиатр, вызваны к ребенку 3-х месяцев в связи с жалобами на вялость, слабость, плохой аппетит, частые срыгивания, отсутствие стула в течение 3 дней. В анамнезе: самостоятельного стула нет с рождения, только после клизмы. В последнее время стул получали с трудом. Живот увеличился в размерах.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ОТВЕТ: Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана экстренная госпитализация, проведение инфузионной терапии, сифонных клизм, обследование – ирригография с бариевой взвесью, при подтверждении диагноза показано оперативное лечение.

Болезнь Гиршпрунга – это порок развития дистальных отделов толстой кишки, обусловленный денервацией всех элементов, включая кишечную стенку и сосуды, вследствие полного отсутствия или дефицита интрамуральных нервных ганглиев. **Классификация** (по А.И. Ленюшкину, 1987 г): **1)** анатомические формы: а) ректальная; б) ректо-сигмавидная; в) сегментарная; г) субтотальная; д) тотальная; **2)** клинические стадии: а) компенсированная; б) субкомпенсированная; в) декомпенсированная. **Патогенез.** Миграция нервных клеток из нервного гребня начинается от пищевода ко всей тонкой кишке на 7 нед эмбриогенеза, к восходящей и поперечной ободочной кишкам – на 8 нед, к оставшейся части толстой кишки на 12 нед. Вследствие нарушения формирования нервных стр-р на 7 нед => аганглиоз всей толстой кишки. Наибольшее значение имеет изменение в гистологической стр-ре интрамурального нервного аппарата. **Клиника.** Хр. запор, который м.б. купирован с помощью очистительной клизмы. Если большой сегмент кишки лишен ганглиев, то клиника м.б. в виде обтурационной механической КН. Другой постоянный симптом б-ни – метеоризм. Из-за расширения сигмовидной, а затем и вышележащих отделов оболочной кишки, увеличиваются размеры живота, грудная клетка приобретает бочкообразную форму; при более длительном течении брюшная стенка истончается, становится дряблой («лягушачий живот»). Отмечается видимая на глаз перистальтика. При пальпации живота можно обнаружить слегка тестоватую «опухоль», которая обладает «симптомом глины» - от надавливания остаются вдавления. Впоследствии развивается анемия, гипотрофия, хр. каловая интоксикация, нарушение белкового обмена, ф-ции печени, отставание в физическом развитии. **Диагностика. 1)** Анамнез, **2)** клиника, **3)** объективное обследование; **4)** рентген (на обзорной рентгенограмме раздутые петли толстой кишки, высокое стояние купола диафрагмы, при введении сульфата бария в прямую кишку через газоотводную трубку (ирригография) – суженная зона по ходу толстой кишки и супрастенотическое расширение вышележащих ее отделов, в которых м.б. отсутствие гаустр и сглаженность контуров. Обязательно делать 4 рентгенограммы – в прямой, боковой проекциях, и 2 – после опорожнения к-ки (для выявления протяженности суженной зоны), также делают отсроченный снимок – на нем наюлюдают задержку опорожнения к-ка (этот признак – основной для диагностики б-ни у новорожденных и грудных детей, т.к. у них еще не выражена разница в диаметре суженной и расширенной частей). **5)** Урологическое исследование (т.к. при этой б-ни есть сопутствующие пороки развития МВС). **6)** ректальная биопсия стенки толстой к-ки. **7)** ректальная манометрия. **8)** ректальная электромиография прямой к-ки. **9)** гистохимическое исследование кусочков слизистой оболочки и подслизистого слоя прямой к-ки. **Дифф. диагностика:** аноректальные пороки; вторичный мегаколон (на фоне рубцового,

врожденного или приобретенного, сужение прямой к-ки); привычный запор (из-за трещин заднепроходного отверстия, геморроя и т.д.); мекониевый илеус при муковисцедозе. **Лечение** – только хирургическое – брюшно-промежностная резекция суженной зоны с частью расширенной толстой кишки. Оптимально эту операцию проводить в 2-3 года. До операции – консервативное лечение, направленное на регуляцию опорожнения киш-ка (послабляющая диета, массаж живота, упражнения по укреплению м-ц брюшного пресса, различные виды клизм, внутрь растительное масло). Диспансерное наблюдение: после перенесенной радикальной операции в течении 1-1,5 лет. В период реабилитации – электростимуляция прямой кишки, регулярно очистительные клизмы в одно и тоже время суток, прием неостигмина метилсульфата, тренировка анального сфинктера, лечебная гимнастика.

