

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 25.08.2025 12:17:56
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bdfcf836

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

11 июня 2025 г., протокол УС № 5

Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Хирургических болезней**

Учебный план о310867-Хирург-25-1.plx
Специальность: Хирургия

Квалификация **Врач-хирург**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 32
самостоятельная работа 40

Виды контроля в семестрах:
зачеты 1

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
Неделя	16			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	4	4	4	4
Практические	28	28	28	28
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная	32	32	32	32
Сам. работа	40	40	40	40
Итого	72	72	72	72

Программу составили:
д.м.н., профессор Онищенко С.В.
старший преподаватель Яковлев Д.С

Рабочая программа дисциплины
Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)

разработана в соответствии с ФГОС:
Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности
31.08.67 ХИРУРГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки
России от 26.08.2014 г. № 1110)

составлена на основании учебного плана:
31.08.67 Хирургия

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры хирургических болезней
11.04.2025 г. Протокол № 11
Заведующий кафедрой д.м.н., профессор Дарвин В.В.

Рабочая программа одобрена на заседании УМС МИ
24.04.2025 г. Протокол № 8
Председатель к.м.н., ст. преподаватель Васильева Е.К.

Рабочая программа одобрена на заседании УС МИ
30.04.2025 г. Протокол № 8
Председатель д.м.н., профессор Коваленко Л.В.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

- 1.1 Целями освоения учебной дисциплины «Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)» являются: развитие у обучающихся личностных качеств и формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП: Б1.В

2.1 Требования к предварительной подготовке обучающегося:

- 2.1.1 Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия"

2.2 Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:

- 2.2.20 Производственная (клиническая) практика
2.2.21 Подготовка и сдача государственного экзамена
2.2.22 Государственная итоговая аттестация
2.2.23 Производственная (клиническая) практика

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

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

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1 Знать:

- 3.1.1 Клинические проявления основных хирургических синдромов при хирургической инфекции.

3.2 Уметь:

- 3.2.1 - поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, её вызывающих;
3.2.2 - наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
3.2.3 - подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
3.2.4 - сформулировать клинический диагноз;
3.2.5 - разработать план терапевтических (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;
3.2.6 - 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;
3.2.7 - перед операцией и хирургическими манипуляциями обработать руки, операционное поле, одеть стерильную хирургическую маску, одеть или сменить стерильные перчатки, стерильный халат самостоятельно и с помощью операционной сестры;
3.2.8 - заполнять историю болезни, выписать рецепт;

3.3 Владеть:

- 3.3.1 - правильным ведением медицинской документации;
3.3.2 - методами общеклинического обследования;
3.3.3 - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
3.3.4 - алгоритмом развернутого клинического диагноза;
3.3.5 - алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к врачу-специалисту - хирургу.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Хирургическая						
1.1	Общие вопросы хирургической инфекции. Эпидемиология, классификация хирургической инфекции. Раны: классификация, патогенез, клиника, понятие ПХО, ВХО, течение раневого процесса. /Лек/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
1.2	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка докладов. /Ср/	1	5	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов
1.3	Микробиологическая характеристика гнойной инфекции. Понятие внутрибольничная инфекция. Понятие инфекция связанная с медицинским вмешательством. Раны: классификация, патогенез, клиника, понятие ПХО, ВХО, течение раневого процесса. /Пр/	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос
	Раздел 2. Хирургическая инфекция органов брюшной полости и забрюшинного						
2.1	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка докладов. /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов
2.2	Хирургическая инфекция органов брюшной полости, забрюшинного пространства. Нозологические формы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения. /Пр/	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос
	Раздел 3. Хирургическая инфекция органов грудной полости и средостения.						
3.1	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка докладов. /Ср/	1	5	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1	0	Защита рефератов
3.2	Хирургическая инфекция органов грудной полости и средостения. Нозологические формы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения. /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос
	Раздел 4. Хирургическая инфекция мягких тканей.						
4.1	Хирургическая инфекция мягких тканей. /Лек/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1	0	
4.2	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка докладов. /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов

4.3	Хирургическая инфекция мягких тканей. Нозологические формы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения. /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос
	Раздел 5. Хирургическая инфекция верхних и нижних конечностей, остеомиелит.						
5.1	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка докладов. /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов
5.2	Хирургическая инфекция верхних и нижних конечностей. Нозологические формы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения. Остеомиелит. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения. /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос
	Раздел 6. Хирургический сепсис, перитонит.						
6.1	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка докладов. /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита рефератов
6.2	Сепсис, перитонит. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения. /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос
	Контрольная работа	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5		
	Подготовка ответов к фронтальному опросу. Подготовка к тестированию.	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
	Раздел 7. Зачет.						
7.2	Фронтальный опрос. Тестирование. Ситуационные задачи.	1	0	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Приведены в приложении № 1.

