

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет

УТВЕРЖДАЮ

Декан медфакультета

16 сентября 2015 г.



Ортопедия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Травматологии и ортопедии**

Учебный план о310866_17_12ТиО.plx
Специальность 31.08.66 Травматология и ортопедия

Квалификация **врач-травматолог-ортопед**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **11 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 396

в том числе:

аудиторные занятия 264

самостоятельная работа 96

экзамены 36

Виды контроля в семестрах:

экзамены 4

зачеты с оценкой 3

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семес тр на курсе>)	3 (2.1)		4 (2.2)		Итого	
Неделя	22		16			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	8	8	8	8	16	16
Практически	142	142	106	106	248	248
Итого ауд.	150	150	114	114	264	264
Контактная	150	150	114	114	264	264
Сам. работа	66	66	30	30	96	96
Часы на			36	36	36	36
Итого	216	216	180	180	396	396

Программу составил(и):

К.м.н., Доцент, Мирджалилов В.М.; К.м.н., Доцент, Дюшеналиев Б.Б.

Рецензент(ы):

К.м.н., Доцент кафедры травматологии, ортопедии и медицины катастроф КГМИПнПК, Исмайлов Б. Т.

Рабочая программа дисциплины

Ортопедия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 26.08.2014г. №1109)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.66 Травматология и ортопедия

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 2:00:00 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Травматологии и ортопедии

Протокол от март 2015 г. № 1 28.08.2015

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой Д.м.н. профессор Сагымбаев М.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16.11 2016 г.

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

Протокол от мсаз 2016 г. № 9 17.05.2016
Зав. кафедрой Д.м.н. профессор Сагымбаев М.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
24.05 2017 г.

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

Протокол от мсаз 2017 г. № 10 29.05.2017
Зав. кафедрой Д.м.н. профессор Сагымбаев М.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
23.05 2018 г.

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

Протокол от мсаз 2018 г. № 10 15.05.2018
Зав. кафедрой Д.м.н. профессор Сагымбаев М.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2019 г.

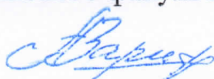
Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Травматологии и ортопедии

Протокол от мсаз 2019 г. № _____
Зав. кафедрой Д.м.н. профессор Сагымбаев М.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМПК медицинского факультета

12 09 2020 г.



РПД пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры Травматологии и ортопедии

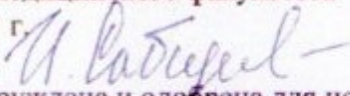
Протокол от 01 09 2020 г. № 1

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Мирджалилов В.М. Мирджалилов В.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМПК медицинского факультета

09 09 2021 г.



РПД пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры Травматологии и ортопедии

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМПК медицинского факультета

09 09 2022 г.



РПД пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры Травматологии и ортопедии

Протокол от 04 09 2022 г. № 1

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Мирджалилов В.М.



1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью обучения по специальности «травматология и ортопедия» является закрепление теоретических знаний по травматологии и ортопедии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессио-нальных компетенций врача травматолога-ортопеда, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Ортопедия	
2.1.2	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена	
2.1.3	Ортопедия	
2.1.4	Ортопедия	
2.1.5	Топографическая анатомия и оперативная хирургия	
2.1.6	Травматология	
2.1.7	Физиотерапия	
2.1.8	Лучевая диагностика	
2.1.9	Нейрохирургия	
2.1.10	Микробиология	
2.1.11	Общественное здоровье и здравоохранение	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Лечебная физкультура и спортивная медицина	
2.2.2	Основы менеджмента в здравоохранении	
2.2.3	Производственная (клиническая) практика: Стационарная	
2.2.4	Топографическая анатомия и оперативная хирургия	
2.2.5	Физиотерапия	
2.2.6	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена	
2.2.7	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 1	
2.2.8	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 2	

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

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	
Знать:	
Уровень 1	–причины и/или факторы риска развития актуальных патологических процессов и заболеваний; –принципы профилактики актуальных патологических процессов и заболеваний;
Уровень 2	возможности и ограничения современной прижизненной патологической анатомии в диагностическом процессе, формировании прогноза таргетной терапии и этиотропной терапии пациентов; – причины и проявления ятрогенной патологии, конфигурацию диагноза при ятрогениях и особенности оформления медицинского свидетельства о смерти; – фундаментальные основы клинической интерпретации данных прижизненного патологоанатомического исследования и лабораторной диагностики;
Уровень 3	– патогенез актуальных патологических процессов и заболеваний и их основных проявлений; – клинико-морфологические проявления, принципы анализа данных лабораторной диагностики при наиболее распространенных заболеваниях;
Уметь:	
Уровень 1	выявлять этиологические (причина, условие), патогенетические факторы, факторы риска в возникновении конкретных патологических процессов у конкретных виртуальных пациентов; – конкретизировать роль реактивности и наследственности в возникновении конкретных патологических процессов у конкретных виртуальных пациентов;
Уровень 2	аргументировать основные постулаты здорового образа жизни; – оформить этапный и заключительный диагноз, эпикриз, медицинское свидетельство о смерти, направление на биопсийное исследование; – интерпретировать основные варианты патологоанатомических заключений по биопсийному и операционно-биопсийному материалу;