Задача № 9

Вы врач неотложной помощи вызваны к ребенку 14 дней в связи с отсутствием стула в течение последних двух суток. Появилось вздутие живота. Ребенок плохо ест, срыгивает. Родители не смогли выполнить очистительную клизму, так как не нашли анального отверстия. При осмотре девочки наружные половые органы сформированы правильно. Промежность испачкана каловыми массами.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

ОТВЕТ: Атрезия ануса, ректовестибулярный свищ. Показано УЗИ внутренних огранов, почек, ирригография через свищ. Показана операция в плановом порядке.

Атрезия ануса м.б.: 1) низкими (когда слепой конец кишки асполагается на глубине до 2 см от кожи); 2) средними и 3) высокими – когда слепой конец расположен на большей глубине. Атрезия ануса со свищом в половую систему хар-ся выделением мекония, а потом и кала через половую щель с первых дней жизни. При ректовестибулярных свищах атрезия обычно относится к категории низких. **Диагностика**: 1) инвертограмма по Вангенстину (для определения высоты атрезии) – на облать проекции заднепроходного отверстия наклеивают рентгеноконтрастный предмет, после чего выполняют обзорный снимок в боковой проекции в положении реб-ка вниз головой. По расстоянию между газовым пузырем в атрезированной кишке и меткой на промежности судят о высоте атрезии. 2) УЗИ промежности; 3) электромиография; 4) УЗИ почек, сердца, проверка проходимости пищевода, желудка, т.к. м.б. сочетанные пороки. **Лечение.** Хирургическое – экстренно – все виды полных атрезий, свищевые формы (ректовагинальная, ректопромежностная, ректоуретральная, ректовезикулярная); в возрасте от 1-3 мес до 1-3 лет – коррекция пороков со свищами в половую систему и на промежность, не вызывающих симптомов кишечной непроходимости. При низких формах атрезии – одномоментная промежностная проктопластика. После операции реабилитация – начиная с 10-14 дня профилактическое бужирование бужами Гегара, постепенно увеличивая их размеры в течение 2-2,5 мес. Сначала бужируют в стационаре, а потом родители дома сами под еженедельным диспансерном контроле. Также необходима медико-генетическая консультация.

Задача № 10

Вы врач неотложной помощи, вызваны к ребенку 7 лет по-поводу сильных приступообразных болей в животе, повторной рвоты с примесью желчи. Стула не было 2 суток. В анамнезе в возрасте 3-х лет - аппендэктомия.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

ОТВЕТ: Подозрение на спаечную кишечную непроходимость. Обследование ЖКТ с бариевой взвесью, при подтверждении диагноза – операция.

СКН бывает: 1) ранняя (первые 3-4 нед после операции), 2) поздняя (через месяцы и годы после операции). **Этиология и патогенез.** 1) Инфицирование брюшной полости микрофлорой, устойчивой к действию а/б => длительный воспалительный процесс =>

образование спаек. 2) Особенность реактивности орг-ма; 3) интраоперационная травма кишечника и нарушение целостности париетальной брюшины на большом протяжении при широкой лапаротомии. **Клиника.** При ранней - неясно выражена, т.к. тяжелое общее состояние: приступообразная боль, многократная рвота, явления эксикоза и токсикоза, живот болезненный при пальпации, признаки перитонита, самостоятельного стула нет. Клиника позднего – см задачу. **Диагностика:** 1) анамнез; 2) осмотр; 3) рентген; 4) эхографическое исследование; 5) лапароскопия. **Лечение.** Экстренная операция. Сначала опорожнение жел-ка, ганглионарная блокада, в/в стимуляция кишечника 10% р-ром натрия хлорида (по 2 мл на год жизни), 0,05% р-ром неостигмина метилсульфата (по 0,1 мл на год жизни); сифонная клизма через 30-40 мин после стимуляции.