5.2. Темы письменных работ

Приведены в приложении № 1.

5.3. Фонд оценочных средств

Приведены в приложении № 1.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тестовые задания, вопросы для устного ответа, ситуационные задачи.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
6.1. Рекомендуемая литература				
6.1.1. Основная литература				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Ветшев П. С., Кузин Н. М., Кузин	Хирургические болезни: учебник для студентов медицинских вузов	М.: Медицина, 2006	38
Л1.2	Черноусов А. Ф.	Хирургические болезни: учебник	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2012	20
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Абаев Ю. К.	Раневая инфекция в хирургии: [Учебное пособие]	Минск: Беларусь, 2003	1
Л2.2	Абакумов М. М., Савельев В. С., Гельфанд Б. Р.	Абдоминальная хирургическая инфекция: российские национальные рекомендации	М.: [б. и.], 2011	3
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Мироманов А.М., Миронова О.Б.	Хронический травматический остеомиелит длинных костей конечностей: учебное пособие	Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2011, http://www.iprbookshop.ru/55301.html	1
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»			
Э2	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова			
Э3	http://elibrary.ru/defaultx.asp (Научная электронная библиотека)			
Э4	http://www.rlsnet.ru/ (справочник лекарственных средств РЛС)			
Э5	http://www.internist.ru/ (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)			
6.3.1 Перечень программного обеспечения				
6.3.1.1	Операционные системы Microsoft			
6.3.2 Перечень информационных справочных систем				
6.3.2.1	http://www.garant.ru информационно-правовой портал Гарант.ру			
6.3.2.2	http://www.consultant.ru справочно-правовая система Консультант плюс			
7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
7.1	Аудитория для практических занятий БУ ХМАО - Югры «Сургутская окружная клиническая больница»: учебная комната оснащена необходимой специализированной учебной мебелью и техническими средствами для предоставления учебной информации студентам, оснащена посадочными местами, столами, доской и мелом; оборудована мультимедийным проектором, ноутбуком.			
7.2	Помещения предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями, инструменты и расходный материал в количестве, позволяющим обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.			
7.3	Сургутская клиническая городская больница, Сургутская клиническая травматологическая больница.			
7.4	Симуляционный класс «Хирургия» оснащён фантомами, муляжами, симуляторами.			
7.5	Анатомический зал СурГУ.			

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«Сургутский государственный университет»

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Приложение к рабочей программе по дисциплине

ХИРУРГИЯ

Специальность:

31.08.67 Хирургия

Уровень подготовки кадров высшей квалификации

по программе ординатуры

Квалификация:

Врач - хирург

Форма обучения:

очная

(очная, заочная)

Сургут, 2025 г.

ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ ИЛИ ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.

Этап 1: Проведение текущей аттестации.

Раздел 1. Хирургическая инфекция.

Вопросы для фронтального опроса:

Микробиологическая характеристика гнойной инфекции.

Понятие внутрибольничная инфекция.

Понятие инфекция связанная с медицинским вмешательством.

Раны: классификация, патогенез, клиника.

Понятие ПХО, ВХО.

Течение раневого процесса.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 2. Хирургическая инфекция органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Вопросы для фронтального опроса:

Хирургическая инфекция органов брюшной полости. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения.

Хирургическая инфекция органов забрюшинного пространства. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 3. Хирургическая инфекция органов грудной полости и средостения.

Вопросы для фронтального опроса:

Хирургическая инфекция органов грудной полости. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения

Хирургическая инфекция органов средостения. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 4. Хирургическая инфекция мягких тканей.

Вопросы для фронтального опроса:

Хирургическая инфекция мягких тканей. Нозологические формы Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.