Уровень 3	проводить клинкоанатомическое сопоставление и ретроспективный патофизиологический анализ летального исхода; –обосновать принципы этиотропной и таргетной терапии на основании биопсийного заключения; –интерпретировать результаты основных методов лабораторной и функциональной диагностики для выявления патологических процессов и заболеваний;
Владеть:	
Уровень 1	навыками оформления заключительного диагноза и медицинского свидетельства о смерти; –навыками оформления направления на биопсийное исследование и интерпретации заключения патологоанатома;
Уровень 2	навыками обоснования принципов патогенетической, этиотропной и таргетной терапии наиболее распространенных заболеваний; –навыками клинкоанатомических сопоставлений и патофизиологического анализа результатов прижизненной визуализации патологических процессов. –навыками анализа и синтеза информации при решении ситуационных профессионально ориентированных задач
Уровень 3	навыком аргументации собственного мнения; –навыком участия в профессиональной дискуссии; –навыками патофизиологического и клинко-анатомического анализа проявлений патологического процесса и болезни у пациента.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	-Лечение больных с травмами и ортопедическими заболеваниями в стационаре
3.1.2	- общие вопросы организации травматологической помощи населению, работы лечебных учреждений;
3.1.3	-нормативные документы, регулирующие деятельность врача-травматолога;
3.1.4	- общие, функциональные, инструментальные и другие специальные методы обследования;
3.1.5	- вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации у взрослых и детей;
3.1.6	- основы фармакотерапии, включая общее и местное применение анти-биотиков, гормонотерапию; основы иммунологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии;
3.1.7	- клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; клиническую симптоматику "пограничных" заболеваний в хирургической клинике (урология, акушерство и гинекология, педиатрия, инфекционные болезни);
3.1.8	- принципы подготовки больных (взрослых и детей) к операции и ведение послеоперационного периода;
3.1.9	- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, диспансеризации и реабилитации хирургических больных;
3.1.10	- применение физиотерапии, лечебной физкультуры;
3.1.11	- показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
3.1.12	правила охраны труда при работе с аппаратурой и хирургическим инструментарием;
3.1.13	основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде;
3.1.14	- оснащение операционных палат интенсивной терапии; хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях;
3.1.15	принципы организации и проведения диспансеризации населения; экономические вопросы хирургической службы;
3.2	Уметь:
3.2.1	Определение показаний к экстренной, срочной или плановой операции.
3.2.2	Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных.
3.2.3	Определить показания, план и содержание консервативного лечения.
3.2.4	- оформить всю необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
3.2.5	- проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными;
3.2.6	- составить отчет о своей работе и провести анализ ее эффективности.
3.3	Владеть:
3.3.1	Основы инфузионной
3.3.2	терапии при получении травм Основы
3.3.3	фармакотерапии
3.3.4	- репозиция переломов, транспортная иммобилизация при повреждениях конечностей и позвоночника;
3.3.5	- вправление вывихов костей;
3.3.6	- наложение гипсовых повязок при различной локализации переломов и других повреждениях.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Принципы лечения ортопедических больных						
1.1	Принципы лечения ортопедических больных (методы обследования) /Лек/	3	1	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.2	Принципы лечения ортопедических больных (методы обследования) /Пр/	3	10	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.3	Принципы лечения ортопедических больных (методы обследования) /Ср/	3	7	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 2. Остеохондропатии						
2.1	Остеохондропатии: Классификация: остеоохондропатии эпифизов – головки бедра (Лег-Кальве-Пертеса), головок плюсневых костей (Келлера 2); коротких губчатых костей – ладьевидной кости кисти (Кинбека), ладьевидной кости стопы (Келлера 1), тел позвонков (Кальве); апофизов – позвонков (Шойерман-Мау), бугристости б/берцовой кости (Осгуд-Шляттера), пяточного бугра (Шинца); клиновидные остеоохондропатии суставных поверхностей (Кёнига). /Лек/	3	2	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.2	Остеохондропатии: Классификация: остеоохондропатии эпифизов – головки бедра (Лег-Кальве-Пертеса), головок плюсневых костей (Келлера 2); коротких губчатых костей – ладьевидной кости кисти (Кинбека), ладьевидной кости стопы (Келлера 1), тел позвонков (Кальве); апофизов – позвонков (Шойерман-Мау) Этиология и патогенез заболеваний. Стадийное течение заболеваний. Лечение /Пр/	3	22	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.3	Остеохондропатии: Классификация: остеоохондропатии эпифизов – головки бедра (Лег-Кальве-Пертеса), головок плюсневых костей (Келлера 2); коротких губчатых костей – ладьевидной кости кисти (Кинбека), ладьевидной кости стопы (Келлера 1), тел позвонков (Кальве); апофизов – позвонков (Шойерман-Мау) Этиология и патогенез заболеваний. Стадийное течение заболеваний. Лечение /Ср/	3	10	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

2.4	Остеохондропатии:бугристости б/берцовой кости (Осгуд-Шляттера), пяточного бугра (Шинца); клиновидные остеохондропатии суставных поверхностей (Кёнига). Этиология и патогенез заболеваний. Стадийное течение заболеваний. Лечение /Пр/	3	20	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.5	Остеохондропатии:бугристости б/берцовой кости (Осгуд-Шляттера), пяточного бугра (Шинца); клиновидные остеохондропатии суставных поверхностей (Кёнига). Этиология и патогенез заболеваний. Стадийное течение заболеваний. Лечение /Ср/	3	10	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 3. Врожденный вывих бедра						
3.1	Врожденный вывих бедра . Этиология, патогенез, клиника до года - старше года . Рентген диагностика до года - старше года . лечения до года- старше года. Профилактика вывиха бёдер /Лек/	3	1,5	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.2	Врожденный вывих бедра . Этиология, патогенез, клиника до года . Рентген диагностика до года. лечения до года. Профилактика вывиха бёдер /Пр/	3	15	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.3	Врожденный вывих бедра . Этиология, патогенез, клиника до года . Рентген диагностика до года. лечения до года. Профилактика вывиха бёдер /Ср/	3	10	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.4	Врожденный вывих бедра . Этиология, патогенез, клиника старше года . Рентген диагностика старше года . лечения старше года. Профилактика вывиха бёдер /Пр/	3	15	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.5	Врожденный вывих бедра . Этиология, патогенез, клиника старше года . Рентген диагностика старше года . лечения старше года. Профилактика вывиха бёдер /Ср/	3	8	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 4. Врожденные аномалии шеи						
4.1	Врожденная мышечная кривошея: Патогенез заболевания. Клиническая картина и дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Оперативное лечение: показания, сроки, виды операций. /Лек/	3	1,5	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
4.2	Врожденная мышечная кривошея: Патогенез заболевания. Клиническая картина и дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Оперативное лечение: показания, сроки, виды операций. /Пр/	3	20	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
4.3	Врожденная мышечная кривошея: Патогенез заболевания. Клиническая картина и дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Оперативное лечение: показания, сроки, виды операций. /Ср/	3	5	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 5. Врожденные деформации верхней конечности						

5.1	Врожденные деформации верхней конечности (рожденные ампутации, недоразвитие, укорочение одной или обеих рук, наличие врожденного ложного сустава, амниотические перетяжки, косорукость, фокомелию, кампомелию, аномальное количество пальцев кисти или их сращение /Лек/	3	2	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.2	Врожденные деформации верхней конечности (рожденные ампутации, недоразвитие, укорочение одной или обеих рук, наличие врожденного ложного сустава, амниотические перетяжки, косорукость, фокомелию, кампомелию, аномальное количество пальцев кисти или их сращение /Пр/	3	20	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.3	Врожденные деформации верхней конечности (рожденные ампутации, недоразвитие, укорочение одной или обеих рук, наличие врожденного ложного сустава, амниотические перетяжки, косорукость, фокомелию, кампомелию, аномальное количество пальцев кисти или их сращение /Ср/	3	10	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
Раздел 6. врожденная косолапость.							
6.1	Врожденная косолапость: Патогенез заболевания, определение 16 косолапости и ее элементы. Клиническая картин, степени тяжести патологии. Консервативное лечение: этапные гипсовые повязки, лечение по методу Виленского, сроки иммобилизации, лечение после прекращения иммобилизации, обувь Оперативное лечение: показания, сроки выполнения операций, виды оперативных вмешательств. /Пр/	3	20	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
6.2	Врожденная косолапость: Патогенез заболевания, определение 16 косолапости и ее элементы. Клиническая картин, степени тяжести патологии. Консервативное лечение: этапные гипсовые повязки, лечение по методу Виленского, сроки иммобилизации, лечение после прекращения иммобилизации, обувь Оперативное лечение: показания, сроки выполнения операций, виды оперативных вмешательств. /Ср/	3	6	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
6.3	/ЗачётСОц/	3	0	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

