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
«23» 05 20 22 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

Гнойная хирургия, хирургическая инфекция, сепсис

Уровень образовательной программы ординатура

Специальность 31.08.67 Хирургия

Квалификация Врач – хирург

Нормативный срок обучения 2 года

Формы обучения очная

Институт Медицинский

Кафедра разработчик РПД Госпитальная хирургия с курсом анестезиологии и реаниматологии

Выпускающая кафедра Госпитальная хирургия с курсом анестезиологии и реаниматологии

Начальник
учебно-методического отдела _____ Семенова Л.У.

Директор Института _____ Узденов М.Б.

Заведующий выпускающей кафедрой _____ Темрезов М.Б.

Черкесск 2022 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цель и задачи освоения дисциплины 2
2. Планируемые результаты обучения по дисциплине 2
3. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО программы ординатуры 5
4. Структура и содержание дисциплины 6
4.1. Объем дисциплины и виды учебной работы 6
4.2. Содержание и структура дисциплины 6
5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине 10
5.1. Методические указания для подготовки обучающихся к лекционным занятиям 10
5.3. Методические указания для подготовки обучающихся к практическим (семинарским) занятиям 11
5.4. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся 12
6. Образовательные технологии 15
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля) 16
7.1 Список основной и дополнительной литературы 16
7.2 Интернет-ресурсы, справочные системы 16
7.3 Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение 16
8. Материально-техническое и программное 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 18
10. Оценка качества освоения программы 18

Приложение 1. Фонд оценочных средств
Приложение 2. Аннотация рабочей программы

1. Цель и задачи освоения дисциплины

Целью освоения дисциплины «Гнойная хирургия, хирургическая инфекция, сепсис» является формирование у обучающихся системы универсальных, профессиональных компетенций врача - хирурга, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях, первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи. я научно-теоретических знаний и практико-прикладных навыков, связанных с принятием экономико-управленческих решений в сфере производственно-хозяйственной деятельности отечественных и зарубежных предприятий, отраслей и промышленно-индустриальных комплексов, функционирующих в условиях рыночно - институциональных отношений.

Задачи дисциплины:

формирование знаний, умений и практических навыков, необходимых для:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача торакального хирурга, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача хирурга, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в гнойной хирургии.
4. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
5. Подготовить врача-хирурга, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по гнойной хирургии и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

В ординатуру принимаются врачи, имеющие высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело» в соответствии с требованиями Приказа МЗ и СР РФ от 07.07.2009 г. N 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения». Обучение ведется с отрывом от основного места работы. Продолжительность обучения 2 года.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Изучение дисциплины «Гнойная хирургия, хирургическая инфекция, сепсис» направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Оценочные средства: тестовые задания, ситуационные клинические задачи, реферат, практические навыки, протокол курации амбулаторного пациента, итоговое собеседование. В данной таблице и во всех остальных таблицах рабочей программы оценочные средства должны соответствовать оценочным средствам, указанным в Фонде оценочных средств в разделе 3 и разделе 4.

Код компетенции	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине	Оценочные средства
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: З- Диалектическое взаимодействие процессов приспособления и повреждения в органах, системах и организме в целом **Шифр: З(УК-1)-3.**	комплект ситуационных клинических задач, комплект ситуационных задач, комплект контрольных вопросов к практическим занятиям
		Уметь: У – Анализировать этиологию, механизмы развития и принципы диагностики патологических процессов **Шифр: У(УК-1)-3.**	
		Знать: З- Диалектическое взаимодействие процессов приспособления и повреждения в органах, системах и организме в целом **Шифр: З(УК-1)-3.**	
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Знать: З- принципы осуществления диспансерного наблюдения за пациентами **Шифр: З(ПК-2)-3.** Уметь: У - особенности сбора анамнеза и осмотра при различных хирургических заболеваниях нервной системы; назначать необходимые диагностические процедуры при диспансеризации больных, выявлять группы риска; организовать профилактические мероприятия, направленные на укрепление здоровья населения **Шифр: У(ПК-2)-3.** Владеть: В-план и программы реабилитационных мероприятий; методами анализа основных показателей здоровья населения по данным заболеваемости, инвалидности, показателям физического развития, состояния, навыками организации и проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения **Шифр: В(ПК-2)-3.**	перечень практических навыков, протокол курации амбулаторного пациента, комплект практических заданий
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических	Знать: З1- Диагностические критерии и основные симптомы гипоксических состояний, нарушений регионального кровообращения, иммунной патологии, этиологию заболеваний в гнойной хирургии, знать антибактериаль-	перечень практических навыков, протокол курации амбулаторного пациента, комплект практических заданий, комплект си-

Код компетенции	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине	Оценочные средства
	форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	ную терапию **Шифр: З(ПК-5)-3.** Уметь: У1 - выполнять основные оперативные доступы, манипулировать на сосудах, бронхах, анатомических образованиях средостения, выполнять антибактериальную терапию **Шифр: У(ПК-5)-3.** Владеть: - методами подготовки больных к оперативным вмешательствам в гнойной хирургии и принципами послеоперационного ведения таких больных **Шифр: В(ПК-5)-3**	туационных задач
ПК-6	Готовность в ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	Знать: З - санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения; -знание и соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии; -основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; **Шифр: З(ПК-6)-3** Уметь: У-сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств; - обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; **Шифр: У(ПК-6)-3** Владеть: современными методами лечения; - принципами выработки адекватного индивидуального плана лечения больного (радикального, паллиативного, симптоматического) или рекомендовать соответствующее лечебное учреждение **Шифр: В(ПК-6)-3**	перечень практических навыков, протокол курации амбулаторного пациента, комплект практических заданий, комплект ситуационных задач
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных фак-	Знать: З -программу исследования общественного здоровья	перечень практических навыков, протокол курации ам-

Код компетенции	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине	Оценочные средства
	торов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	**Шифр: З(ПК-8)-3** Уметь: У-Дать оценку принципов и форм организации здравоохранения в обеспечении доступной и квалифицированной медицинской помощи **Шифр: У(ПК-8)-3** Владеть: методами подготовки больных к оперативным вмешательствам на органах грудной полости и принципами послеоперационного ведения таких больных **Шифр: В(ПК-8)-3**	булаторного пациента, комплект практических заданий, комплект ситуационных задач
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать: З- критерии (показатели) общественного здоровья и их определение, схему программу исследования общественного здоровья **Шифр: З(ПК-11)-3** Уметь: У -дать сравнительную характеристику систем здравоохранения в мире, оценивать проблемы здравоохранения в международном аспекте и деятельность Всемирной организации здравоохранения **Шифр: У(ПК-11)-3** Владеть: В- Навыками диагностики и коррекции нарушений деятельности функциональных систем организма **Шифр: В(ПК-11)-3**	перечень практических навыков, протокол курации амбулаторного пациента, комплект практических заданий, комплект ситуационных задач

3. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО программы ординатуры

Дисциплина «Гнойная хирургия, хирургическая инфекция, сепсис» изучается в 1 семестре и входит в базовую часть Блока 1 (Дисциплины).

Данная дисциплина опирается на содержание таких дисциплин как:

«Экстренная и неотложная хирургия в медицине» (3 семестр, вариативная часть дополнительных дисциплин);

Изучение дисциплины необходимо для совершенствования и практического закрепления знаний, умений и навыков, формируемых последующими дисциплинами и практиками:

«Производственная практика с использованием симуляционных технологий» (4 семестр, базовая часть).

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

№ п/п	Предшествующие дисциплины	Последующие дисциплины
1.	Дисциплины, изученные по программам специалитета	Б2.1 Производственная (клиническая) практика(стационар) 2,4 семестры, базовая часть)
2.		Б3.Г.1 «Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена» (4 семестр, базовая часть).

4. Структура и содержание дисциплины

4.1. Объем дисциплины и виды учебной работы

Вид учебных занятий и самостоятельная работа		**Объем дисциплины, час.**				
		Всего час, /з.ед.	**Семестр**			
			1	2	3	4
Аудиторная контактная работа обучающихся с преподавателем, в том числе:		108	108			
Лекции (Л)		4	4			
Практические занятия (ПЗ), Семинары (С)		54	54			
Лабораторные работы (ЛР)						
Самостоятельная работа обучающихся (СР) всего		50	50			
Самостоятельное изучение материала		13	13			
Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)		13	13			
Подготовка к текущему контролю (ПТК)		12	12			
В том числе: **контактная внеаудиторная работа**		12	12			
Промежуточная аттестация	Зачет/ экзамен **в том числе:**	зачет	зачет			
ИТОГО: Общая трудоемкость	**часов**	108	108			
	зач. ед.	3	3			

4.2. Содержание и структура дисциплины

4.2.1. Содержание учебной дисциплины

№ п/п	**Наименование тем (разделов)**	**Содержание тем (разделов)**	**Коды компетенций**	Формы контроля

Тема 1.	Абсцессы. Хирургический сепсис. Понятие , диагностика, методы лечения.	Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Методы исследования. Хирургическое лечение.	ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11 УК-1	практическое задание, ситуационные задачи, презентация
2.	Хирургическая инфекция органов брюшной полости. Методы диагностики и лечения.	Хирургическая инфекция органов брюшной полости. Семиотика заболевания. Этиология, патогенез заболевания, клиника. Клиническая картина. Дифф.диагностика. Методы диагностики. Хирургическое лечение.	ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11 УК-1	практическое задание, ситуационные задачи, презентация
3.	Воспалительные заболевания мягких тканей, костей и суставов.	Клиника, диагностика, лечение. Методы оперативного и хирургического вмешательства. Прогноз, профилактика	ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11 УК-1	практическое задание, ситуационные задачи, презентация