Современные принципы лечения.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 5. Хирургическая инфекция верхних и нижних конечностей, остеомиелит.

Вопросы для фронтального опроса:

Панариций. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения

Остеомиелит. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 6. Хирургический сепсис, перитонит.

Вопросы для фронтального опроса:

Хирургический сепсис. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения

Перитонит. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения

Список ситуационных задачи:

Задача 1. В хирургическое отделение поступила больная Н., 40 лет, через 3 суток от начала заболевания. При поступлении больная предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, над лоном, левой подвздошной области. Из анамнеза известно, что боли начались в эпигастрии и через несколько часов мигрировали в правую подвздошную область. Около 12 часов боли распространились на все нижние отделы живота. При осмотре общее состояние больной тяжелое, в сознании, кожные покровы пониженной влажности, язык сухой. Пульс 92 в минуту, АД 110/80 мм рт.ст. Живот умеренно вздут и напряжен в нижних отделах. Из-за напряжения мышц передней брюшной стенки исследование затруднено, пальпация в нижних отделах резко болезненна, определяются положительные симптомы раздражения брюшины.

1. Поставьте предварительный диагноз и укажите хирургическую тактику у данной пациентки.
2. Обоснуйте характер и объем предоперационной подготовки в данном случае.
3. Обоснуйте выбор доступа для выполнения хирургического вмешательства у данной пациентки.
4. Выберите способ дренирования брюшной полости применительно к данному случаю.
5. Назначьте послеоперационное лечение.

Задача 2. В хирургическом отделении находится больная К., 30 лет, которой 8 дней назад произведена операция - аппендэктомия по поводу гангренозного перфоративного аппендицита, диффузного перитонита. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 3-4 сутки удалены дренажи из брюшной полости. Однако на 5 сутки появились тупые боли внизу живота. К 8 суткам послеоперационного периода температура тела повысилась до 38,5, появилось вздутие живота, периодически урчание, газы отходят, стул был. В мезогастррии нечетко пальпируется объемное образование, мягко-эластической консистенции, болезненное, размерами 8х6см. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет. Заподозрен межкишечный абсцесс.

1. Дайте определение и назовите наиболее вероятные причины развития межкишечного абсцесса.
2. Какие симптомы характерны для межкишечного абсцесса?
3. План диагностических мероприятий с результатами исследований.
4. Назовите методы хирургического лечения межкишечных абсцессов.
5. Назначьте послеоперационное лечение.

Задача 3. В хирургическом отделении находится на лечении больная Б., 18 лет, которой 5 дней назад была произведена операция - аппендэктомия - по поводу гангренозного аппендицита, тифлита, местного перитонита. Брюшная полость была ушита наглухо, хотя культю отростка надежно погрузить не удалось в связи с явлениями тифлита. После операции температура тела была субфебрильная, в последние 2 дня стала повышаться, к вечеру до 38-39,5. Появились боли внизу живота, тенезмы. Тошноты рвоты нет, аппетит несколько снижен. При исследовании *per rectum* определяется: зияние ануса, нависание и болезненность передней стенки прямой кишки. При исследовании *per vaginam*: нависание заднего свода влагалища, резкая болезненность при смещении матки.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. В чем вы видите наиболее вероятную причину возникновения заболевания? Какие ошибки были допущены хирургом во время оперативного вмешательства?
3. Дайте определение абсцесса Дугласова пространства?
4. Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза. Ожидаемые результаты.
5. Определите хирургическую тактику и этапы оперативного вмешательства при абсцессе Дугласова пространства.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Контрольная работа.

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов)

Этап 2: Проведение промежуточной аттестации – зачет.

2.1. Список вопросов к промежуточной аттестации.