Задача № 11

В соматическом отделении находится ребенок 2 лет с двусторонней пневмонией. Несмотря на проводимое лечение у ребенка нарастает вздутие живота, рвота с примесью желчи, одышка. Стула не было 1,5 суток. При осмотре живот вздут, мягкий. Перистальтика кишечника вялая.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

ОТВЕТ: Динамическая паретическая кишечная непроходимость. Исследование электролитного состава крови. Проведение инфузионной терапии, стимуляции кишечника.

Динамическая КН – одна из самых частых форм в детском возрасте. Бывает: 1) паралетическая (преобладает); 2) спастическая. ДКН у старших детей чаще развивается в послеоперационном периоде, а явления паралетической ДКН поддерживает гипокалиемия, обусловленная потерей солей и жидкости с рвотными массами, а также недостаточное поступление в орг-ме калия при парентеральном питании. **Диагностика:** 1) анамнез; 2) осмотр; 3) рентген (множественные чаши Клойбера, небольшого диаметра, равномерное расширение). **Лечение.** 1) прямая стимуляция сократительной активности мускулатуры ЖКТ (очистительные, сифонные, гипертонические клизмы, в/в капельно растворы калия и натрия хлорида под контролем ЭКГ); 2) блокада дуги рефлексов, определяющих торможение двигательной активности кишечника (неостигмина метилсульфат, паранефральная новокаиновая блокада); 3) разгрузка ЖКТ (постоянный желудочный зонд, интубация кишечника).

Задача № 12

Вы участковый педиатр осматриваете ребенка 6 лет с жалобами на склонность к запорам в течение последнего года и выделения алой крови в конце акта дефекации в последние два дня.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

ОТВЕТ: Полип прямой кишки. Показана колоноскопия, при подтверждении диагноза показана операция – удаление полипа.

Доброкачественные одиночные полипы – самый частый вид новообразований прямой кишки у детей, возникающие в основном в возрасте от 3 до 6 лет. **Клиника.** После дефекации выделяется алая кровь, т.к. каловые массы травматизируют слизистую оболочку полипа, богатую кровеносными сосудами; после дефекации м.б. «выпадение прямой кишки» - это пролабирующий полип, который расположен близко к заднему проходу или имеет длинную ножку, м.б. ущемление выпавшего полипа => боль. **Диагностика:** 1) осмотр обл-ти заднего прохода для исключения трещин и геморроя; 2) пальцевое ректальное исследование (сначала делают очистительную клизму) – пальпируются полипы, располагающиеся не далее 6-8 см от заднего прохода. 3) ректороманоскопия (для диагностики высоких полипов); 4) ирригография (рентгеноконтрастное исследование толстой кишки); 5) фиброколоноскопия. **Лечение.** Удаление полипа с применением ректальных зеркал или

ректоскопа. Ножку полипа прошивают или применяют электрокоагуляцию; если множественные – фиброколоноскоп; при тотальном полипозе – субтотальная или тотальная колэктомия.

Примерные разноуровневые тестовые задания

по дисциплине ____Неотложная хирургия_____

1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА
2. ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ФОРМЫ РАКА КИШЕЧНИКА
А) анемия
Б) кишечная непроходимость
В) повышение температуры тела
Г) тупые, ноющие боли
3. ЖИВОТ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА
А) не изменен
Б) доскообразный
В) асимметричен, вздут
Г) втянут
4. КАКОВ ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ?
5. КОГДА НАБЛЮДАЕТСЯ СИМПТОМ СИТКОВСКОГО?
6.ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) острой кинжальной болью в животе
Б) схваткообразными болями в животе
В) ноющими болями в животе
Г) частым жидким стулом
7. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ
А) Ортнера
Б) Мерфи
В) Щѐткина-Блюмберга
Г) Пастернацкого
8. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ_____.
9. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЕСТРУКЦИИ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ультразвуковое исследование
Б) лапароцентез
В) обзорная рентгенография брюшной
полости
Г) ирригоскопия
10. ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ МНОГОКРАТНЫХ ПРИСТУПОВ РВОТЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) синдрома мальабсорбции
Б) синдрома Меллори-Вейса
В) интоксикационного синдрома
Г) паранеопластического синдрома
11. ЗАЩИТНОЕ МЫШЕЧНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) почечной колики
Б) эзофагита
В) перитонита
Г) гастрита
12. КАК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ?
13. ШУМ ПЛЕСКА (СИМПТОМ СКЛЯРОВА) ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