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

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела учебной дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу ординатора (в часах)					Формы текущей и промежуточной аттестации
			Л	ЛР	ПЗ	СРС	всего	
1.	1	Абсцессы. Хирургический сепсис. Понятие , диагностика, методы лечения.	2	-	18	16	36	тестовый контроль; устный опрос, прием практических навыков, решение практических заданий, ситуационных задач

2.	1	Хирургическая инфекция органов брюшной полости. Методы диагностики и лечения.	1		18	17	36	тестовый контроль; устный опрос, прием практических навыков, решение практических заданий, ситуационных задач
3.	1	Воспалительные заболевания мягких тканей, костей и суставов.	1		18	17	36	тестовый контроль; устный опрос, прием практических навыков, решение практических заданий, ситуационных задач
		ИТОГО:	4	-	54	50	108	Зачет

4.2.3. Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекции	Содержание лекции	Всего часов
1	3	4	5
Семестр 1			
1.	Тема 1. Абсцессы. Хирургический сепсис. Понятие , диагностика, методы лечения.	Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Методы исследования. Хирургическое лечение.	2
	Тема 2. Хирургическая инфекция органов брюшной полости. Методы диагностики и лечения.	Этиология заболевания прямой кишки, геморроя, анальной трещины, патогенез. Клиника, диагностика. Методы исследования. Хирургическое лечение.	1
	Тема 3. Воспалительные заболевания мягких тканей, костей и	Клиника, диагностика, лечение. Методы оперативного и хирургического вмешатель-	1

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекции	Содержание лекции	Всего часов
	суставов.	ства. Прогноз, профилактика	
ИТОГО часов в семестре:			**4**

4.2.4. Лабораторный практикум – учебным планом не предусмотрен

4.2.5. Практические занятия

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
1	3	4	5
Семестр 1			
1.	Тема 1. Абсцессы. Хирургический сепсис. Понятие , диагностика, методы лечения.	Изучить особенности диагностики и лечения больных с абсцессом. План занятия. При разборе 2-3 больных обратить внимание на: Этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину. Консервативная терапия. Тактика антибактериальной терапии. Хирургическое лечение: показания и противопоказания, виды оперативного вмешательства. Прогноз, профилактика. Медицинская и социальная реабилитация.	18
	Тема 2. Хирургическая инфекция органов брюшной полости. Методы диагностики и лечения.	Острые парапроктиты, заболевания прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение. Методы оперативного и хирургического вмешательства. Прогноз , профилактика	18
	Тема 3. Воспалительные заболевания мягких тканей, костей и суставов.	При разборе 2-3х больных обратить внимание на этиологию, патогенез заболеваний. Поставить диагноз. Тактика хирурга. Методы лечения. Прогноз. Профилактика	18
ИТОГО часов в семестре:			**54**

4.3. Самостоятельная работа ординатора

№ п/п	Наименование раздела (темы) учебной дисциплины	Виды СРС	Всего часов
1	3	4	5
Семестр 1			
1.	**Тема 1. Абсцессы, лечение брюшной полости.**	Самостоятельное изучение материала	12
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	13
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	13
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	12
2.	**2. Хирургическая инфекция органов брюшной полости. Методы диагностики и лечения.**	Самостоятельное изучение материала	12
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	13
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	13
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	12
3	**Тема 3. Воспалительные заболевания мягких тканей, костей и суставов.**	Самостоятельное изучение материала	12
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	13
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	13
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	12
ИТОГО часов в семестре:			50

5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

5.1. Методические указания для подготовки обучающихся к лекционным занятиям

Приступая к изучению дисциплины, обучающийся должен иметь общие представления об их объекте, предмете, методах, структуре, месте в системе наук и соотношении с другими науками.

Лекция - это форма и метод обучения, представляющий собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем-лектором учебного материала. Лекция является ведущим звеном учебного процесса, так как с нее начинается изучение дисциплины, ее тем. Только после лекции следуют другие, подчиненные ей формы обучения: семинары, практические занятия и т. д. Методологическое значение лекции состоит в том, что в ней раскрываются фундаментальные теоретические основы дисциплины и научные методы, с помощью которых анализируются экономические явления. Цель лекции - организация целенаправленной познавательной деятельности студентов по овладению программным материалом дисциплины. Задачи лекции - обеспечение формирования системы знаний по дисциплине. Лекционное занятие преследует пять основных дидактических целей: информационную - сообщение новых знаний; развивающую - систематизацию и

обобщение накопленных знаний; воспитывающую - формирование взглядов, убеждений, мировоззрения; стимулирующую - развитие познавательных и профессиональных интересов; координирующую с другими видами занятий.

В процессе подготовки к лекционным занятиям обучающемуся необходимо перед каждой лекцией просматривать рабочую программу дисциплины, методические разработки по дисциплине, что позволит сэкономить время на записывание темы лекции, ее основных вопросов, рекомендуемой литературы. Следует отметить непонятные термины и положения, подготовить вопросы лектору с целью уточнения правильности понимания. Необходимо приходить на лекцию подготовленным, что будет способствовать повышению эффективности лекционных занятий. Основным средством работы на лекционном занятии является конспектирование. Конспектирование – процесс мысленной переработки и письменной фиксации информации, в виде краткого изложения основного содержания, смысла какого-либо текста. В ходе лекции необходимо зафиксировать в конспекте основные положения темы лекции, категории, формулировки, узловые моменты, выводы, на которые обращается особое внимание. По существу конспект должен представлять собой обзор, содержащий основные мысли текста без подробностей и второстепенных деталей. Для дополнения прослушанного и зафиксированного на лекции материла необходимо оставить в рабочих конспектах поля, на которых впоследствии при подготовке к практическим занятиям можно делать пометки из рекомендованной по дисциплине литературы, дополняющие материал прослушанной лекции, а также подчеркивающие особую важность тех или иных теоретических положений.

5.2. Методические указания для подготовки обучающихся к лабораторным занятиям

Лабораторный практикум – учебным планом не предусмотрен.

5.3. Методические указания для подготовки обучающихся к практическим (семинарским) занятиям

Практическое занятие - это форма организации учебного процесса, предполагающая выполнение студентами по заданию и под руководством преподавателя одной или нескольких практических работ. Главной целью практических занятий является усвоение метода использования теории, приобретение профессиональных умений, а также практических умений, необходимых для изучения последующих дисциплин. Практические методы обучения охватывают весьма широкий диапазон различных видов деятельности обучаемых. Во время использования практических методов обучения применяются приемы: постановки задания, планирования его выполнения, оперативного стимулирования, регулирования и контроля, анализа итогов практической работы, выявления причин недостатков, корректирования обучения для полного достижения цели. Во время использования практических методов обучения применяются приемы: постановки задания, планирования его выполнения, оперативного стимулирования, регулирования и контроля, анализа итогов практической работы, выявления причин недостатков, корректирования обучения для полного достижения цели.

К практическим методам относятся письменные упражнения, где в ходе упражнения обучаемый применяет на практике полученные им знания.

К практическим методам относятся также упражнения, выполняемые обучаемыми со звукозаписывающей, звуковоспроизводящей аппаратурой, сюда же относятся компьютеры.

Желательно при подготовке к занятиям придерживаться следующих рекомендаций:

1. При изучении нормативной литературы, учебников, учебных пособий, конспектов лекций, интернет-ресурсов и других материалов необходима его собственная интерпретация. Не следует жёстко придерживаться терминологии лектора, а правильно уяснить сущность и передать её в наиболее удобной форме.
2. При изучении основной рекомендуемой литературы следует сопоставить учебный материал темы с конспектом, дать ему критическую оценку и сформулировать собственное умозаключение и научную позицию. При этом нет необходимости составлять дополнительный

конспект, достаточно в основном конспекте сделать пояснительные записи (желательно другим цветом).
3. Кроме рекомендуемой к изучению основной и дополнительной литературы, студенты должны регулярно (не реже одного раза в месяц) просматривать специальные журналы, а также интернет-ресурсы. Ряд вопросов учебного материала рассматриваются на практических занятиях в виде подготовленных студентами сообщений, с последующим оппонированием и обсуждением всей группой.
На практических занятиях студенты оперируют экономическими и социально-экономическими показателями, характеризующими деятельность хозяйствующих субъектов, учатся использовать их в планировании и управлении, получают практику формулировки задач принятия решений, обоснованного выбора математического метода их решения, учатся привлекать интерес аудитории к результатам своей работы.
Выбор тем практических занятий обосновывается методической взаимосвязью с программой курса и строится на узловых темах.