1. Понятие о хирургической инфекции. Принципы ведения пациентов с хирургической инфекцией.
2. Эпидемиология, классификация хирургической инфекцией.
3. Понятие внутрибольничной инфекции.
4. Понятие инфекция связанная с медицинскими вмешательствами.
5. Хирургическая инфекция в брюшной полости. Нозологические формы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
6. Современные принципы лечения инфекции органов брюшной полости
7. Хирургическая инфекция органов забрюшинного пространства. Нозологические формы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
8. Современные принципы лечения инфекции органов забрюшинного пространства.
9. Хирургическая инфекция органов грудной клетки. Нозологические формы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
10. Современные принципы лечения инфекции органов грудной клетки.
11. Хирургическая инфекция средостения. Нозологические формы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
12. Современные принципы лечения инфекции средостения.
13. Хирургическая инфекция мягких тканей. Нозологические формы Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
14. Современные принципы лечения инфекции мягких тканей.
15. Хирургическая инфекция пальцев и кисти. Нозологические формы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
16. Современные принципы лечения инфекция пальцев и кисти.
17. Хирургическая инфекция нижней конечности, стопы. Нозологические формы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения.
18. Рожь. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения.
19. Остеомиелит. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения.
20. Сепсис. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения.
21. Абдоминальный сепсис. Перитонит. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения.
22. Раны. Определение, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения.
23. Понятие ПХО, ВХО. Особенности течения раневого процесса.
24. Виды заживления ран. Классификация операционных ран. Послеоперационные гнойные осложнения: причины возникновения. Основные принципы диагностики и лечения.
25. Современные принципы и методы пред, интра и послеоперационной профилактики развития раневой инфекции. Принципы антибактериальной терапии.
26. Анаэробная хирургическая инфекция. Специфическая инфекция. Нозологические формы. Этиология, характеристика возбудителей, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Современные принципы лечения.

Вывод: Подготовка к фронтальному опросу и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-5, ПК-6.

2.2. Список тестовых заданий.

1. К местным немикробным этиологическим факторам развития гнойной хирургической инфекции относятся:

- а) травматичное выполнение оперативного пособия;
- б) электрокоагуляция и электрохирургия;
- в) наложение большого количества лигатур;
- г) использование нерассасывающегося шовного материала;
- д) неэффективный гемостаз;
- е) длительность выполнения оперативного пособия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в;
- 2) в, г, д;
- 3) г, д, е;
- 4) а, в, д;
- 5) верно все.

2. Возбудителем рожистого воспаления является:

- 1) стафилококк;
- 2) стрептококк;
- 3) палочка свиной рожи;
- 4) клебсиелла;
- 5) анаэробы.

3. Какие методы применяются при исследовании аспирированной из плевры жидкости у больного с заболеванием легких?

- а) определение форменных элементов крови;
- б) цитологическое исследование;
- в) определение белка в жидкости;
- г) определение гемоглобина;
- д) посев на чувствительность к антибиотикам.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, г, д;
- 2) б, в, г;

- 3) а, б, в, г;
- 4) а, в, д;
- 5) б, г, д.

4. В какие сроки выполняется поздняя хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1) 18-24 часа;
- 2) 24-36 часов;
- 3) 36-48 часов;
- 4) 48-72 часа;
- 5) более 72 часов.

5. В первую очередь следует искать первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите:

- 1) в диафизе кости;
- 2) эпифизе кости;
- 3) метафизе кости;
- 4) не имеет значения.

7. Нельзя использовать в лечении серозной фазы мастита:

- 1) рассечение;
- 2) антибиотикотерапию;
- 3) физиотерапию;
- 4) профилактику лактостаза;
- 5) ретромаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками.

8. Нельзя считать характерным для начального периода острого гематогенного остеомиелита:

- 1) лейкоцитоз;
- 2) боль в конечности;
- 3) нарушение функции конечности;

- 4) гипертермию;
- 5) анемию.

9. Необходимым условием для первичного заживления раны является:

- а) наличие в ране очага некроза и гематом;
- б) соприкосновение краев раны;
- в) сохранение жизнеспособности краев раны;
- г) небольшая зона повреждения;
- д) бактериальная обсемененность тканей раны выше критического уровня.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в;
- 2) б, д;
- 3) б, в;
- 4) г, д;
- 5) верно все.

10. Инфильтрат от абсцесса мягких тканей отличается:

- 1) болью;
- 2) гиперемией;
- 3) отсутствием флюктуации;
- 4) гипертермией;
- 5) лейкоцитозом.

Вариант 2

1. Симптом, являющийся начальным проявлением анаэробной инфекции:

- 1) распирающие боли в ране;
- 2) пятна на коже бурой, желтой, синей окраски;
- 3) появление на коже пузырей с геморрагическим содержимым;

- 4) выпирающие из раны мышцы серого цвета (цвет «вареного мяса»);
- 5) некроз всех тканей.