	Раздел 7. Сколиотическая болезнь						
7.1	Сколиотическая болезнь: Определение понятий сколиоз и сколиотическая болезнь. Формы сколиоза /Лек/	4	1,5	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
7.2	Сколиотическая болезнь: Определение понятий сколиоз и сколиотическая болезнь. Формы сколиоза – функциональный, структуральный, врожденный, идеопатический. Приобретенные формы сколиоза – паралиотический, рахитический. Патогенез заболевания, факторы нарушающие нормальный рост позвонков. /Пр/	4	10	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
7.3	Сколиотическая болезнь: Определение понятий сколиоз и сколиотическая болезнь. Формы сколиоза – функциональный, структуральный, врожденный, идеопатический. Приобретенные формы сколиоза – паралиотический, рахитический. Патогенез заболевания, факторы нарушающие нормальный рост позвонков. /Ср/	4	4	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
7.4	Сколиотическая болезнь: Ассиметричный рост позвонков, торсия позвоночника, изменения структуры и формы позвонков, сопутствующие деформации грудной клетки. Нарушения со стороны органов грудной полости. Структура деформации – первичная дуга и компенсаторные дуги искривления. Типы сколиоза по Понсетти и Фридману. Клиникорентгенологическая классификация по Чаклину. Принципы лечения сколиотической болезни. Консервативное лечение на ранних стадиях. Оперативное лечение. /Пр/	4	10	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 8. Врожденные аномалии нижних конечностей						
8.1	Врожденные аномалии нижних конечностей : патологию области тазобедренного сустава, бедра, коленного сустава, голени, голеностопного сустава и стопы. Может наблюдаться полное отсутствие конечности или какого-то из ее отделов, недоразвитие целого сегмента или одной из костей /Лек/	4	1,5	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
8.2	Врожденные аномалии нижних конечностей : патологию области тазобедренного сустава, бедра, коленного сустава /Пр/	4	10	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
8.3	Врожденные аномалии нижних конечностей : патологию области тазобедренного сустава, бедра, коленного сустава /Ср/	4	3	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

8.4	Врожденные аномалии нижних конечностей : голени, голеностопного сустава и стопы. /Пр/	4	10	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
8.5	Врожденные аномалии нижних конечностей : голени, голеностопного сустава и стопы. /Ср/	4	3	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
8.6	Сколиотическая болезнь:Ассиметричный рост позвонков, торсия позвоночника, изменения структуры и формы позвонков, сопутствующие деформации грудной клетки. Нарушения со стороны органов грудной полости. Структура деформации – первичная дуга и компенсаторные дуги искривления. Типы сколиоза по Понсетти и Фридману. Клиникорентгенологическая классификация по Чаклину. Принципы лечения сколиотической болезни. Консервативное лечение на ранних стадиях. Оперативное лечение. /Ср/	4	3	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 9. Воронкообразная грудная клетка:						
9.1	Воронкообразная грудная клетка: Патогенез заболевания. Клиническая картина. Лечение. /Лек/	4	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
9.2	Воронкообразная грудная клетка: Патогенез заболевания. Клиническая картина. Лечение. /Пр/	4	10		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
9.3	Воронкообразная грудная клетка: Патогенез заболевания. Клиническая картина. Лечение. /Ср/	4	3		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 10. Дегенеративные заболевания позвоночника, остеохондроз						
10.1	Дегенеративные заболевания позвоночника, остеохондроз /Лек/	4	1	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
10.2	Дегенеративные заболевания позвоночника, остеохондроз: Хирургическая анатомия позвоночника. Функция позвоночного столба и межпозвонкового диска Этиология и патогенез остеохондроза, стадии выпячивания диска, стадия образования грыжи, стадия выпадения диска. Патологоанатомические изменения /Пр/	4	13	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

10.3	Дегенеративные заболевания позвоночника, остеохондроз: Хирургическая анатомия позвоночника. Функция позвоночного столба и межпозвонкового диска Этиология и патогенез остеохондроза, стадии выпячивания диска, стадия образования грыжи, стадия выпадения диска. Патологоанатомические изменения /Ср/	4	4	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
10.4	Дегенеративные заболевания позвоночника, остеохондроз: Клиника остеохондроза: болевой синдром, статические и биомеханические нарушения, нестабильность позвоночника, неврология. Рентген-диагностика остеохондроза. Особенности остеохондроза шейного отдела, грудного отдела, поясничного отдела позвоночника. Консервативное и оперативное лечение остеохондроза /Пр/	4	15	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
10.5	Дегенеративные заболевания позвоночника, остеохондроз: Клиника остеохондроза: болевой синдром, статические и биомеханические нарушения, нестабильность позвоночника, неврология. Рентген-диагностика остеохондроза. Особенности остеохондроза шейного отдела, грудного отдела, поясничного отдела позвоночника. Консервативное и оперативное лечение остеохондроза /Ср/	4	3	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 11. дегенеративно-дистрофические заболевания						
11.1	Деформирующий артроз крупных суставов: Этиология и патогенез заболевания, первичные и вторичные деформирующие артрозы, дегенерация суставного хряща, вторичные костные изменения. /Лек/	4	2	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
11.2	Деформирующий артроз крупных суставов: Этиология и патогенез заболевания, первичные и вторичные деформирующие артрозы, дегенерация суставного хряща, вторичные костные изменения. Стадии заболевания: клинические, рентгенологические, морфологические проявления. Лечение: медикаментозное, лечебная гимнастика и массаж, сан-кур. Лечение. Хирургическое лечение. Реабилитация больных с деформирующим артрозом. /Пр/	4	13	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

11.3	Деформирующий артроз крупных суставов: Этиология и патогенез заболевания, первичные и вторичные деформирующие артрозы, дегенерация суставного хряща, вторичные костные изменения. Стадии заболевания: клинические, рентгенологические, морфологические проявления. Лечение: медикаментозное, лечебная гимнастика и массаж, сан-кур. Лечение. Хирургическое лечение. Реабилитация больных с деформирующим артрозом. /Ср/	4	4	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
11.4	Статические деформации стоп: Плоская, плосковальгусная стопа: Этиопатогенез заболевания, клиническая диагностика, лечение. Вальгусная деформация 1 пальца стоп: Этиопатогенез, клиническая диагностика, оперативное лечение. /Пр/	4	15	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
11.5	Статические деформации стоп: Плоская, плосковальгусная стопа: Этиопатогенез заболевания, клиническая диагностика, лечение. Вальгусная деформация 1 пальца стоп: Этиопатогенез, клиническая диагностика, оперативное лечение. /Ср/	4	3	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
11.6	/Экзамен/	4	36	ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ ЗНАТЬ:

- 1) Симптом Тренделенбурга. Как его определяем?
- 2) Вывихи бедра, виды. Диагностика.
- 3) Врожденный вывих бедра. Схема Хильгенрейнера.
- 4) Вывихи стерняльного конца ключицы, Клиника, лечение?
- 5) Что такое миофасциотенодез. Патогенез, лечение.
- 6) Шейная вагосимпатическая блокада по А.В.Вишневскому, показания, техника исполнения, количество анестетика.
- 7) 4. Болезнь Осгуда-Шлаттера. Клиника, диагностика, лечение.
- 8) Показания к оперативному лечению при врожденном вывихе бедра.
- 9) 1."Блокада" коленного сустава, ее устранение.
- 10) Деформирующий артроз коленного сустава. Диагностика, лечение.
- 11) Остеохондропатии. Болезнь Кенига, диагностика, лечение.
- 12) Сколиоз. Классификация. Клиника, лечение.
- 13) Вывихи стопы, виды. Диагностика, лечение.
- 14) Мышечная кривошея. Оперативное лечение.
- 15) Разрыв ахиллова сухожилия. Диагностика, лечение.
- 16) Особенности лечения вывихов бедра.
- 17) Врожденная косолапость. Клиника. Операция по Зацепину.
- 18) Вывихи плюсневых костей. Диагностика, лечение.
- 19) Симптом Тренделенбурга.
- 20) Назовите точки, где производят пункции суставов верхней конечности.
- 21) Консервативное лечение врожденного вывиха бедра.
- 22) Хондродисплазия, хондродистрофия. Клиника. Лечение.
- 23) Центральные вывих бедра. Клиника. Лечение.
- 24) Блокада по Школьникову, Селиванову, показания и техника выполнения;

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЕЙ ОБУЧЕННОСТИ УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ:

- Выполнить необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Провести дифференциальную диагностику заболеваний;
- Организовать необходимую и адекватную хирургическую помощь;
- Оказывать неотложную хирургическую помощь;
- Оценить состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи;
- Оформлять медицинскую документацию в соответствии с нормативной базой;
- Методикой комплексного обследования хирургических больных и интерпретации результатов;
- Методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных хирургических методик исследования;
- Методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе хирургической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Учебным планом не предусмотрено.

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕСТ. Тестовые вопросы

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ТЕМАТИКА ДОКЛАДОВ С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (Примерный перечень)

1. Врожденная кривошея
2. Болезнь Шинса
3. Вывихи акромиального конца ключицы, клиника, лечение
4. Механизмы переломов костей и смещения отломков, виды смещения
5. Повреждения голени, голеностопного сустава и стопы
6. Болезнь Осгуда-Шлаттера
7. Врожденный вывих бедра

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР БОЛЬНОГО:

Целью проведения клинического разбора является формирование у выпускника профессиональной компетенции врача травматолога и ортопеда на конкретной клинической ситуации.

Выступающие должны:

- Знать и соблюдать в данном случае врачебную этику и деонтологию;
 - Освоить персонально диагностику, лечение, профилактику и реабилитацию разбираемой патологии;
 - Ставить алгоритм оказания неотложной травматологической-ортопедической помощи в данной клинической ситуации.
- Ведущий клинический разбор объявляет тему, подчеркивает актуальность данной патологии (перелома) в медицинской практике

врача-хирурга, дает целевую установку и порядок проведения.

Клинический разбор больного можно разделить на следующие этапы, которые учитывают ниже перечисленные аспекты:

I этап. Самостоятельная работа.

- Кураторы докладывают жалобы больного, дифференцированно выделяя ведущие. Далее формируют их в синдромы, оценивают сочетаемость последних.
 - Анамнез настоящего заболевания должен быть изложен в соответствии с выделенными ведущими симптомами или синдромами и последовательно отражать динамику развития заболевания и взаимосвязь проявлений заболевания.
 - В анамнезе жизни необходимо отразить генетическую предрасположенность, а так же учесть профессиональный, аллергологический анамнез.
 - Кураторы должны четко представить патологию, выявленную при физикальном обследовании, и объяснить патогенез.
 - Необходимо учитывать психику больного при оценке клинических данных («соответствуют ли?», «адекватны ли?», «преувеличены ли?», «преуменьшены ли?») жалобы больного его состоянию).
 - Важно оценить специальные методы исследования: лабораторные, рентгенологические и функциональные, дать по ним заключение.
 - Профессионально обобщить собранные данные о больном, выделить синдромы, характер перелома
 - Квалифицированно обосновать основной диагноз, привести диагностические критерии обсуждаемой патологии.
 - Грамотно сформулировать диагноз как основной, так и осложнения, сопутствующих заболеваний.
 - Сформулировать дифференциальный диагноз с соблюдением алгоритма:
 - Выявление и анализ патогенеза ведущего симптома или синдрома.
 - Выделение и анализ синдрома процесса болезни (синдром специфического или неспецифического воспалительного процесса, синдром опухолевого процесса, синдром дистрофических изменений, синдром нарушения обмена веществ, синдром расстройства кровообращения, синдром функциональных, невротических нарушений).
 - Анализ и синтез других синдромов для понимания сущности процесса болезненных проявлений (качественная и количественная характеристика, патогенетическая связь с ведущим синдромом, причинно-следственные соотношения).
- Роль ведущего синдрома.
- Рассмотреть симптомосходные и синдромосходные заболевания (прежде всего, прогностически опасные для жизни пациента, затем частые и редкие). Выделить ведущее заболевание – имеется ввиду возможности комбинированной основной патологии.
 - Разбор синдромосходных заболеваний, имеющих клиническую картину сходную с клинической картиной исследуемого больного с учетом отличия каждого из этих заболеваний от заболевания данного разбираемого больного (для возможного их исключения).
 - Оценить проводимую терапию: выбор способа лечения на основании оценки состояния организма.

- Назначена стандартная или симптоматическая терапия.
 - Показания и противопоказания при выборе алгоритма лечения.
 - Критерии оценки эффективности проводимой терапии с позиции доказательной медицины.
 - Возможности применения современных высокотехнологичных методов лечения.
 - Оценка прогноза в отношении дальнейшего течения и исхода болезни, качества жизни, трудоспособности (с учетом международного индекса прогноза).
 - Реабилитация: медицинская, социальная.
- II этап. Демонстрация больного.
- На клиническом разборе ординатор докладывает у постели больного (с его согласия и разрешения лечащего врача).
 - Все присутствующие (преподаватели и ординаторы), соблюдая этику и основы деонтологии, задают пациенту вопросы по анамнезу, уточняют данные физикальных изменений.
- III этап. Обсуждение данного клинического случая.
- Возможность высказать свое мнение предоставляется всем присутствующим (ординаторам, преподавателям).

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тест в ПРИЛОЖЕНИИ №1
 Ситуационные задачи в ПРИЛОЖЕНИИ №2
 Экзаменационные вопросы ПРИЛОЖЕНИИ №3
 Фронтальный опрос в п.5.1.
 Доклад с презентацией. тематика докладов в п.5.3.
 Клинический разбор больного в п.5.3.
 Перечень шкал оценивания по каждому виду оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №4
 ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Кавалерский Г.М., Гаркави А.В., Силин Л.Л., Кавалерский Г.М.	Травматология и ортопедия: учебник для мед. проф. образования	М.: Академия 2013
Л1.2	Колесникова М.А.	Травматология и ортопедия: Учебник	Ростов н/Д: Феникс 2010
Л1.3	Под ред. Н.В. Корнилова	Травматология и ортопедия: Учебник для студентов медицинских вузов	Санкт-Петербург.: Гиппократ 2008

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Корнилов Н.В.	Травматология и ортопедия: Учебник для студентов медицинских вузов	СПб.: Гиппократ 2001
Л2.2	Х.А. Мусалатов, Г.С. Юмашев, Л.Л. Силин и др	Травматология и ортопедия: Учебник	Москва.: Медицина 1995