5.4. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся

Основная задача программы ординатуры заключается в формировании квалифицированного специалиста, способного к саморазвитию, самообразованию, инновационной деятельности. В этом плане следует признать, что самостоятельная работа обучающихся (СР) является не просто важной формой образовательного процесса, а должна стать его основой.
Усиление роли самостоятельной работы обучающихся означает принципиальный пересмотр организации учебно–воспитательного процесса в вузе, который должен строиться так, чтобы развивать умение учиться, формировать у обучающихся способности к саморазвитию, практическому применению полученных знаний, способам адаптации к профессиональной деятельности в современном мире.
Глубокое понимание изучаемой дисциплины во многом зависит от самостоятельной работы обучающихся, изучение основной и дополнительной литературы. Эффективность самостоятельной работы во многом зависит от того, насколько она является самостоятельной и каким образом преподаватель может ее контролировать. Когда обучающийся изучает рекомендуемую литературу эпизодически, он не получает глубоких знаний.
Целью самостоятельной работы обучающихся является:
– умение самостоятельно работать с начала с учебным материалом, затем с информацией, заложить основы самоорганизации и самовоспитания с тем, чтобы привить умение в дальнейшем непрерывно повышать свою квалификацию;
– закрепление, расширение и углубление знаний, умений и практических навыков, полученных ординаторами на аудиторных занятиях под руководством преподавателей;
– изучение ординаторами дополнительных материалов по изучаемым дисциплинам и умение выбирать необходимый материал из различных источников;
– воспитание у ординатора самостоятельности, организованности, самодисциплины, творческой активности, потребности развития познавательных способностей и упорства в достижении поставленных целей.
Формы самостоятельной работы ординаторов разнообразны. Они включают в себя:
– изучение и систематизацию официальных государственных документов – законов, постановлений, справочных материалов с использованием информационно – поисковых систем «Консультант – плюс», компьютерной сети «Интернет»;
– изучение учебной, научной и другой литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
– участие в работе практических и научных конференций.
Самостоятельная работа включает следующие виды деятельности:
– проработку лекционного материала;
изучение по учебникам программного материала, не изложенного на лекциях.

1.Методические указания по подготовке вопросов для самостоятельного изучения.

Подготовка вопросов для самостоятельного изучения включает: изучение необходимой литературы (обязательной, дополнительной литературы, специальных периодических изданий, интернет-ресурсов), подготовку конспекта ответа и разбор ситуационных задач, практических заданий, ответы на контрольные вопросы.

При подготовке вопросов важно:

– использовать достаточно широкий диапазон массива информации, провести обзор периодической литературы и специальных изданий, составить каталог Интернет-ресурсов;

– представить различные подходы, четко и полно определить рассматриваемые понятия, выявить взаимосвязи понятий и явлений, взаимозависимости и связи с другими вопросами;

– грамотно структурировать материал, ясно, четко и логично его излагать, приводить соответствующие примеры из практики, для иллюстрации положений, тезисов и выводов использовать таблицы, схемы, графики, диаграммы.

2.Методические указания по написанию реферата.

Доклад - вид самостоятельной учебно - исследовательской работы, где обучающийся раскрывает суть обозначенной темы, приводит различные точки зрения, а также высказывает собственные взгляды на проблему. Различают устный (сообщение) и письменный доклад (по содержанию близкий к реферату). Тема доклада должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия. Необходимо соблюдать регламент, оговоренный при получении задания. Работа обучающегося над докладом включает отработку навыков ораторства и умения организовать и проводить диспут. Обучающийся в ходе работы по презентации доклада, отрабатывает умение ориентироваться в материале и отвечать на дополнительные вопросы слушателей, самостоятельно обобщить материал и сделать выводы в заключении. Он обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем и в срок. Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название доклада;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;
- акцентирование оригинальности подхода.

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели. Требования к оформлению письменного доклада такие же, как и при написании реферата.

1. Титульный лист.
2. Оглавление (в нем последовательно указываются названия пунктов доклада, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт).
3. Введение (формулируется суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи доклада, дается характеристика используемой литературы).
4. Основная часть (каждый раздел ее доказательно раскрывает исследуемый вопрос).
5. Заключение (подводятся итоги или делается обобщенный вывод по теме доклада).
6. Список литературы.

3. Методические указания по решению ситуационных задач.

Составление и решение ситуационных задач (кейсов) – это вид самостоятельной работы студента по систематизации информации в рамках постановки или решения конкретных проблем. Решение ситуационных задач – чуть менее сложное действие, чем их создание. И в первом, и во втором случае требуется самостоятельный мыслительный поиск самой проблемы её решения. Такой вид самостоятельной работы направлен на развитие мышления,

творческих умений, усвоение знаний, добытых в ходе активного поиска и самостоятельного решения проблем. Следует отметить, что такие знания более прочные, они позволяют обучающемуся видеть, ставить и разрешать как стандартные, так и не стандартные задачи, которые могут возникнуть в дальнейшем в профессиональной деятельности. Продумывая систему проблемных вопросов, студент должен опираться на уже имеющуюся базу данных, но не повторять вопросы уже содержащиеся в прежних заданиях по теме. Проблемные вопросы должны отражать интеллектуальные затруднения и вызывать целенаправленный мыслительный поиск. Решения ситуационных задач относятся к частично поисковому методу, и предполагает третий (применение) и четвертый (творчество) уровень знаний.

4. Методические рекомендации по подготовке к тестированию.

Тесты – это вопросы или задания, предусматривающие конкретный, краткий, четкий ответ на имеющиеся эталоны ответов. При самостоятельной подготовке к тестированию студенту необходимо:

а) готовясь к тестированию, проработайте информационный материал по дисциплине.

б) четко выясните все условия тестирования заранее. Вы должны знать, сколько тестов Вам будет предложено, сколько времени отводится на тестирование, какова система оценки результатов и т.д.

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

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

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

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

5. Методические рекомендации по подготовке к сдаче практических навыков.

Перечень практических навыков ординатора разрабатывается в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта и профессионального стандарта. Набор практических навыков для каждого обучающегося включает в себя: сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование больного, умение составить план обследования, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить лечение, заполнить историю болезни, выполнение манипуляций, интерпретация предложенных лабораторных, электрофизиологических, ультразвуковых и функциональных методов обследования.

При подготовке к сдаче практических навыков ординатор должен изучить перечень обязательных практических навыков по дисциплине. Для положительной оценки ординатор должен правильно выполнить все предложенные навыки и правильно их интерпретировать.

6. Методические рекомендации по подготовке к экзамену.

Готовиться к зачету необходимо последовательно, с учетом контрольных вопросов, разработанных ведущим преподавателем кафедры. Сначала следует определить место каждого контрольного вопроса в соответствующем разделе темы учебной программы, а затем внимательно прочитать и осмыслить рекомендованные научные работы, соответствующие разделы рекомендованных учебников. При этом полезно делать хотя бы самые краткие выписки и заметки. Работу над темой можно считать завершенной, если вы сможете ответить на все контрольные вопросы и дать определение понятий по изучаемой теме.

Для обеспечения полноты ответа на контрольные вопросы и лучшего запоминания теоретического материала рекомендуется составлять план ответа на контрольный вопрос.

Это позволит сэкономить время для подготовки непосредственно перед экзаменом за счет обращения не к литературе, а к своим записям. При подготовке необходимо выявлять наиболее сложные, дискуссионные вопросы, с тем, чтобы обсудить их с преподавателем на обзорных лекциях и консультациях. Нельзя ограничивать подготовку экзамену простым

повторением изученного материала. Необходимо углубить и расширить ранее приобретенные знания за счет новых идей и положений.

Результат по сдаче экзамена объявляется ординаторам, вносится в экзаменационную ведомость. При не сдаче экзамен проставляется только в ведомости. После чего обучающийся освобождается от дальнейшего присутствия на экзамене.

При получении не сдаче экзамена повторная сдача осуществляется в другие установленные дни.

Положительные оценки выставляются, если ординатор усвоил учебный материал, исчерпывающе, логически, грамотно изложив его, показал знания специальной литературы, не допускал существенных неточностей, а также правильно применял понятийный аппарат.

6. Образовательные технологии

№ п/п	Виды учебной работы,	Образовательные технологии, используемые при реализации различных видов учебной деятельности	Всего часов
1	Лекция. Абсцессы. Хирургический сепсис. Понятие , диагностика, методы лечения.	Лекция-визуализация	2
2	Практическое занятие. Абсцессы. Хирургический сепсис. Понятие , диагностика, методы лечения.	Разбор клинических случаев	2
3	Практическое занятие. Хирургическая инфекция органов брюшной полости. Методы диагностики и лечения	Разбор клинических случаев	2
	Итого		8

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

7.1 Список основной и дополнительной литературы

	Список основной литературы
1.	Горюнов, С.В. Гнойная хирургия [Электронный ресурс]: атлас/ С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов, И.А. Бутивщенко. - 2-е изд. (эл.). - М.: БИНОМ, 2015. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785996327874.html
2.	Корнилов, Т.А. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Т.А. Корнилов. — 2-е изд. — Электрон. текстовые данные. — Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2019. — 165 с. — 978-5-4486-0449-2. — Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/79691.html
3.	Практикум по оперативной хирургии. Лапароскопическая хирургия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ А.В. Протасов [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — М. : Российский университет дружбы народов, 2013. — 128 с. — 978-5-209-05476-4. — Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/22214.html
	Список дополнительной литературы
1.	Гостищев, В.К. Клиническая оперативная гнойная хирургия: руководство для [Электронный ресурс]/ В. К. Гостищев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437506.html
2.	Коновалова, О.Г. Сборник ситуационных задач по разделу «Неотложная хирургия» [Электронный ресурс]: учебно-практическое издание/ О.Г. Коновалова, Е.В. Размахнин. — Электрон. текстовые данные. — Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2011. — 104 с. — 2227-8397. — Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/55298.html
3.	Коренев, С.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия [Электронный ресурс]: методическое пособие/ С.В. Коренев, Н.И. Стрельцова, Е.Г. Князева. — Электрон. текстовые данные. — Калининград: Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, 2009. — 129 с. — 2227-8397. — Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/23860.html
4.	Общая хирургия [Электронный ресурс]: методические указания для самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям/ Ю.И. Кривов [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — Кемерово: Кемеровская государственная медицинская академия, 2008. — 132 с. — 2227-8397. — Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/6172.html
5.	Темрезов, М.Б. Хирургические болезни. Хроническая ишемия нижних конечностей [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие для студентов, врачей интернов и ординаторов/ М.Б. Темрезов, В.И. Коваленко, Р.Н. Боташев. — Электрон. текстовые данные. — Черкесск: Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия, 2014. — 36 с. — 2227-8397. — Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/27244.html

БИБЛИОТЕКА
СЕВЕРО-КАВКАЗСКОЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ
АКАДЕМИИ
Россия, КЧР, 369000, г. Черкесск,
ул. Ставропольская, 36

7.2 Интернет-ресурсы, справочные системы

1. Цифровой образовательный ресурс IPRsmart Лицензионный договор № 9368/22П от 01.07.2022 г. Срок действия: с 01.07.2022 до 01.07.2023 г.
2. http://window.edu.ru - Единое окно доступа к образовательным ресурсам;
3. http://fcior.edu.ru - Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов;
4. http://elibrary.ru - Научная электронная библиотека.