А) кишечной непроходимости
Б) аппендиците
В) гастрите
Г) язвенной болезни желудка
14. СИМПТОМ МЕЙО-РОБСОНА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
А) желудка
Б) поджелудочной железы
В) желчного пузыря
Г) лѐгких
15. СИМПТОМ КОХЕРА ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ С БОЛЕЙ В
А) правой подвздошной области
Б) левом подреберье
В) эпигастральной области
Г) правом подреберье
16. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ РЕБРОМ ЛАДОНИ ПО РЕБЕРНОЙ ДУГЕ НАД ПЕЧЕНЬЮ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИМПТОМА_____.
17. СИМПТОМ ГЕОРГИЕВСКОГОМЮССИ (ФРЕНИКУС-СИМПТОМ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ БОЛИ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ
А) выше грудинно-ключичного
сочленения
Б) в паховой области
В) в эпигастральной области
Г) над лоном
18. ПРИ СИМПТОМЕ ЩЁТКИНАБЛЮМБЕРГА БОЛЬ
А) усиливается при надавливании на
переднюю брюшную стенку
Б) усиливается в момент отнятия руки от
брюшной стенки при пальпации
В) постоянно одинаково выражена
Г) усиливается при пальпации пациента в
положении стоя
19. ДЛЯ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ
А) исчезновение печеночной тупости
Б) опоясывающая боль
А) ранее вправимое грыжевое
выпячивание не вправляется, резко
болезненно
Г) грыжевое выпячивание свободно
вправляется
20. КАКОВ ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА?
21. К МЕТОДУ ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ОТНОСИТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ
А) амилазы
Б) общего белка
В) мочевины
Г) гематокрита
22. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) рвота
Б) симптом раздражения брюшины

В) неотхождение газов и кала
Г) болезненность живота при пальпации
23. ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ЛЕЖА НА
А) левом боку
Б) спине
В) правом боку
Г) животе
24. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНОРАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ
А) ультразвукового исследования
Б) обзорной рентгеноскопии
В) компьютерной томографии
Г) фиброгастродуоденоскопии
25.КАКОГО РОДА СТУЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ МЕЛЕНА ?
26. СИМПТОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙСЯ В ТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПЕРИТОНИТА
А) острая боль в животе
Б) признаки развивающегося пареза
кишечника
В) боль в правой подвздошной области
Г) нормальная температура тела
27. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ
А) Воскресенского
Б) Образцова
В) Щеткина-Блюмберга
Г) Кохера
28. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ
А) Щеткина-Блюмберга
Б) Ровзинга
В) Образцова
Г) Курвуазье
29. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ТОЛЬКО ДЛЯ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
А) рвота «кофейной гущей»,
дегтеобразный стул
Б) тахикардия, гипотензия
В) головная боль, головокружение
Г) бледность, слабость
30. ПЕРФОРАЦИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ
А) боль в животе опоясывающего характера, тошнота, рвота желудочным содержимым
Б) внезапно возникшая сильная боль в эпигастральной области, напряжение мышц брюшной стенки
В) схваткообразная боль в животе, тошнота, рвота желудочным содержимым
Г) умеренно выраженная боль в верхних отделах живота, рвота «кофейной гущей»
31. АБСОЛЮТНЫМ ДОКАЗАТЕЛЬСТВОМ НАЛИЧИЯ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЖИВОТА ЯВЛЯЕТСЯ_____.
32. ПРЕОБЛАДАЮЩИМИ СИМПТОМАМИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) напряжение мышц передней брюшной стенки, тошнота