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Мирджалилов В.М.	Методика обследования травматологических и ортопедических больных: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015
Л3.2	С.А. Джумабеков, В.М. Мирджалилов, М.А. Голев	Иммобилизация костей и суставов: Методика написания истории болезни травматологического больного	КРСУ 2013

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Травматология и ортопедия	www.medlit.ru
Э2	Электронная библиотека Российской государственной библиотеки (РГБ)	www.gumer.info
Э3	Электронная библиотека КРСУ	www.lib.krsu.kg
Э4	Электронно-библиотечная система "Znanium"	www.znaniy.com

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии: лекции, практические занятия, ориентированные на сообщение знаний и способов действий, преподаваемых ординаторам в готовом виде и предназначенных для усвоения. Чтение лекций предусматривает использование мультимедийного оборудования. Проведение практических занятий с применением таблиц и наглядных пособий.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии: используются ролевые игры, разборы конкретных ситуаций, подготовка ординаторами докладов с презентациями на заданные темы.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии: самостоятельное использование ординаторами компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	Медицинская база данных: http://www.medline.com
6.3.2.2	Травматология и ортопедия (www.medlit.ru)
6.3.2.3	Электронная библиотека Российской государственной библиотеки (РГБ) (www.gumer.info)
6.3.2.4	Электронная библиотека КРСУ (www.lib.krsu.kg)
6.3.2.5	Электронно-библиотечная система "Znaniy" (www.znaniy.com)
6.3.2.6	Медицинская литература: http://www.booksmed.com
6.3.2.7	Все о медицине: http://www.meduniver.com

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии (БНИЦТО)
7.2	-Компьютерный класс (корпус №9) с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами;
7.3	-Симуляционный центр интегративного и практического обучения (ЦИПО - корпус №12).
7.4	Библиотека КРСУ http://www.lib.krsu.edu.kg/
7.5	1. Лекционный зал на 120 посадочных мест. В комплекте: - мультимедийное оборудование (проектор, ноутбук).
7.6	2. 3 стандартно оборудованные аудитории. В комплекте: 1 компьютер, 2 ноутбук, 1 проекционный аппарат.
7.7	-учебные аудитории и лекционный зал оснащены учебными досками, негатоскопами для демонстрации и разбора рентгенограмм, набором табличного материала.
7.8	- для отработки практических навыков: • транспортные шины 10 • макеты скелетного вытяжения 5 • аппарат Илизарова 4 • аппарат Аганесяна 2 • аппарат Калнберза 2 • шины ЦИТО 4 • шины Виленского 3 • скелет 1 • пластинированные препараты 8
7.9	3. Кроме того, в рамках «Договора на информационно-библиотечное обслуживание» от 5.01.2017 г., в распоряжение профессорско-преподавательского состава, клинических ординаторов и студентов предоставлен библиотечный фонд библиотеки Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии с общим фондом свыше 7000 наименований.
7.10	-Аудитории корпус №2, 1-й этаж. Корпус №1, 3-й этаж, аудитория «Кабинет доцента Мирджалилова В.М.» - корпус №2, 4-й этаж, аудитория №1.- корпус №1, цокольный этаж, аудитория №1 - корпус №1, цокольный этаж, аудитория №2
7.11	Операционные : 12 шт.
7.12	Приёмное отделение-4шт

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
<p>Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ №5</p> <p>МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.</p> <p>2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.</p> <p>3. Промежуточный контроль - завершённая задокументированная часть учебной дисциплины (3 семестр - дифференцированный зачет) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.</p> <p>ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ</p> <p>При явке на экзамены и зачёты обучающийся обязан иметь при себе дневник ординатора, который он предъявляет экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем ординаторам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле ординатор должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу или ситуационное задание (уметь, владеть). Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации большого ординаторами в течении семестра.</p> <p>Оценка промежуточного контроля:</p> <p>- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы ординатор правильно формулирует основные понятия).</p>

- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если ординатор правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОРДИНАТОРА

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

По каждому разделу на кафедре разработаны методические рекомендации для ординаторов, а также методические указания для преподавателей.

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы ординаторов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков ординатора по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у ординаторов

навыки работы на компьютере.
Материалы-презентации готовятся ординатором в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint. Требование к ординаторам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается ординатором из предложенного списка ФОС и должна быть согласована с преподавателем и соответствовать теме занятия.
2. Этапы подготовки презентации.

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы).

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам ординатор - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы придется размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.
- 4. Ординатор обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.
- 5. Инструкция докладчикам.
 - сообщать новую информацию;
 - использовать технические средства;
 - знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;

- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;

- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

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

- название презентации;

- сообщение основной идеи;

- современную оценку предмета изложения;

- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;

- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО.

1. Теоретическая подготовка к курации больного (ознакомление с тематикой страдающего больного).

2. Распределение пациентов среди студентов.

3. Установление доверительного контакта с пациентом.

5. Сбор жалоб и анамнеза болезни и жизни больного.

6. Осмотр и обследование больного по системам внутренних органов.

7. Осмотр и описание клинического статуса.

8. Постановка предварительного диагноза.

9. Сбор лабораторных данных исследования больного.

10. Постановка клинического диагноза.

11. Определение тактики предполагаемого лечения.

12. Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в учебной истории больного.

13. Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению по современным данным литературных источников.

14. Обсуждение учебной истории болезни в группе среди студентов и с преподавателем кафедры.

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР БОЛЬНОГО

Клинический разбор необходимо проводить по схеме, указанной в п.5.3

Осложнения повреждений опорно-двигательного аппарата

1. Наиболее частой причиной развития посттравматической контрактуры сустава являются:

- а) нарушения кровоснабжения и иннервации;**
- б) выраженный болевой синдром;**
- в) длительная иммобилизация;**
- г) остеопороз;**
- д) инфекционные осложнения.**

2. При анкилозе амплитуда движений в суставе составляет:

- а) 0-5 градусов;**
- б) 0 градусов;**
- в) 5-10 градусов.**

3. Несвоевременное устранение вывиха полулунной кости приводит к развитию:

- а) асептического некроза;**
- б) деформирующего артроза;**
- в) контрактуры;**
- г) неврологических нарушений;**
- д) нарушений кровоснабжения кисти.**

4. Несвоевременное устранение подвывиха в голеностопном суставе приводит к развитию:

- а) неврологических нарушений;**
- б) асептического некроза;**
- в) контрактуры;**
- г) деформирующего артроза;**
- д) нарушений кровоснабжения кисти.**

5. При многоплоскостных деформациях костей в сочетании с их укорочением наиболее эффективны:

- а) консервативное лечение;
- б) гипсовые повязки;
- в) методы Г. А. Илизарова и применение аппаратов внешней фиксации;
- г) скелетное вытяжение.

Инфекционные заболевания костей и суставов

1. При открытых переломах риск инфекционных осложнений снижается:

- а) если хирургическая обработка раны и стабилизация отломков выполнены в сроки до 6 часов после травмы;
- б) если антибиотикопрофилактика начата до 6 часов после травмы, а стабилизация отломков выполнена на 5-7-е сутки;
- в) если антибиотикопрофилактика начата в сроки до 6 часов после травмы, а стабилизация отломков выполнена после заживления раны.