7.3 Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение

Лицензионное программное обеспечение	Реквизиты лицензий/ договоров
Microsoft Azure Dev Tools for Teaching 1. Windows 7, 8, 8.1, 10 2. Visual Studio 2008, 2010, 2013, 2019 5. Visio 2007, 2010, 2013	Идентификатор подписчика: 1203743421 Срок действия: 30.06.2022 (продление подписки)

6. Project 2008, 2010, 2013 7. Access 2007, 2010, 2013 и т. д.	
MS Office 2003, 2007, 2010, 2013	Сведения об Open Office: 63143487, 63321452, 64026734, 6416302, 64344172, 64394739, 64468661, 64489816, 64537893, 64563149, 64990070, 65615073 Лицензия бессрочная
Антивирус Dr.Web Desktop Security Suite	Лицензионный сертификат Серийный № 8DVG-V96F-H8S7-NRBC Срок действия: с 20.10.2022 до 22.10.2023
Консультант Плюс	Договор № 272-186/С-23-01 от 20.12.2022 г.
Цифровой образовательный ресурс IPRsmart	Лицензионный договор № 9368/22П от 01.07.2022 г. Срок действия: с 01.07.2022 до 01.07.2023
Бесплатное ПО	
Sumatra PDF, 7-Zip	

8. Материально-техническое и программное обеспечение дисциплины.

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

1. Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа: учебная комната Ауд.№ 8

Специализированная мебель:

доска меловая – 1 шт., кафедра настольная -1 шт., парты- 28 шт., стулья – 56 шт., 2 компьютерных стола, 1 кресло.

Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающих тематические иллюстрации:

экран переносной, проектор переносной, персональный компьютер – 1шт.

2.Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнение курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: учебная комната Ауд.№ 11

Специализированная мебель:

парты- 12 шт., стулья –24 шт., 1 стол преподавательский, 1 мягкий стул, 1 доска ученическая.

Технические средства обучения, служащие для предоставления учебной информации большой аудитории:

переносной экран рулонный - 1 шт., ноутбук - 1 шт., мультимедиа –проектор - 1 шт.

3..Помещения для самостоятельной работы. Библиотечно-издательский центр (БИЦ). Электронный читальный зал.

Комплект проекционный, мультимедийный интерактивный: интерактивная доска, проектор, универсальное настенное крепление, персональный компьютер-моноблок, персональные компьютеры с подключением к сети «Интернет», МФУ. Специализированная мебель: комплект учебной мебели на 28 посадочных мест, столы компьютерные, стулья.

8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся

1. рабочее место преподавателя, оснащенное компьютером
2. рабочие места обучающихся.

8.3. Требования к специализированному оборудованию.

Медицинское оборудование и медицинские изделия (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий), расходный материал. Симуляционные технологии с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований.

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 зале.

10. Оценка качества освоения программы

Оценка качества освоения программы обучающимися включает текущий контроль, промежуточную аттестацию и государственную итоговую аттестацию.

Структура, последовательность и количество этапов текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов регламентируются учебным планом, графиком учебного процесса, расписаниями учебных занятий. Текущий контроль сформированности компетенций осуществляется на лекциях, семинарах, во время прохождения практик, а также при самостоятельной работе под руководством преподавателя в формах, предусмотренных программой. Результаты текущего контроля успеваемости фиксируются преподавателями в журналах посещаемости и успеваемости. Текущий контроль осуществляется кафедрой, реализующей программу.

Промежуточная аттестация проводится с использованием фонда оценочных средств, представленного в приложении к настоящей программе.

Основные результаты освоения образовательной программы высшего образования с учетом вида профессиональной деятельности, профессиональных задач и профессиональных компетенций приведены в следующей таблице.

Результаты освоения образовательной программы высшего образования

Виды профессиональной деятельности	Профессиональные задачи	Профессиональные компетенции
Профилактическая	А/05.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	ПК-2
Диагностическая	А/01.8 Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноз	ПК-5
Лечебная	А/02.8 Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности А/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	ПК-6
Организационно-	А/04.8 проведение медицинских экспертиз в	ПК-11

управленческая	отношении пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями А/06.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	
Реабилитационная	А/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ПК-8

Приложение 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине _____Гнойная хирургия, хирургическая инфекция, сепсис_____

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Гнойная хирургия, хирургическая инфекция, сепсис»

1. Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины

Индекс	Формулировка компетенции
УК-1	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические и культурные различия.
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК -6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

2. Этапы формирования компетенции в процессе освоения программы «гнойная хирургия».

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами программы являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

Этапность формирования компетенций прямо связана с местом программы практики в образовательной программе.

Разделы (темы) программы практики	**Формируемые компетенции (коды)**						
	УК-1	ПК -2	ПК-5	ПК-6	ПК-8	ПК-10	ПК-11
Тема 1. Абсцессы. Хирургический сепсис. Понятие , диагностика, методы лечения.	+	+	+	+	+	+	+
Тема 2. Хирургическая инфекция органов брюшной полости. Методы диагностики и лечения.	+	+	+	+	+	+	+
Тема 3. Воспалительные заболевания мягких тканей, костей и суставов	+	+	+	+	+	+	+

3. Показатели, критерии и средства оценивания компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины						
Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	**Критерии оценивания результатов обучения**				**Средства оценивания результатов обучения**	
	Неудовлетв	**Удовлетворительно**	**Хорошо**	**Отлично**	Промежуточный контроль	Текущий контроль
Знать: З- Диалектическое взаимодействие процессов приспособления и повреждения в органах, системах и организме в целом **Шифр: З(УК-1)-2.**	Не знает виды и показания к лечению хирургических заболеваний .	Демонстрирует частичные знания о видах и показаниях к лечению хирургических заболеваний. .	Имеет определенные пробелы в знаниях о видах и показаниях к лечению хирургических заболеваний.	Знает в совершенстве все о видах и показаниях к лечению хирургических заболеваний.	Комплект тем рефератов, комплект ситуационных клинических задач, вопросы к опросу, вопросы к зачету	Зачет
Уметь: У – Анализировать этиологию, механизмы развития и принципы диагностики патологических процессов **Шифр: У(УК-1)-2.**	Не умеет и не готов анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования.;	Демонстрирует частичные умения и не анализирует данные лабораторных и инструментальных методов исследования.;	Умеет с небольшими затруднениями анализирует данные лабораторных и инструментальных методов исследования;	Умеет в совершенстве выставить диагноз заболевания на основе анализа жалоб больного, его анамнеза, объективных методов исследования. Провести дифференциальную диагностику	Комплект тем рефератов, комплект ситуационных клинических задач, вопросы к опросу, вопросы к зачету	Зачет
Владеть: В – Навыками дифференциации причин и условий возникновения типовых патологических	Не владеет методами исследования, позволяющими выставить правильный диагноз	Частично владеет методами исследования, позволяющими выставить правильный диа-	Владеет с небольшими затруднениями методами исследования, позволяющими выставить правильный диагноз и	Владеет в совершенстве методами исследования, позволяющими выставить правильный	Комплект тем рефератов, комплект ситуационных клиниче-	Зачет

процессов на разных структурно-функциональных уровнях **Шифр: В(УК-1)-2.**	и методами консервативного и хирургического лечения указанных заболеваний	гноз и методами консервативного и хирургического лечения указанных заболеваний	методами консервативного и хирургического лечения указанных заболеваний	диагноз и методами консервативного и хирургического лечения указанных заболеваний	ских задач, вопросы к опросу, вопросы к зачету	
Знать: З- принципы осуществления диспансерного наблюдения за пациентами **Шифр: З(ПК-2)-2.**	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вышолнения практических задач. Системно и планомерно работает в те-	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных клинических задач	Зачет

				чении семестра.		
Уметь: У - особенности сбора анамнеза и осмотра при различных хирургических заболеваниях нервной системы; назначать необходимые диагностические процедуры при диспансеризации больных, выявлять группы риска; организовать профилактические мероприятия, направленные на укрепление здоровья населения **Шифр: У(ПК-2)-2.**	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при рещении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вышолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных клинических задач	Зачет
Владеть: В-план и программы реабилитационных меро-	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает су-	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его де-	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, по-	Комплект тем рефератов, тестовых заданий,	Зачет