2. Какова должна быть лечебная тактика у больного с острым абсцессом легкого в стадии формирования, без прорыва в бронх?

- 1) оперативное лечение – резекция легкого;
- 2) оперативное лечение – пневмотомия;
- 3) пункция плевральной полости;
- 4) оперативное лечение – торакопластика;
- 5) консервативные методы лечения, антибиотики, детоксикация.

3. В какие сроки выполняется отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1) через 6 часов;
- 2) до 18 часов;
- 3) 18-24 часа;
- 4) 24-48 часов;
- 5) более 48 часов.

4. Какие методы лечения при сепсисе следует выбрать? а) переливание компонентов крови; б) дезинтоксикационная терапия; в) ранняя активизация больного; г) антибактериальная терапия; д) иммунотерапия; е) отказ от хирургического лечения; ж) зондовая энтеральная питание. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в, г, е;
- 2) б, в, г, д;
- 3) в, г, д, ж;
- 4) а, г, д, ж;
- 5) а, б, г, д

5. При надапоневротической флегмоне ладони не наблюдается:

- 1) отек;

- 2) гиперемия;
- 3) флюктуация;
- 4) нарушение функции;
- 5) гипертермия.

6. У больной с абсцессом правого легкого появились резкие боли в грудной клетке, одышка. Рентгенологически выявлено колабирование правого легкого, широкий горизонтальный уровень жидкости, резкое смещение тени средостения влево. Диагноз?

- 1) эмпиема плевры;
- 2) бронхолегочная секвестрация;
- 3) тромбоэмболия правой главной ветви легочной артерии;
- 4) напряженный спонтанный пневмоторакс;
- 5) пиопневмоторакс.

7. Опасность перехода гнойного процесса на предплечье возникает при панарициях: а) I пальца; б) II пальца; в) III пальца; г) IV пальца; д) V пальца. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в;
- 2) б, в, г;
- 3) а, д.
- 4) б, д;
- 5) верно все.

8. В какие сроки осуществляют раннюю хирургическую обработку раны?

- 1) до 6 часов;
- 2) до 12 часов;
- 3) до 18 часов;
- 4) более 24 часов.

9. Клинико-рентгенологически установлен диагноз острой эмпиемы плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Какие из перечисленных методов лечения следует последовательно применять?

- а) курс санационной бронхоскопии;
- б) плевральные пункции с промыванием полости плевры и введением антибиотиков;
- в) дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого;
- г) дезинтоксикационная и антибиотикотерапия;
- д) срочная операция плеврэктомиа с декортикацией легкого.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в, г;
- 2) б, в, д;
- 3) в, г, д;
- 4) б, в, г;
- 5) а, в, д.

10. У больного с абсцессом легкого развилась клиническая картина пиопневмоторакса. Ваши действия в первые сутки с момента диагностики этого осложнения?

- 1. массивная антибиотикотерапия;
- 2. лечебная бронхоскопия;
- 3. дренирование плевральной полости с активной аспирацией и антибиотикотерапия;
- 4. торакотомия и санация плевральной полости;
- 5. резекция доли, несущей полость абсцесса.

2.3. Список ситуационных задач.

Задача № 1

Больной П., 28 лет, поступил с жалобами на острые боли в промежности, тенезмы, повышение температуры тела до 38-39,0С, слабость.

Из анамнеза удалось выяснить, что заболел около 5 дней назад, когда появились тупые, давящие боли в промежности, субфебрильная температура, снижение аппетита, слабость. Последующие дни боли стали более интенсивными, отмечает появление тенезмов и умеренные боли внизу живота. За последние двое суток лихорадка достигла 38-39,0С, сопровождалась проливным потом, слабостью. Из сопутствующих заболеваний – страдает хроническим геморроем второй степени с обострением заболевания в среднем один раз в шесть месяцев.

При обследовании: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, с серым оттенком. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-20, пульс 98 уд/мин, АД-120/80 мм рт.ст. Язык чистый влажный. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицателен. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненности не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1200 мл.

В перианальной области на 3-5 часах имеется припухлость, легкая гиперемия кожи. При пальпации болезненность и инфильтрация тканей без четких границ. При пальцевом исследовании умеренная боль, на 3-5 часах определяется инфильтрат, размягчение. При аноскопии: внутренние геморроидальные узлы до 1,5 см на 3-7-11 часах. Слизистая анального канала слегка гиперемирована, узлы синюшного цвета.