2. Металлоконструкции и иные имплантаты:

- а) увеличивают риск развития только ранней хирургической инфекции;
- б) уменьшают риск развития ранней и поздней хирургической инфекции;
- в) не влияют на частоту ранней и поздней хирургической инфекции;
- г) увеличивают риск развития ранней и поздней хирургической инфекции;
- д) увеличивают риск развития только поздней хирургической инфекции.

3. При диагностике остеомиелита наиболее информативны:

- а) ангиография;
- б) ультразвуковое исследование;
- в) рентгенологические методы исследования;
- г) определение количества эозинофилов в сыворотке крови;
- д) определение содержания кальция в сыворотке крови.

4. Гнойный артрит голеностопного сустава:

- а) является показанием к госпитализации пациента в стационар для хирургического лечения;
- б) является показанием к госпитализации пациента в стационар для консервативного лечения;

в) лечение может проводиться в амбулаторных условиях.

5. Лечение хронического остеомиелита заключается в:

а) дренировании очага воспаления и промывания его антисептиками;

б) радикальной хирургической обработке очага с последующим пластическим замещением образовавшейся полости;

в) гипсовой иммобилизации и консервативном лечении.

Неспецифические артриты

1. Неспецифические артриты обычно дебютируют в возрасте:

а) 50 лет и старше;

б) 15-50 лет;

в) 0-15 лет.

2. Наиболее характерными клиническими проявлениями ревматоидного артрита являются:

а) искривление и ограничение подвижности грудного и поясничного отделов позвоночника;

б) боль и скованность в мелких суставах кистей и стоп, тазобедренных, коленных, голеностопных, плечевых и локтевых суставах;

в) боль и скованность в грудинно-реберных сочленениях, существенно затрудняющая дыхание.

3. Диагностика анкилозирующего спондилоартрита основывается на:

а) методах клинического и лучевого (рентгенография, КТ, МРТ) обследования;

б) УЗИ крупных суставов верхних и нижних конечностей;

в) радиоизотопного сканирования скелета.

4. Терапия ревматоидного артрита заключается в:

а) применении антибиотиков и средств, улучшающих периферическое кровоснабжение;

б) применении противовоспалительных препаратов и средств, повышающих активность иммунной системы;

в) применении противовоспалительных препаратов и средств, снижающих активность иммунной системы.

5. Хирургические методы лечения, наиболее часто используемые при ревматоидном артрите, - это:

- а) синовэктомия, эндопротезирование и артродезирования суставов;
- б) корригирующие околоуставные остеотомии;
- в) дебридмент сустава, заключающийся в резекции поврежденных участков хряща и промывании полости сустава растворами антисептиков.

Деформирующий артроз

1. Дебют идиопатического деформирующего артроза обычно наблюдается в возрасте:

- а) 15-50 лет;
- б) 0-15 лет;
- в) 50 лет и старше.

2. При деформирующем артрозе патологический процесс начинается:

- а) в хряще и субхондральной кости;
- б) в синовиальной оболочке;
- в) в менисках и связках.

3. Диагностика деформирующего артроза основывается на:

- а) результатах УЗИ сустава;
- б) данных клинко-рентгенологического обследования;
- в) биохимических исследованиях.

4. Консервативное лечение деформирующего артроза наиболее эффективно на:

- а) II стадии заболевания;
- б) I стадии заболевания;
- в) III стадии заболевания.

5. При терминальных стадиях артроза методом выбора является:

- а) эндопротезирование;
- б) артродезирования;
- в) симптоматическое неоперативное лечение. Остеодистрофии

1. Основной метод лечения юношеского эпифизеолиза:

а) хирургический;

б) скелетное вытяжение;

в) закрытое вправление с наложением гипсовой повязки.

2. Проявлением болезни Педжета является: а) рецидивирующий синовит;

б) боль в пораженных костях;

в) повышение уровня кислой фосфатазы.

3. Болезнь Легга-Кальве-Пертеса - это:

а) хондропатия апофизов грудных позвонков;

б) хондропатия головок плюсневых костей;

в) хондропатия головки бедренной кости.

4. При несвоевременном лечении рассекающий остеохондрит приводит к развитию:

а) нестабильности сустава;

б) деформирующего артроза;

в) патологического перелома.

5. При болезни Осгуд-Шлаттера хирургическое лечение:

а) показано, если консервативная терапия неэффективна;

б) необходимо проводить в ранние сроки, сразу после подтверждения диагноза;

в) никогда не применяется.

Врожденные и приобретенные деформации позвоночника

1. Spina bifida posterior - это:

а) клиновидная деформация тела позвонка;

б) незаращение дужки позвонка;

в) кинестоз двух смежных позвонков.

2. Сакрализация и люмбализация относятся к:

а) морфологическим аномалиям развития позвоночника;

б) количественным аномалиям развития позвоночника;

в) нарушениям местной дифференциации.

3. Наиболее часто спондилолистез локализуется в сегменте:

а) L_v-S_I

б) C_I-C_{II}

в) Th_{XII}-L_r

4. Частым фактором, предрасполагающим к спондилолистезу, является

а) нарушение осанки;

б) клиновидная деформация тела вышележащего позвонка;

в) спондилолиз.

5. Хирургическое лечение спондилолистеза заключается в:

а) репозиции и формировании спондилодеза;

б) эндопротезировании межпозвонкового диска;

в) декомпрессии нервных образований.

Статические и дистрофические деформации скелета

1. Кифоз - это:

а) S-образная деформация позвоночника во фронтальной плоскости;

б) деформация позвоночника в сагиттальной плоскости с выпуклостью кпереди;

в) деформация позвоночника в сагиттальной плоскости с выпуклостью кзади.

2. При быстром прогрессировании сколиоза хирургическое лечение показано, начиная с:

а) II ст.;

б) III ст.;

в) IV ст.

3. При остеохондрозе патологический процесс начинается в:

а) межпозвонковом диске;

б) теле позвонка;

в) длинных мышцах спины.

4. Наиболее распространенный вид плоскостопия:

- а) рахитическое;
- б) статическое;
- в) травматическое.

5. Hallux valgus - это:

- а) вальгусная деформация II плюсне-фалангового сустава;
- б) вальгусная деформация I пальца стопы;
- в) вальгусная деформация переднего отдела стопы.

Врожденные деформации костно-мышечной системы

1. Наиболее частой причиной развития врожденного вывиха бедра является:

- а) гипермобильность капсульно-связочного аппарата тазобедренного сустава;
- б) асептический некроз головки бедренной кости;
- в) дисплазия вертлужной впадины.

2. Ранними клиническими признаками врожденного вывиха бедра у новорожденных являются:

- а) отсутствие движений в тазобедренных суставах;
- б) ограничение пассивного разведения ног и асимметрия ягодичных складок;
- в) деформация области тазобедренного сустава.

3. Лечение врожденной косолапости следует начинать:

- а) у новорожденных сразу после установки диагноза;
- б) не ранее 6-месячного возраста;
- в) после 1 года.