приятий; методами анализа основных показателей здоровья населения по данным заболеваемости, инвалидности, показателям физического развития, состояния, навыками организации и проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения **Шифр: В(ПК-2)-2.**	щественные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	талей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при рещении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	следовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вышолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.	комплект ситуационных клинических задач	
Знать: З1- Диагностические критерии и основные симптомы гипоксических состояний, нарушений регионального кровообращения, иммунной патологии.	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последователь-	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при рещении практических вопросов и задач, владеет необходимыми	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляет-	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных клинических задач	Зачет

Шифр: З(ПК-5)-2.	без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	ности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	ся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вышолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.		
Уметь: У1 - выполнять основные оперативные доступы, манипулировать на сосудах, бронхах, анатомических образованиях средостения. **Шифр: У(ПК-5)-2.**	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении зада-	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных клинических задач	Зачет

				ний, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вышолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.		
Владеть: - методами подготовки больных к оперативным вмешательствам на органах грудной полости и принципами послеоперационного ведения таких больных **Шифр: В(ПК-5)-2**	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может назначить хирургическое лечение при осложнениях заболевания.	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при назначении хирургического лечения при осложнениях заболевания.	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных клинических задач	Зачет

				разносторонними навыками и приемами вышолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.		
Знать: З - санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения; -знание и соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии; -основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; **Шифр: З(ПК-6)-2**	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вышолнения практических задач. Системно и планомерно работает в те-	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных клинических задач	Зачет

				чении семестра.		
Уметь: У-сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств; - обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; **Шифр: У(ПК-6)-2**	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вышолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных клинических задач	Зачет
Владеть: современными методами лечения; - принципами выработки	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает су-	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его де-	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, по-	Комплект тем рефератов, тестовых заданий,	Зачет

адекватного индивидуального плана лечения больного (радикального, паллиативного, симптоматического) или рекомендовать соответствующее лечебное учреждение **Шифр: В(ПК-6)-2**	щественные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	талей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	следовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вышолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.	комплект ситуационных клинических задач	
Знать: З -программу исследования общественного здоровья **Шифр: З(ПК-8)-2**	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последователь-	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при рещении практических вопросов и задач, владеет необходимыми	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляет-	Комплект тем р ратов, тестовых даний, комплек ситуационных нических задач	Зачет

	без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	ности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	ся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вышолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.		
Уметь: У-Дать оценку принципов и форм организации здравоохранения в обеспечении доступной и квалифицированной медицинской помощи **Шифр: У(ПК-8)-2**	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении зада-	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных клинических задач	Зачет

				ний, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вышолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.		
Владеть: методами подготовки больных к оперативным вмешательствам на органах грудной полости и принципами послеоперационного ведения таких больных **Шифр: В(ПК-8)-2**	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных клинических задач	Зачет

				навыками и приемами вьшолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.		
Знать: З- критерии (показатели) общественного здоровья и их определение, схему программу исследования общественного здоровья **Шифр: З(ПК-11)-2**	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при рещении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вьшолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных клинических задач	Зачет

Уметь: У -дать сравнительную характеристику систем здравоохранения в мире, оценивать проблемы здравоохранения в международном аспекте и деятельность Всемирной организации здравоохранения **Шифр: У(ПК-11)-2**	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при рещении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами вьшолнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных клинических задач	Зачет
Владеть: В- Навыками диагностики и коррекции нарушений деятельности функциональных систем ор-	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с боль-	Ординатор имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недо-	Ординатор твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно приме-	Ординатор глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно	Комплект тем рефератов, тестовых заданий, комплект ситуационных	Зачет

ганизма **Шифр: В(ПК-11)-2**	шими затруднениями выполняет практические работы, не может продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.	статочно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.	няет теоретические положения при рещении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.	его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.	клинических задач	

4. Комплект контрольно-оценочных средств по дисциплине

4.1 Комплект ситуационных задач для текущего контроля.

по дисциплине: «Гнойная хирургия, хирургическая и инфекция, сепсис ».

Задача №1.

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. ; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Какой диагноз можно поставить больной?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?
3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.
4. Возможные варианты оперативных вмешательств.
5. Пути профилактики данного осложнения.

Ответы к ситуационной задаче по хирургии

1. Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость
2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.
3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.
4. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Ситуационная задача по хирургии 3

У женщины 35 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно возникли сильные боли в правой руке. Осмотрена через час дома. Объективно: Правая рука бледная в области кисти и предплечья, холодная на ощупь. Пальпация этих отделов руки резко болезненная, мышцы умеренно напряжены. Активные движения в пальцах правой руки снижены в объеме, пассивные движения в полном объеме. Тактильная и болевая чувствительность резко снижена. Пульсация магистральных артерий правой руки определяется только на уровне подмышечной артерии, дистальнее она отсутствует.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Этиология и патогенез развития данного заболевания. Ваш диагноз.
2. Клиническая классификация этого заболевания.
3. План обследования пациентки.

4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
6. Какова должна быть лечебная тактика, в зависимости от стадии заболевания?
7. Объем медицинской помощи.
8. Возможные осложнения в послеоперационном периоде.
9. Меры профилактики повторения этого заболевания.
Ответ к ситуационной задаче по хирургии
1. Диагноз – митральный порок сердца, мерцательная аритмия. Осложнение – эмболия правой подмышечной артерии, острая ишемия 2-а ст.
2. Классификация предусматривает этиологию заболевания (свыше 95% кардиопатии); необходимо оценить тяжесть острой ишемии (1, 2, 3 ст.);
локализацию окклюзии.
3. План обследования:
1) — общепринятый объем; анализ крови, мочи, ЭКГ;
2) доплерографическая оценка состояния сосудов.
4. Тромбоз подключичной вены; острый неврит, острый миозит.
5. Лечебная тактика – экстренная операция – эмболэктомия.
6. Объем операции: при компенсированной ишемии – эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ишемии тоже самое плюс детоксикационные мероприятия.
7. Возможные осложнения после операции: тромбоз артерии, некроз части мышц конечности; гангрена конечности; осложнения со стороны сердца, легких, почек.
8. Меры профилактики: лечение кардиопатии, включая хирургические методы; медикаментозная терапия антиагрегантами.

Ситуационная задача по хирургии 4.

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.
Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – 16,2 х 10/л, Эр – 3,4 х 10/л, СОЭ 24 мм/ч.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий
5. Принципы консервативной терапии

7. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
8. Экспертиза трудоспособности.

Ответы к ситуационной задаче по хирургии

1. Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалоколон, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.
4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.
5. В зависимости от интраоперационной находки используют одно- двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.
6. Экспертиза трудоспособности проводится в зависимости от стадии онкопроцесса, характера проведенного лечения, индивидуальных возможностей реабилитации.

Ситуационная задача по хирургии 5.

Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.
Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита.
Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10 х 15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет.
В анализе крови: Лейкоциты 14,1 х 10/л, диастаза мочи – 512 ЕД.
Вопросы к ситуационной задаче по хирургии
1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Какая лечебно-диагностическая программа?
4. Показания к оперативному лечению. Виды операций.
Ответ к ситуационной задаче по хирургии
1. Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы.
2. ФГДС, УЗИ, компьютерная томография.
3. Общий анализ крови, диастаза мочи.
4. Консервативное лечение по основным направлениям ОП:
— борьба с болью, восполнение ОЦК.
— воздействие на местный патологический очаг,
— уменьшение эндоинтоксикации,
— коррекция тромбогеморрагических осложнений,
— иммунокоррекция,
— нутритивная и энергетическая поддержка.
5. При осложнениях кист – оперативное:
— дренирующие операции,
— резекция ПЖ.

Проверяемая компетенция - УК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-11

4.2 Вопросы для самостоятельной подготовки к практическим занятиям:

1. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Фурункул, карбункул, гидраденит. Этиология, клиника.
2. Гнойные заболевания лимфатических сосудов и узлов — лимфангит, лимфангоит, лимфаденит.
3. Гнойные заболевания костей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина остеомиелита. Принципы оперативного лечения.
4. Гнойные заболевания суставов и синовиальных сумок – гнойный артрит, гнойный бурсит.
5. Гнойные процессы в клетчаточных пространствах. Флегмоны и абсцессы. Определение понятий. Различия.
6. Гнойные заболевания пальцев кисти – панариций, гнойный тендовагинит, флегмона кисти. Этиология, патогенез, клиническая картина. Лечение.
7. Хирургический сепсис. Определение понятия. Причины развития. Патогенез. Возбудители. Принципы диагностики, оценочные шкалы степени тяжести и прогноза заболевания. Антибактериальная терапия, дезинтоксикация. Экстракорпоральные методы детоксикации.
8. Специфическая хирургическая инфекция. Столбняк, анаэробная инфекция. Классификация, этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения, профилактика.
9. Рожистое воспаление. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Значение гипербарической оксигенации в лечении гнойных осложнений.
10. Столбняк. Возбудитель. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение профилактика.
11. Актиномикоз. Локализация, частота, особенности клиники, диагностика, лечение
12. Ожоги. Классификация, клинические фазы и стадии ожоговой болезни, патогенез, современные принципы лечения.
13. Отморожения. Классификация, клиническое течение, лечение
14. Электротравма. Особенности реанимации при электротравме. Осложнения. Изменения основных функций и систем организма. Общая реакция на электотравму.
15. Кровотечения.
16. Классификация. Борьба с различными видами кровотечений. Методы определения кровопотери. Возмещение кровопотери**.**

Раны.