Анализ крови: Hb - 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $15,9 \times 10^9$, э–0, п–24, с–55, л–19, м–2; тромбоцитов – $175,0 \times 10^9$; СОЭ– 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения. Биохимический анализ: общий билирубин - 17,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание у пациента?
2. Определите по клиническим данным форму заболевания.
3. Сформируйте диагностическую программу.
4. Определите тактику лечения.
5. Прогноз заболевания.
6. Выберите оптимальный способ ведения больного послеоперационном периоде, сроки проведения радикального вмешательства.
7. Программа реабилитации.

Задача № 2

Больной 3., 55 лет, был прооперирован в плановом порядке по поводу злокачественной опухоли левой половины толстой кишки. Выполнена левосторонняя гемиколэктомия с первичным толсто-толстокишечным анастомозом "конец – в конец". На 3 сутки после операции у больного, на фоне неинтенсивных болей в области послеоперационных швов, появились слабые боли в левой половине живота. Больной сразу же был осмотрен дежурным врачом, болезненность в левых отделах живота им была расценена как проявление послеоперационного болевого синдрома, в связи с чем было назначено дополнительное обезболивание. На фоне наркотических анальгетиков ночь больной провел спокойно.

На следующие сутки боли в животе усилились, носили постоянный распространенный характер, без иррадиации; присоединилась тошнота, сухость во рту, повышение температуры тела до 39° С.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы бледны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 108 в 1 минуту. Артериальное давление 135/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания участвует ограниченно, отмечается ригидность и болезненность в области анастомоза (левая мезогастральная и подвздошная область) и нижних отделах живота. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Аускультативно определяется резкое ослабление перистальтики. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет.

Из дополнительных методов диагностики:

общий анализ крови: Hb – 125 г/л; Эр. – $4,8 \times 10^{12}$ /л; Ht – 38%; Цв. п. – 0,9; СОЭ – 35 мм/ч; L – $12,5 \times 10^9$ /л; э – 1, п – 11, с – 52, л – 32, м – 4.

общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1018; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 1 – 2 в п/зр.; диастаза мочи 128 ед.

биохимическое исследование: О/бел. – 68 г/л; О/бил. – 18,4 ммоль/л; ЩФ – 255 ед; L-амилаза – 169 г/л; Alt – 0,5; Ast – 0,7; Тим. – 2,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 8,8 ммоль/л; Креат. – 115 мкмоль/л; K⁺ - 3,9 ммоль/л; Na⁺⁺ - 138 ммоль/л; Cl⁻ - 101 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Возможные п/операционные осложнения, их дифференциальная диагностика?
3. Правильны ли действия дежурного хирурга?
4. С помощью каких методов исследования следует уточнить диагноз?
5. Тактика ведения больного.
6. Способ завершения операции.

Задача № 3

Больной Т., 42 лет, переведен из пульмонологического отделения в хирургическую клинику. Беспокоят боли в правой половине грудной клетке, кашель с мокротой, повышение Т тела, ознобы, периодически сопровождающиеся проливными потами, одышка, слабость, отсутствие аппетита. Больным себя считает в течение 2 мес., когда стали беспокоить боли в грудной клетке, слабость, сухой кашель. Госпитализирован через 1 неделю от начала заболевания в пульмонологическое отделение. Консервативное лечение (с трехкратной сменой антибактериальных препаратов) не привело к выздоровлению. Осмотрен хирургом и переведен в торакальное отделение.

Из анамнеза жизни известно, что больной безработный, злоупотребляет приемом алкогольных напитков. Общее состояние больного тяжелое. Астенического телосложения. Кожный покров бледно-серый, тургор кожи снижен. Одутловатость лица, отеки нижних конечностей. Утолщение ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек». Т- 37,7 0 С. Пульс 108 ударов в мин, ритм сохранен. АД 100/60 мм рт.ст. ЧДД – 26 в 1 мин. Грудная клетка уплощена, межреберные промежутки расширены. При пальпации – болезненность в области 5-8 межреберных промежутков справа, здесь же – кожная гиперестезия. При аускультации – справа дыхание бронхиальное, выслушиваются сухие и звучные влажные хрипы, шум трения плевры. При перкуссии – справа ниже 5 ребра притупление (с горизонтальным уровнем). Тоны сердца глухие, систолический шум в точке Боткина, дефицита пульса нет, расширение границ сердца вправо и влево на 1 см. Язык – подсушен, обложен сероватым налетом у корня. Живот – запавший, активно участвует в дыхании. При пальпации – мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край закруглен, плотная. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика кишечника активная. Притупления в отлогих местах нет. Стул – склонность к запорам. Диурез – снижение суточного количества мочи до 600-800 мл.