Б) рвота, повышение температуры тела
В) вздутие живота, тошнота
Г) бледность кожи, снижение АД, тахикардия, болезненность по всему животу
33. МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ_____.
34. СЕРПОВИДНАЯ ПРОСЛОЙКА ГАЗА ПОД ДИАФРАГМОЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) опухоли желудка
Б) перфоративной язвы желудка
В) острого аппендицита
Г) острого панкреатита
35. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРИТОНИТА_____.
36. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
А) бледность, общая слабость
Б) тахикардия, гипотензия
В) головокружение, боли в эпигастральной области
Г) рвота кровью, сгустками, коричневой массой по типу кофейной гущи
37. СИМПТОМОМ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) Щеткина-Блюмберга
Б) Ситковского
В) Образцова
Г) Мейо-Робсона
38.ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
А) наличие грыжевого выпячивания, боль, положительная передача кашлевого толчка
Б) напряжение и болезненность грыжевого выпячивания, невправимость грыжи, резкая боль, отсутствие передачи кашлевого толчка
В) невправимость грыжевого выпячивания, отсутствие боли
Г) появление грыжевого выпячивания при кашле, возможность вправления
39. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ_____.
40. ПРИ ОСМОТРЕ И ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ_____.
41. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА И ПОДОЗРЕНИИ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ
А) срочную госпитализацию в хирургический стационар на фоне поддерживающей инфузионной терапии, обезболивание короткодействующими анальгетиками (фентанил) при сильном болевом синдроме
Б) госпитализацию в хирургический стационар после проведения массивной инфузионной терапии
В) срочную госпитализацию в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
Г) начало инфузионной терапии, вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи
42. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИФФУЗНОМ ПЕРИТОНИТЕ С ВЫРАЖЕННЫМ ИНТОКСИКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ
А) обезболивание, госпитализацию в хирургический стационар
Б) госпитализацию в хирургический стационар на фоне проведения инфузионной терапии кристаллоидами

В) антибиотики, госпитализацию в хирургический стационар
Г) госпитализацию в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
43. ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ
А) обезболивание, противорвотные и слабительные препараты, передать «актив» в поликлинику
Б) сифонную клизму, при отсутствии эффекта - госпитализацию в хирургический стационар
В) госпитализацию в хирургический стационар на фоне проведения инфузионной терапии кристаллоидами
Г) госпитализацию в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
44. ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ВКЛЮЧАЕТ_____.
45. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ВКЛЮЧАЕТ
А) ЭКГ, холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургический стационар на фоне инфузионной терапии кристаллоидами при интоксикации или гиповолемии
Б) обезболивание, спазмолитики, госпитализация в хирургический стационар
В) госпитализация в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
Г) исключение приема пищи и жидкости, спазмолитики, передать «актив» в поликлинику
46. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ СИМПТОМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И НАЛИЧИИ РУБЦА ОТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ_____.
47. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ
А) спазмолитики, попытку вправить грыжу, при невправимости – госпитализацию в хирургический стационар
Б) спазмолитики, обезболивание, госпитализацию в хирургический стационар
В) госпитализацию в хирургический стационар без введения спазмолитиков, обезболивания и попыток вправить грыжу
Г) обезболивание, холод на живот, передать "актив" в поликлинику
48. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ЖИВОТА И ВЫПАДЕНИИ ПЕТЕЛЬ КИШЕЧНИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ
А) вправление петли кишечника в брюшную полость, асептическую повязку, госпитализацию в хирургический
стационар
Б) срочную госпитализацию в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
В) введение антибиотиков, наложение асептической повязки с охлаждением, госпитализацию в хирургический
стационар
Г) обезболивание, наложение асептической повязки пропитанной физиологическим раствором на выпавшие петли и слабую их
фиксацию к туловищу бинтом, без вправления петель кишечника в брюшную полость, инфузионную терапию,
госпитализацию в хирургический стационар
49. ПОДОЗРЕНИЕ НА ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ

ДЛЯ_____.
50. СИМПТОМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА
А) «падающей капли»
Б) Пастернацкого
В) Ортнера
Г) Ситковского
51. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
А) анемия
Б) эозинофилия
В) тромбоцитопения
Г) лейкоцитоз
52. НАЛИЧИЕ ПЕРИТОНИТА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ СИМПТОМОМ_____.
53. В СЛУЧАЕ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ
А) не изменяется
Б) исчезает
В) увеличивается
Г) исчезает и появляется в стадии перитонита
54. ДЛЯ ПРИСТУПА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ
А) Бартомье-Михельсона
Б) Ситковского
В) Ражба-Ортнера
Г) Мейо-Робсона
55. ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНОЙ _____ БОЛЬ
56. ОБ УСПЕШНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
А) окрашивание кала в коричневый цвет
Б) нормализация показателей гемодинамики
В) наличие акроцианоза
Г) окрашивание мочи в соломенно-желтый цвет