1. Классификация. Учение о хирургической инфекции. Микрофлора ран. Течение и заживление ран. Лечение ран. Первичная хирургическая обработка ран, показания и техника. Современные принципы лечения инфицированных ран. Первично-отсроченные швы. Показания. Кожная пластика. Значение метода микрохирургии в пересадке кожно-мышечных лоскутов. Роль отечественных хирургов в разработке проблем микрохирургии.
2. Основные принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

3. Критерии операционного риска. Основы предоперационной подготовки в ургентной и плановой хирургии.

4. Анестезиолого-реанимационное обеспечение в экстренной и плановой хирургии. Оценка тяжести состояния больных. Катетеризация центральных вен.

5. Послеоперационное ведение больных. Энтеральное, парентеральное и энтеральное зондовое питание. Порядок обследования больных, находящихся на парентеральном питании.

6. Общие вопросы интенсивной терапии в хирургической практике. Шок – определение понятия, классификация, стадии. Травматический шок. Геморрагический шок. Септический шок. Анафилактический шок. Принципы лечения различных видов шока, профилактика развития шока. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений

7. Обморок, коллапс, шок. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

8. Основы реанимации. Искусственная вентиляция легких, управляемое дыхание. Принципы первой помощи при остановке сердца

Проверяемая компетенция - УК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-11

4.3 Комплект ситуационных задач для промежуточного контроля
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 ректоабдоминальное 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 109/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 => порталь-

ная 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 №

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 вы-

ражены 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, повышениетдо 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 20х109/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 обл-ть 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.

Проверяемая компетенция - УК-1, ПК-5,ПК-2, ПК-6, ПК-8, ПК-11

4.4 Комплект тестовых заданий

1. Понятие «остеомиелит» означает поражение:
1) кортикального слоя кости;
2) костного мозга;
3) гнойный очаг в губчатом веществе метаэпифизов;
4) надкостницы;
5) всех перечисленных образований.
2. Укажите кости, наиболее поражаемые остеомиелитом:
1) нижних конечностей;
2) верхних конечностей;
3) грудина;
4) ребра;
5) позвонки.
3. Выделяют следующие типы остеомиелита
1) острый;
2) подострый;
3) хронический;
4) первично-хронический;
5) гематогенный;
6) лимфогенный;
7) посттравматический;
8) раневой.
4. Выберите вариант, соответствующий I типу (медуллярному) остеомиелиту (по Черни□Мадеру)
1) поражение всего диаметра кости с потерей стабильности;
2) поражение кортикальной части кости без вовлечения костномозгового канала;
3) поражение на большом протяжении структур костномозговой полости;
4) поражение корковой части кости и структур костномозгового канала;
5) поражение кости и мягких тканей.
5. Выберите вариант, соответствующий II типу (поверхностному) остеомиелиту (по Черни-Мадеру)
1) поражение всего диаметра кости с потерей стабильности;
2) поражение кортикальной части кости без вовлечения костномозгового канала;
3) поражение на большом протяжении структур костномозговой полости;
4) поражение корковой части кости и структур костномозгового канала;
5) поражение кости и мягких тканей.
6. Выберите вариант, соответствующий III типу (очаговому) остеомиелиту (по Черни□Мадеру)
1) поражение всего диаметра кости с потерей стабильности;
2) поражение кортикальной части кости без вовлечения костномозгового канала;
3) поражение на большом протяжении структур костномозговой полости;
4) поражение корковой части кости и структур костномозгового канала;
5) поражение кости и мягких тканей.
7. Выберите вариант, соответствующий IV типу (диффузному) остеомиелиту (по Черни□Мадеру)
1) поражение всего диаметра кости с потерей стабильности;
2) поражение кортикальной части кости без вовлечения костномозгового канала;
3) поражение на большом протяжении структур костномозговой полости;
4) поражение корковой части кости и структур костномозгового канала;
5) поражение кости и мягких тканей.
8. Назовите ведущего возбудителя острого гематогенного остеомиелита
1) золотистый стафилококк;
2) пиогенный стрептококк;

3) кишечная палочка;
4) протеи;
5) гемофильная палочка.
9. Источником бактериальной инфекции при остром гематогенном остеомиелите как правило служат:
1) хронический тонзиллит;
2) хронический гайморит;
3) хронический отит;
4) острые гнойные инфекции кожи;
5) острый сальпингоофарит.
10. Признаками острого гематогенного остеомиелита являются:
1) острая боль в области очага поражения;
2) отсутствие гиперемии и отека кожи и мягких тканей в области очага поражение;
3) гиперемия и отек кожи мягких тканей в области очага поражения;
4) высокая температура тела;
5) лимфоцитарный лейкоцитоз.
11. К признакам острого гематогенного остеомиелита относятся:
1) боль в области очага поражения;
2) сгибательная контрактура прилежащего сустава;
3) разгибательная контрактура прилежащего сустава;
4) высокая температура тела;
5) нейтрофильный лейкоцитоз,
6) гнойный свищ.
12. Выберите характеристики, верные для острого гематогенного остеомиелита:
1) чаще болеют дети;
2) чаще болеют взрослые;
3) заболеванию предшествует травма конечности;
4) заболеванию предшествует острые инфекции дыхательных путей;
5) медуллярный вариант поражения (I тип);
6) очаговый вариант поражения (III тип).
13. Выберите признаки, характерные для острого посттравматического остеомиелита
1) длительное рецидивирующее течение;
2) наличие предшествующей травмы;
3) признаки воспаления в месте травмы;
4) наличие гнойного свища;
5) интоксикация;
6) поверхностное поражение (II тип);
7) очаговое поражение (III тип);
8) диффузный вариант поражения (IV тип).
14. К признакам острого посттравматического остеомиелита относятся:
1) обнаружение секвестров при рентгенографии;
2) боль в области травматического повреждения;
3) гиперемия кожи в области травмы;
4) отечность тканей в области травмы;
5) отсутствие лихорадки;
6) отсутствие гиперемии кожи и отека тканей в зоне травматического повреждения.
15. Признаками хронического остеомиелита являются:
1) длительное рецидивирующее течение;
2) наличие костных секвестров;
3) наличие гнойного свища;
4) часто наблюдается потеря опорной функции конечности;
5) ложный сустав никогда не формируется;
6) заболевание протекает остро и редко занимает большой временной интервал.
16. К признакам хронического остеомиелита относятся:

1) максимально выраженные системные признаки воспаления;
2) длительное течение с обострениями и ремиссиями;
3) обнаружение секвестров при рентгенографии;
4) отсутствие поражения мягких тканей;
5) гнойные свищи.
17. К первично-хроническим (атипичным) формам остеомиелита относят:
1) внутрикостный абсцесс Броди:
2) склерозирующий остеомиелит Гарре;
3) альбуминозный остеомиелит Оллье;
4) остеомиелит Черни-Мадера;
5) постравматический остеомиелит;
6) антибиотический остемиелит.
18. Выберите определение, верное для абсцесса Броди:
1) вид первично-хронического остеомиелита с отграниченным некрозом губчатого вещества кости, ее расплавлением и образованием полости;
2) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся склерозом костномозгового канала и губчатого вещества длинной трубчатой кости;
3) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся образованием полости в губчатом веществе со скоплением муцинозной богатой белком жидкости;
4) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся наличием инфильтрата, плотно спаянного с костью и мягкими тканями;
5) вид первично-хронического остеомиелита, вызываемого антибиотикорезистентными штаммами с низкой вирулентностью и сопровождающегося образованием мелких остеомиелитических очагов, чередованием участков остеопороза и остеосклероза.
19. Выберите определение, верное для остеомиелита Гарре:
1) вид первично-хронического остеомиелита с отграниченным некрозом губчатого вещества кости, ее расплавлением и образованием полости;
2) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся склерозом костномозгового канала и губчатого вещества длинной трубчатой кости;
3) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся образованием полости в губчатом веществе со скоплением муцинозной богатой белком жидкости;
4) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся наличием инфильтрата, плотно спаянного с костью и мягкими тканями;
5) вид первично-хронического остеомиелита, вызываемого антибиотикорезистентными штаммами с низкой вирулентностью и сопровождающегося образованием мелких остеомиелитических очагов, чередованием участков остеопороза и остеосклероза.
20. Выберите определение, верное для остеомиелита Оллье:
1) вид первично-хронического остеомиелита с отграниченным некрозом губчатого вещества кости, ее расплавлением и образованием полости;
2) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся склерозом костномозгового канала и губчатого вещества длинной трубчатой кости;
3) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся образованием полости в губчатом веществе со скоплением муцинозной богатой белком жидкости;
4) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся наличием инфильтрата, плотно спаянного с костью и мягкими тканями;
5) вид первично-хронического остеомиелита, вызываемого антибиотикорезистентными штаммами с низкой вирулентностью и сопровождающегося образованием мелких остеомиелитических очагов, чередованием участков остеопороза и остеосклероза.
21. Выберите определение, верное для антибиотического остеомиелита:
1) вид первично-хронического остеомиелита с отграниченным некрозом губчатого вещества кости, ее расплавлением и образованием полости;
2) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся склерозом костномозгового канала и губчатого вещества длинной трубчатой кости;
3) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся образованием полости