4. Синдактилия - это:

- а) укорочение сухожильно-мышечного и связочного аппарата предплечья и кисти;
- б) мягкотканное или костное сращение пальцев кисти;
- в) врожденные вдавления на пальцах вследствие амниотических перетяжек.

5. Врожденную мышечную кривошею необходимо дифференцировать с:

- а) болезнью Шейермана-May;

- б) синдромом Клиппеля-Фейля;
- в) болезнью Синдига-Ларсена-Йохансена.

Приобретенные деформации костно-мышечной системы, диспластические заболевания костей, опухоли и опухолевидные образования костей

1. Приобретенные деформации бедренной и большеберцовой костей требуют коррекции, так как неизбежно приводят к развитию:

- а) деформирующего артроза;
- б) рассекающего остеохондрита;
- в) болезни Осгуд-Шлаттера.

2. При экзостозной хондродисплазии хирургическое лечение заключается в:

- а) резекции части экзостоза, вызывающей сдавление сосудисто-нервных образований;
- б) резекции хрящевой части экзостоза;
- в) удалении экзостоза у основания ножки с прилегающей надкостницей.

3. Типичным проявлением мраморной болезни у взрослых является:

- а) остеопороз длинных трубчатых костей;
- б) патологический перелом;
- в) пигментация кожи над пораженными участками костей.

4. При дифференциальной диагностике костных опухолей наибольшую ценность представляют:

- а) лучевые методы: рентгенография, КТ, МРТ;
- б) биохимические методы;

в) клинические методы.

5. К доброкачественным опухолям относится:

- а) миелома;
- б) хондрома;
- в) остеогенная саркома.

Заболевания кисти

1. Тесты Тинеля, сгибания/разгибания кисти положительны при:

- а) болезни де Кервена;**
- б) синдроме Зудека;**
- в) синдроме запястного канала.**

2. В основе синдрома запястного канала лежит:

- а) компрессионно-ишемическая невропатия срединного нерва и сдавление сгибателей пальцев;**
- б) компрессионно-ишемическая невропатия локтевого нерва и сдавление сгибателей пальцев;**
- в) компрессионно-ишемическая невропатия лучевого нерва и сдавление сгибателей пальцев.**

3. Положительный тест Финкелыптейна является классическим симптомом:

- а) контрактуры Дюпюитрена;**
- б) болезни де Кервена;**
- в) стенозирующего лигаментита кольцевидных связок пальцев.**

4. Контрактура Дюпюитрена проявляется:

- а) ограничением разгибания пальцев кисти;**
- б) щелчками при сгибании пальцев;**
- в) нарушением отведения и сгибания I пальца.**

5. При хирургическом лечении контрактуры Дюпюитрена основные манипуляции проводятся в области:

- а) тыльной поверхности кисти;**
- б) удерживателя сгибателей кисти;**
- в) ладонного апоневроза.**

Протезирование в травматологии и ортопедии

1. Целью протезирования является:

- а) восстановление функции конечности или ее сегментов, утраченных в результате ампутации;**
- б) разгрузка пораженного сегмента конечности;**
- в) коррекция осевой деформации конечности.**

2. Валик Зейтца применяется при:

- а) продольном плоскостопии;**
- б) поперечном плоскостопии;**
- в) hallux valgus.**

3. При неоперативном лечении частичного повреждения боковых связок коленного сустава предпочтительнее использование:

- а) съемного тьютора;**
- б) эластичного наколенника;**
- в) шарнирного ортеза с боковыми стабилизаторами.**

4. У больных с остеохондрозом грудного отдела позвоночника ортезирование показано:

- а) в период обострения;**
- б) постоянно в дневное время;**
- в) только во время сна.**

1

У ребенка 6 месяцев диагностирован левосторонний врожденный вывих бедра. Какие клинические и рентгенологические симптомы Вы выявите у этого ребенка.

Ваша тактика лечения и прогноз.

2

Вы осматриваете ребенка 1 года 3-х месяцев, который только начал ходить. Походка “утиная” .

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.. Прогноз.

3

Ребенок 5 лет последние 4 недели прихрамывает, жалуется на боли в правом коленном суставе.

При осмотре патологии со стороны коленного сустава не выявлено. Сгибание и ротационные движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Температура и анализы крови в норме.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

4

Мальчик 13 лет (вес 52 кг) жалуется на боли в правой нижней конечности, прихрамывает при ходьбе.

При осмотре ротационные движения в тазобедренном суставе болезненны, других изменений не выявлено.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

5

Вы осматриваете ребенка 14 дней и отмечаете, что он держит голову в положении наклона влево и поворота в правую сторону. При пальпации определяется веретенообразное уплотнение по ходу левой кивательной мышцы. Лимфоузлы не увеличены. Признаков воспаления нет.

Ваш диагноз и тактика лечения.

6

У новорожденного ребенка 7 дней Вы выявили патологическую установку стоп - подошвенное сгибание и супинацию.

Ваш диагноз и тактика лечения. Осложнения при поздней диагностике.

7

Мальчик 10 лет катался на велосипеде, упал и ударился животом о руль. Почувствовал боль в левом подреберье. Ребенок самостоятельно пришел домой. Через несколько часов усилились боли в животе, стали иррадиировать в левое надплечье. Была двукратная рвота. Мальчик все время занимал вынужденное положение на левом боку. Температура - 37,6, тахикардия, А/Д - 90/60 мм рт.ст. Стул и мочеиспускание в норме.

При осмотре в левом подреберье определяется болезненность, ригидность мышц и симптом Щеткина-Блюмберга.

Вы - дежурный врач неотложной помощи. Ваш диагноз и тактика лечения. План обследования на госпитальном этапе, тактика лечения.

8

В течение 3-х месяцев ребенок 8 лет жалуется на боли в области средней трети голени, которые его беспокоят только к вечеру и ночью. В то же время в течение всего дня мальчик активен и занимается физкультурой в школе.

При осмотре голени никаких патологических симптомов не выявлено. Анализы крови, мочи, биохимия крови - в норме.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

9

У новорожденного ребенка, рожденного путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, отмечено вынужденное, с отведением положение правой ножки. Активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны. На границе верхней и средней трети бедра отмечается угловая деформация, крепитация и патологическая подвижность.

Диагноз, первая помощь, тактика врача родильного дома. План обследования, тактика лечения и прогноз.

10

Вы врач скорой помощи. Ребенок сбит автомашиной. Обстоятельства травмы не помнит. Была кратковременная потеря сознания.

При осмотре жалобы на боль в правой паховой области и лобке. Сдавление костей таза болезненно. Положителен симптом “прилипшей пятки”

с двух сторон. Ребенок самостоятельно помочился – моча без патологических примесей.

Ваш предварительный диагноз. Первая помощь на догоспитальном этапе. План обследования, тактика лечения.

11

Вы осматриваете ребенка 1 года 3-х месяцев, который только начал ходить. При осмотре походка неустойчивая, хромота. Отмечается ассиметрия кожных складок, укорочение правой ножки. Ограничение отведения правого бедра.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения, прогноз.