Формируемые компетенции (коды)	Номер тестового задания
УК-8	1-12,25-38
ПК-11	13-24,39-56

5. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания компетенции

5.1. Критерии оценки зачета:

- оценка «**зачтено**» выставляется если обучающийся демонстрирует полное знание вопроса, имеет навыки, формируемые в процессе обучения, а также демонстрирует владение приемами формируемые в процессе освоения компетенции.

- оценка «**не зачтено**» выставляется, если обучающийся не демонстрирует полное

знание вопроса, не имеет навыки, формируемые в процессе обучения, а также не демонстрирует владение приемами формируемые в процессе освоения компетенции.

5.2. Критерии оценки контрольной работы :

«Отлично» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями на анатомических препаратах, с правильным и свободным владением анатомической терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

«Хорошо» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях на анатомических препаратах, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

«Удовлетворительно» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрациях на анатомических препаратах, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

«Неудовлетворительно» – ответ на вопрос задачи дан не правильный. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций на анатомических препаратах или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

5.3. Критерии оценки ответов на коллоквиуме:

- оценка **«отлично»** обучающийся показывает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии;

- оценка **«хорошо»** обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для отметки «5», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении излагаемого;

- оценка **«удовлетворительно»** обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;

- оценка **«неудовлетворительно»** обучающийся обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал

5.4.Критерии оценки реферата:

-оценка «**отлично**» выставляется студенту, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена рассматриваемая проблема и изложен современный взгляд на проблему (новые методы диагностики и лечения), сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы;

- оценка **«хорошо**» основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; не в полной мере изложен современный взгляд на проблему (новые методы диагностики и

лечения); не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы;

- оценка «**удовлетворительно**» имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод;

- оценка «**неудовлетворительно**» тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

5.5. Критерии оценки ответов на тесты:-

- оценка «**отлично**» выставляется - если правильно ответил на 90% вопросов теста;
- оценка «**хорошо**» - если правильно ответил на 80-90% вопросов теста;
- оценка «**удовлетворительно**» - если правильно ответил на 70-80% вопросов теста;
- оценка «**неудовлетворительно**» -если правильно ответил на менее 69% вопросов теста.

5.6.Критерии оценки ситуационных задач

Оценка знаний и умений обучающихся производится по пятибалльной системе.

Ставится отметка:

«2» (неудовлетворительно) – за 0-59 % правильно выполненных заданий;

«3» (удовлетворительно) - за 60%-69 % правильно выполненных заданий;

«4» (хорошо) - за 70 – 85 % правильно выполненных заданий;

«5» (отлично) - за 86 – 100 % выполненных заданий.

Приложение 5.

Аннотация дисциплины

Дисциплина (Модуль)	Неотложная хирургия
Реализуемые компетенции	УК-8 .Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов ПК-11 готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Индикаторы достижения компетенций	УК-8-1. -Анализирует факторы вредного влияния на жизнедеятельность элементов среды обитания (технических средств, технологических процессов, материалов, зданий и сооружений, природных и социальных явлений) УК-8-2. Идентифицирует опасные и вредные факторы в рамках осуществляемой деятельности УК-8-3. Решает проблемы, связанные с нарушениями техники безопасности и участвует в мероприятиях по предотвращению чрезвычайных ситуаций на рабочем месте УК-8. -4 Соблюдает и разъясняет правила поведения при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного происхождения, оказывает первую помощь, участвует в восстановительных мероприятиях ПК-11-1. Выявляет состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания ПК-11-2. Оценивает состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме ПК-11-3. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме
Трудоемкость, з.е./час	72/2
Формы отчетности (в т.ч. по семестрам)	5 семестр-зачет