в губчатом веществе со скоплением муцинозной богатой белком жидкости;
4) вид первично-хронического остеомиелита, характеризующийся наличием инфильтрата, плотно спаянного с костью и мягкими тканями;
5) вид первично-хронического остеомиелита, вызываемого антибиотикорезистентными штаммами с низкой вирулентностью и сопровождающегося образованием мелких остеомиелитических очагов, чередованием участков остеопороза и остеосклероза.
22. В диагностике остеомиелита используют:
1) ирригоскопию;
2) рентгенографию;
3) мультиспиральную компьютерную томографию;
4) магнитно-резонансную томографию;
5) костную сцинтиграфию;
6) артроскопию.
23. Инструментальным методом, позволяющим провести наиболее раннюю диагностику остеомиелита, является:
1) физикальное обследование;
2) рентгенография;
3) мультиспиральная компьютерная томография;
4) магнитно-резонансная томография;
5) сцинтиграфия костей скелета.
24. Для рентгенографической картины острого остеомиелита характерно
1) появление изменений в течение первой недели заболевания;
2) появление изменений на 10-14 сутки от начала болезни;
3) реакция надкостницы в виде ее утолщения и отслоения;
4) реакция надкостницы в виде ее истончения;
5) снижение плотности губчатого вещества костной ткани;
6) наличие секвестральной коробки.
25. При хирургическом лечении остеомиелита выполняют:
1) секвестрнекрэктомию;
2) медуллярную декомпрессию;
3) проточно-аспирационное дренирование раны;
4) протезирование сосудов;
5) пластику костного дефекта;
6) артроскопию.
26. Хирургическое лечение острого гематогенного остеомиелита включает
1) кончатую трепанацию кости;
2) проточно-промывное дренирование костномозгового канала;
3) замещение дефекта костной ткани;
4) секвестрэктомию;
5) ампутацию конечности;
6) секвестрнекрэктомию.
27. При остеомиелите с целью замещения костного дефекта используют:
1) кровоснабжаемый мышечный лоскут;
2) сухожилие;
3) биокомпозитные биодеградирующие материалы;
4) свободный кожный лоскут;
5) васкуляризированный костный трансплантант.
28. При остеомиелите с целью замещения костного дефекта используют:
1) измельченную аллогенную губчатую кость;
2) металлоконструкции;
3) кровоснабжаемый кожный лоскут;
4) васкуляризированный костный трансплантат;
5) дозированный компрессионно-дистракционный остеосинтез.
29. Комплексное лечение острого остеомиелита должно включать:

1) санацию гнойного очага;
2) профилактику столбняка;
3) дезинтоксикационную терапию;
4) антибактериальную терапию
5) введение антигангренозной сыворотки;
6) иммобилизацию конечности;
7) иммуносупрессивную терапию.
30. При остром бурсите в проекции синовиальной сумки определяют:
1) боль;
2) опухолевидное образование хрящевидной плотности;
3) гиперемию кожных покровов;
4) локальную гипертермию;
5) положительный симптом флюктуации.
31. В лечении острого бурсита используют:
1) эвакуацию экссудата из околосуставной сумки с помощью пункции;
2) промывание полости сустава антисептиками;
3) иммобилизацию конечности;
4) лечебную артроскопию;
5) широкое вскрытие полости околосуставной сумки;
32. Для гнойного артрита характерно:
1) интенсивная боль в суставе;
2) увеличение сустава в объеме;
3) уменьшение сустава в объеме;
4) гиперемия кожных покровов над суставом;
5) отсутствие активных движений в суставе;
6) отсутствие пассивных движений в суставе.
33. Для диагностики острого гнойного артрита используют:
1) УЗИ области сустава;
2) рентгенографию;
3) спирометрию;
4) мультиспиральную компьютерную томографию;
5) магнитно-резонансную томографию;
6) сцинтиграфию.
34. В лечении гнойного артрита используют:
1) пункции сустава с эвакуацией патологического экссудата;
2) проточно-аспирационное дренирование полости сустава;
3) лечебную артроскопию;
4) широкую артротомию с иссечением нежизнеспособных мягких тканей;
5) резекцию разрушенного сустава;
6) протезирование сустава.
35. Оптимальной хирургической тактикой при гнойном артрите без деструктивных изменений элементов сустава является:
1) пункция сустава и эвакуация содержимого;
2) пункция сустава и промывание полости растворами антисептиков;
3) проточно-промывное дренирование суставной полости;
4) артроскопическая санация;
5) артротомия, открытая санация полости сустава.
36. Оптимальной хирургической тактикой при гнойном артрите с наличием деструктивных изменений элементов сустава является:
1) пункция сустава и эвакуация содержимого;
2) пункционное дренирование, наложение проточно-промывной системы;
3) артроскопическое иссечение некротизированных тканей, дренирование полости сустава;
4) артротомия, иссечение некротизированных тканей, дренирование полости сустава;

5) резекция сустава с формированием артродеза.
37. Оптимальной хирургической тактикой при гнойном артрите с деструктивными изменениями суставных хрящей и остеомиелитом:
1) пункция сустава и эвакуация содержимого;
2) пункционное дренирование, наложение проточно-промывной системы;
3) артроскопическое иссечение некротизированных тканей, дренирование полости сустава;
4) артротомия, иссечение некротизированных тканей, дренирование полости сустава;
5) резекция сустава с формированием артродеза.
38. Комплексное лечение острого гнойного артрита должно включать:
1) санацию гнойного очага;
2) дезинтоксикационную терапию;
3) согревающие физиотерапевтические процедуры;
4) антибактериальную терапию;
5) иммобилизацию конечности;
6) иммуносупрессивную терапию.
39. Выберите заболевания относящиеся к гнойным заболеваниям железистых органов:
1) гнойный гонит;
2) гнойный мастит;
3) остеомиелит;
4) гнойный медиастенит;
5) гнойный оментит;
6) гнойный паротит.
40. Паротит - это:
1) воспаление сальной железы;
2) воспаление подчелюстной слюнной железы;
3) воспаление лимфатических сосудов;
4) воспаление околоушной слюнной железы;
5) воспаление лимфатических узлов.
41. Укажите основные пути бактериальной контаминации ткани околоушной слюнной железы:
1) имплантационный;
2) восходящий;
3) метастатический;
4) лимфогенный;
5) контактный;
6) гематогенный.
42. Выберите факторы, предрасполагающие к развитию гнойного паротита:
1) ослабление защитных сил организма;
2) разжижение секрета железы;
3) уменьшение слюноотделения;
4) увеличение слюноотделения;
5) обезвоживание;
6) наличие эндогенных очагов бактериальной инфекции.
43. Выберите возможные осложнения гнойного паротита:
1) кровоизлияние в мозг;
2) гнойный медиастенит;
3) флегмона окологлоточного пространства;
4) флегмона шеи;
5) галактофорит;
6) аррозивные кровотечения из сонной артерии;
7) варикотромбофлебит;
8) образование гнойных свищей.
44. Выберите мероприятия, которые проводятся при консервативном лечении паротита:

1) согревающие компрессы;
2) интенсивный массаж жевательных мышц;
3) парентеральное введение осмотических диуретиков;
4) физиолечение (УВЧ);
5) противовоспалительная терапия;
6) антибактериальная терапия;
7) ограничение движений нижней челюсти;
8) лечебная физкультура.
45. Что в первую очередь необходимо учитывать при проведении дренирующей операции
по поводу гнойного паротита?
1) степень выраженности эндогенной интоксикации;
2) анамнез заболевания;
3) характер сопутствующей патологии;
4) направление хода основных ветвей лицевого нерва;
5) направление хода основных ветвей тройничного нерва.
46. Направление хирургического разреза при гнойном паротите:
1) горизонтальное;
2) параллельно ходу ветвей лицевого нерва;
3) параллельно нижней челюсти;
4) перпендикулярно ходу ветвей лицевого нерва;
5) вертикальное.
47. Какова основная цель дренирующей операции при гнойном паротите?
1) профилактика анаэробной инфекции в железе;
2) профилактика развития пареза лицевого нерва;
3) дренирование гнойных очагов, удаление некрозов и тканевого детрита;
4) полная ревизия ткани железы;
5) забор гнойного содержимого для бактериологического исследования.
48. Проведение неверно ориентированных разрезов при оперативном лечении гнойного паротита может привести к развитию следующего осложнения:
1) парез лицевого нерва;
2) флегмона шеи;
3) некроз околоушной железы;
4) ранение внутренней сонной артерии;
5) отек жевательных мышц.
49. Мастит – это:
1) острое воспаление подкожной клетчатки в области молочной железы;
2) острое воспаление грудной железы;
3) нарушение оттока молока при лактации;
4) острое воспаление клетчатки средостения;
5) воспаление тканей молочной железы.
50. Выберите микроорганизмы, которые могут являться возбудителями мастита:
1) эпидермальный стрептококк;
2) золотистый стафилококк;
3) протеи;
4) кишечная палочка;
5) энтерококк;
6) сальмонелла.
51. Каковы пути бактериальной контаминации тканей молочной железы?
1) имплантационный;
2) интраканаликулярный;
3) метастатический;
4) гематогенный;
5) лимфогенный;