ОАК – Нв – 108 г/л, эр. – 3.0×10^{12} /л, лейкоциты – $12,8 \times 10^9$ /л, э-3, п-23, с-68, л-6, СОЭ – 39 мм/час. ОАМ – мутн, щел. реакция, уд.в.-1026, белок – 0,66, лей – 6-8 в п. зрения, эр.-2-3 в п/зрения. Белок крови – 47 г/л, сахар крови – 6,4 ммоль/л. Рентгенотомография грудной клетки - две полости с толстыми стенками и неровным внутренним контуром 3 см и 5 см в диаметре с уровнем жидкости, краевыми секвестрами и ограниченной зоной перифокального воспаления в нижней доле правого легкого, жидкость в правой плевральной полости с горизонтальным уровнем. Бронхография – дефект наполнения в зоне S6, S8.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Какое осложнение заболевания имеет место?
3. Какими методами исследования необходимо дополнить диагностическую программу?
4. Наиболее рациональная тактика лечения.

Задача №4

В поликлинику на прием к хирургу обратилась 45-летняя женщина с жалобами в правой голени, головную боль, слабость, разбитость. Более 2 суток, начало заболевания связывает с простудным фактором. Температура тела по вечерам повышалась до 39,0 °С.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируется подчелюстные и паховые лимфоузлы, небольшие, подвижные, плотноэластической консистенции, безболезненные. Опорно-двигательный аппарат без видимой патологии, суставы не изменены. Больная повышенного питания, гиперстенического телосложения. Рост 168 см., масса тела 92 кг. Индекс массы тела 32,59 кг/м². Пульс ритмичный, 76 в минуту. АД 140/90 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 17 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не увеличены. Стул 1 раз в сутки, без патологических примесей. Дизурии нет. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

На передненаружной поверхности нижней и средней третей голени имеется обширное, ярко-красного цвета пятно с несколькими мелкими наполненными серозно-геморрагическим экссудатом пузырьками. Границы гиперемии четкие, неровные (в виде географической карты). На месте гиперемии кожа тестоватая, резко болезненная при пальпации.

Анализ крови: гемоглобин-124 г/л, лейкоциты-15,1х10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы-7%, эозинофилов-2%, сегментоядерных-62%, лимфоцитов-26%, моноцитов-3%, СОЭ-34 мм/ч. Глюкоза-6,5 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность-1026; цвет соломенно-желтый, прозрачная; реакция - слабокислая; белок-следы; сахар, ацетон, желчные пигменты - отсутствуют; эритроциты -единичные в препарате; лейкоциты-3-4 в поле зрения, эпителиальные клетки-0-3 в поле зрения; цилиндры, слизь - отсутствуют; оксалаты+ +.

Коагулограмма: тромбоцитов-185х10⁹/л, время кровотечения-1 мин; время свертывания-8 мин; время рекальцинации плазмы-115 сек; толерантность плазмы к гепарину-12 мин; протромбиновое время-15 сек; протромбиновый индекс-104% антипротромбиновая активность-106%, фибриноген плазмы-2,4 г/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Следует ли больную при госпитализации изолировать от других больных в отделении?
3. Какое лечение Вы назначите больной?

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,

- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	ПК-5 ПК-6,	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программного материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо

		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

2. Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.

31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

3. Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

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

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Контрольная работа.

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ПК-5 ПК-6,	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и	Отлично

		знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (зачете).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	ПК-5 ПК-6	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Тестовый контроль	ПК-5 ПК-6,	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Практическое задание (ситуационная задача)	ПК-5 ПК-6,	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	ПК-5 ПК-6,	Зачтено	9-15
		Не зачтено	6-8

Вывод: в результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: ПК – 5, ПК – 6