6) инъекционный.
52. Выберите предрасполагающие факторы развития лактационного мастита:
1) снижение иммунобиологической реактивности организма матери;
2) осложненные роды;
3) трещины сосков;
4) патология беременности (токсикозы, нефропатия, анемия);
5) осложненный кровотечением или инфекцией родовых путей послеродовой период;
6) лактостаз;
7) варикотромбофлебит.
53. Выберите причины нарушения молокоотдачи (предрасполагающий фактор для развития лактационного мастита):
1) мастопатия;
2) трещины сосков;
3) геникомастия;
4) соблюдение режима кормления;
5) рубцы молочной железы после операций и травм;
6) длинные, извитые молочные протоки малого диаметра;
7) короткие и широкие молочные протоки.
54. Какие формы мастита выделяют в зависимости от патогенеза заболевания:
1) лактационный;
2) серозный;
3) гнойный;
4) гангренозный;
5) нелактационный;
6) подкожный;
7) инфильтративный;
8) интрамаммарный.
55. Какие формы мастита выделяют в зависимости от локализации гнойного процесса:
1) серозный;
2) интрамаммарный;
3) гнойный;
4) лактационный;
5) ретромаммарный;
6) абсцедирующий;
7) субареолярный;
8) подкожный;
9) нелактационный.
56. Какие формы мастита можно выделить в зависимости от характера воспалительного процесса:
1) подкожный;
2) серозный;
3) интрамаммарный;
4) ретромаммарный;
5) инфильтративный;
6) галактофорит;
7) гангренозный;
8) абсцедирующий;
9) инфильтративно-абсцедирующий;
10) флегмонозный.
57. Какие формы мастита выделяют в зависимости от распространенности процесса:
1) ограниченный;
2) флегмонозный;
3) некротический;
4) диффузный;

5) тотальный;
6) ареолит;
7) галактофорит.
58. Перечислите лечебные мероприятия при остром интрамаммарном мастите в стадии инфильтрации:
1) дренирующие операции;
2) предупреждение лактостаза;
3) системная антимикотическая терапия;
4) регулярное сцеживание молока;
5) возвышенное положение молочной железы;
6) рентгенотерапия;
7) терапия цитостатиками;
8) системная антибактериальная терапия;
9) спазмолитическая терапия;
10) установка в ретромаммарное пространство проточно-промывной системы.
59. Определите показания к хирургическому лечению негнойного инфильтративного мастита:
1) отсутствие улучшения от проводимых консервативных мероприятий в течение 2-х суток;
2) отсутствие улучшения от проводимых консервативных мероприятий в течение 5-ти суток;
3) упорная лихорадка до фебрильных цифр;
4) уменьшение инфильтрата в размерах;
5) увеличение болезненности в области инфильтрата;
6) появление симптома флюктуации;
7) уменьшение болезненности в области инфильтрата.
60. Какой компонент консервативной патогенетической терапии лактационного мастита является ключевым в серозную и инфильтративную фазу воспаления?
1) антибактериальная терапия;
2) фиксация молочной железы косыночной повязкой;
3) физиотерапия;
4) противовоспалительная терапия;
5) сцеживание грудного молока.
61. Выберите оптимальный хирургический доступ при вскрытии острого гнойного ретромаммарного мастита:
1) радиальный в верхних квадрантах молочной железы;
2) полуовальный по нижней переходной складке;
3) радиальный в нижней половине молочной железы;
4) полуовальный над верхним краем железы;
5) параареолярный.
62. Выберите оптимальный хирургический доступ при вскрытии острого гнойного субареолярного мастита:
1) параареолярный;
2) радиальный в верхних квадрантах молочной железы;
3) полуовальный по нижней переходной складке;
4) радиальный в нижней половине молочной железы;
5) полуовальный над верхним краем железы.
63. Выберите оптимальный хирургический доступ при вскрытии острого гнойного интрамаммарного мастита?
1) параареолярный разрез;
2) полуовальный разрез;
3) радиальный разрез;
4) разрез по нижней переходной складке;
5) разрез не нужен, можно ограничиться пункцией гнойника.

64. Какие осложнения мастита вам известны:
1) рожистое воспаление молочной железы;
2) лимфангит;
3) эмпиема плевры;
4) менингит;
5) молочные свищи;
6) лимфаденит;
7) тромбоз глубоких вен нижних конечностей;
8) сепсис.
65. Лимфаденит – это:
1) воспаление лимфатических узлов;
2) воспаление лимфатических сосудов;
3) воспаление подкожной клетчатки вокруг лимфатического узла;
4) воспаление стенки венозного сосуда;
5) ограниченное скопление гноя в лимфатическом узле.
66. Укажите виды воспаления лимфатических узлов:
1) серозное;
2) гнойное;
3) гнилостное;
4) рецидивирующее;
5) некротическое;
6) асептическое.
67. При вовлечении в процесс окружающих лимфатический узел тканей развивается:
1) карбункул;
2) тромбофлебит;
3) лимфедема;
4) фурункул;
5) аденофлегмона.
68. Укажите лечебные мероприятия, проводимые при гнойном лимфадените:
1) вскрытие и дренирование гнойного очага;
2) лечение основного очага инфекции;
3) лечебная иммобилизация;
4) спазмолитическая терапия;
5) массаж;
6) антибактериальная терапия;
7) согревающие компрессы.
69. При лечении лимфаденита необходимы:
1) обязательное устранение первичного очага инфекции;
2) экстренное оперативное вмешательство;
3) оперативное вмешательство только в случаях распространения процесса на окружающую клетчатку;
4) системная антибактериальная терапия;
5) УФО в эритемных дозах на область воспаления.
70. Лимфангоит – это:
1) воспаление лимфатических узлов;
2) воспаление лимфатических сосудов;
3) воспаление подкожной клетчатки вокруг лимфатического узла;
4) воспаление стенки венозного сосуда;
5) ограниченное скопление гноя в лимфатическом узле

Проверяемая компетенция - УК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-11

5. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Критерии оценивания устных ответов на занятиях:

Шкала оценивания	Показатели
«Отлично»	1) обучающийся полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка. всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии.
«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. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.
«Удовлетворительно»	обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.
«Неудовлетворительно»	обучающийся обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал.

Критерии оценивания тестовых заданий (с оценкой):

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Критерии, показатели и шкала оценивания ситуационной задачи.

«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.

Критерии оценивания доклада

«Отлично» ставится, если выполнены все требования к написанию и защите доклада: обозначена рассматриваемая проблема и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

«Хорошо» – основные требования к докладу и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём доклада; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

«Удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к докладу. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании доклада или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

«Неудовлетворительно» – тема доклада не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Критерии оценивания устных ответов зачете:

Шкала оценивания	Показатели
зачтено	1) обучающийся полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка. всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии.
не зачтено	обучающийся обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал.

Приложение 2.

Аннотация рабочей программы

Дисциплина (модуль)	**Гнойная хирургия, хирургическая инфекция, сепсис**
Реализуемые компетенции	УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Результаты освоения дисциплины (модуля)	**Знать:** З- Диалектическое взаимодействие процессов развития и протекания заболеваний хирургического профиля **Шифр: З (УК-1) -З** **Уметь:** У – Анализировать этиологию, механизмы развития и принципы диагностики и терапии заболевании хирургического профиля **Шифр: У (УК-1) -З** **Владеть:** В – Навыками дифференциации причин и условий возникновения заболевании хирургического профиля **Шифр: В (УК-1) -З** **Знать:** З – основы современной профилактической медицины, порядок и цель проведения врачом-хирургом участковым диспансерного наблюдения больных с хирургическими заболеваниями Медицинское значение структурных и функциональных маркеров основных заболеваний. **Шифр: З (ПК-2) -З** **Уметь:** У – Оценивать морфо-функциональные показатели и жизнедеятельности с позиции "норма патология **Шифр: У (ПК-2) -З** **Владеть:** В – Навыками дифференциации значения показателей организма в процессе диагностики патологических состояний. **Шифр: В (ПК-2) -З** **Знать:** З – Диагностические критерии и основные симптомы гипоксиче-

	ских состояний, нарушений регионального кровообращения, иммунной патологии. **Шифр: З (ПК-5) -3** **Уметь:** У- Использовать критерии морфо- функциональных изменений для анализа специфики выявляемой патологии у отдельных пациентов вэкстренных неотложных случаях **Шифр: У (ПК-5) -3** **Владеть:** В – навык организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризациивзрослого населения **Шифр: В (ПК-5) -3** **Знать:** З – принципы организации приема пациентов в больницах и надому, методологию постановки диагноза; **Шифр: З (ПК-6) -3** **Уметь:** У - определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников **Шифр: У (ПК-6) -3** **Владеть:** В – навыками общения с пациентом и\или его родственниками, соблюдая диетологические нормы и принципы; методами объективного обследования пациента с выявлением основных симптомов и синдромов заболеваний **Шифр: В (ПК-6) -3** **Знать:** З- Этиологию, патогенез, современную классификацию, клиническую картину, особенности течения, критерии диагноза **Шифр: З (ПК-8) -3** Уметь: У - Изложить результаты обследования больного в амбулаторной карте с обоснованием предварительного диагноза, составлением плана дальнейшего обследования больного **Шифр: У (ПК-8) -3** **Владеть:** В- алгоритмом ведения больных с хирургическими заболеваниями **Шифр: В (ПК-8) -3** **Знать** З - основные клинические симптомы и синдромы заболеваний внутренних органов механизмы их возникновения; симптоматологию наиболее распространенных заболеваний внутренних органов, протекающих в типичной классической форме; основные лабораторные, инструментальные, патологоанатомические и другие методы исследования для установления факта наличия или отсутствия заболевания **Шифр: З (ПК-11) -3** **Уметь:** У - провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления,

	определение свойств артериального пульса и т.п.) и выявить основные объективные данные, подтверждающие диагноз **Шифр: У (ПК-11) -3** **Владеть:** В - методами объективного обследования пациента с выявлением основных симптомов и синдромов заболеваний **Шифр: В (ПК-11) -3**
Трудоемкость, з.е.	108/3
Формы отчетности (в т.ч. по семестрам)	Зачет (1 семестр)