12

Во время урока труда у мальчика 12 лет рука попала в электропилу. Произошло отсечение 3,4,5 –го пальцев левой кисти. В тяжелом состоянии через 2 часа после травмы ребенок бригадой скорой помощи доставлен в клинику. Перед транспортировкой был наложен жгут. Внутримышечно введен анальгин и пипольфен в возрастной дозировке.

При поступлении кожные покровы бледные. Пульс слабый до 140 в мин., АД – 80/40 мм.рт.ст.

Отсеченные фрагменты пальцев доставлены в пакете со льдом.

Правильно ли оказана первая помощь на догоспитальном этапе, достаточны ли противошоковые мероприятия. Тактика лечения.

Новые

13

У ребенка с рождения обнаружено сращение 3-4 пальцев кисти.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

26.

У ребенка с рождения обнаружен дополнительный пальчик на кисти.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

14

У ребенка при купании случайно обнаружено плотное, неподвижное, безболезненное образование на голени.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ребенок упал на руку. В связи болезненностью в травматологическом пункте выполнен рентгеновский снимок.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Экзаменационные Вопросы

- 1) Симптом Тренделенбурга. Как его определяем?
- 2) Вывихи бедра, виды. Диагностика.
- 3) Врожденный вывих бедра. Схема Хильгенрейнера.
- 4) Вывихи стернального конца ключицы, Клиника, лечение?
- 5) Что такое миофасциотенодез. Патогенез, лечение.
- 6) Шейная вагосимпатическая блокада по А.В.Вишневскому , показания, техника исполнения, количество анестетика.
- 7) 4. Болезнь Осгуда-Шлаттера. Клиника, диагностика, лечение.
- 8) Показания к оперативному лечению при врожденном вывихе бедра.
- 9) 1."Блокада" коленного сустава , ее устранение.
- 10) Деформирующий артроз коленного сустава. Диагностика, лечение.
- 11) Остеохондропатии. Болезнь Кенига, диагностика, лечение.
- 12) Сколиоз. Классификация. Клиника, лечение.
- 13) Вывихи стопы, виды. Диагностика, лечение.
- 14) Мышечная кривошея. Оперативное лечение.
- 15) Разрыв ахиллова сухожилия. Диагностика, лечение.
- 16) Особенности лечения вывихов бедра.
- 17) Врожденная косолапость. Клиника. Операция по Зацепину.
- 18) Вывихи плюсневых костей. Диагностика, лечение.
- 19) Симптом Тренделенбурга.
- 20) Назовите точки, где производят пункции суставов верхней конечности.
- 21) Консервативное лечение врожденного вывиха бедра.
- 22) Хондродисплазия, хондродистрофия. Клиника. Лечение.
- 23) Центральный вывих бедра. Клиника. Лечение.
- 24) Блокада по Школьникову, Селиванову, показания и техника выполнения;

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОПРОСА (текущий контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КОЛЛОКВИУМА (рубежный контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный контроль)

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (рубежный контроль) в %.

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ:

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЭКЗАМЕНА (промежуточный контроль):

ТЕСТ

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

УСТНЫЙ ОПРОС:

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

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Умение объяснить сущность явлений, событий процессов. Делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

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

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся травм и ортопедических заболеваний;
 - современную классификацию травм и ортопедических заболеваний;
 - клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
 - основные принципы диагностики травм и ортопедических заболеваний;
 - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
 - методы лечения и показание к их применению;
 - основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
 - сроки оперативного лечения;
 - принципы диспансеризации и реабилитации больных;
 - этические и деонтологические аспекты в травматологии и ортопедии
- Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.*

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

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

современную классификацию травм и ортопедических заболеваний;

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

основные принципы диагностики травм и ортопедических заболеваний;

современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;

методы лечения и показание к их применению;

основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;

сроки оперативного лечения;

принципы диспансеризации и реабилитации больных;

этические и деонтологические аспекты в травматологии и ортопедии

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

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

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

современную классификацию травм и ортопедических заболеваний;

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

основные принципы диагностики травм и ортопедических заболеваний;

современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;

методы лечения и показание к их применению;

основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;

сроки оперативного лечения;

принципы диспансеризации и реабилитации больных;

этические и деонтологические аспекты в травматологии и ортопедии

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

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

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

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

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

владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;

быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;

проводит самостоятельно обследование пациента;

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

грамотно формулирует диагноз показывая к избранному методу лечения;

правильно проводит иммобилизацию больных;
правильно применяет методы профилактики;
ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

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

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

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

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно проводит иммобилизацию пациентов;
- не совсем верно применяет методы профилактики;

при этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

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

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

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

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;
- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики
- неправильно организует иммобилизацию пациентов;

ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

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

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

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

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ

«ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»
Курс 2, 3 семестр, 6 ЗЕТ, Отчетность – зачет.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
Принципы лечения ортопедических больных.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС. Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла. Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.	4	9	4 неделя
	рубежный контроль	Тест Подведение итогов по докладам с презентацией.	3	2	
Модуль 2					
Остеохондропатии.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС (Защита презентации). Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла. Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.	4	9	8 неделя
	рубежный контроль	Тест , практические навыки Решение ситуационных задач.	3	3	

Врожденный вывих бедра	текущий контроль	<p>Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС.</p> <p>Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла.</p> <p>Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</p>	4	9	13 неделя
	рубежный контроль	<p>Тест, Устный опрос , Курация больного (разбор клинического случая у постели больного) Разбор Рентген снимков Подведение итогов по докладам с презентацией.</p>	3	3	
Модуль 4					
Врожденные аномалии шеи	текущий контроль	<p>Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС (Защита презентации). Практические навыки</p> <p>Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла.</p> <p>Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</p>	4	9	16 неделя
	рубежный контроль	<p>Тест, Устный опрос ,разбор клинического случая, Разбор Рентген снимков</p>	2	2	

5 модуль					
Врожденные деформации верхней конечности	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС. Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла. Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.	4	9	18 неделя
	рубежный контроль	Тест Устный вопрос Разбор клинических случаев Подведение итогов по докладам с презентацией.	3	3	
Модуль 6					
врожденная косолапость.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС. Навыки первой помощи и правила наложения гипса Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла. Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.	4	9	21 неделя
	рубежный контроль	Тест, Устный опрос , Курация больного,Решение ситуационных задач.	2	3	
ВСЕГО за семестр			40	70	23-24 неделя
Промежуточный контроль (зачет)	Тест, Устный опрос , Курация больного (разбор клинического случая у постели больного) Разбор Рентген снимков		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

«ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»
Курс 2, 4 семестр, 5 ЗЕТ, Отчетность – экзамен.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
Сколиотическая болезнь	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС. Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла. Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.	6	10	28 неделя
	рубежный контроль	Тест. Подведение итогов по докладам с презентацией.	2	4	
Модуль 2					
Врожденные аномалии нижних конечностей	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС Проверка практических навыков Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла. Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.	6	10	32
	рубежный контроль	Тест. Решение ситуационных задач.	2	4	

Воронкообразная грудная клетка:	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС. Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла. Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.	6	10	35
	рубежный контроль	Тест. Устный опрос Подведение итогов по докладам с презентацией.	2	4	
Модуль 4					
Дегенеративные заболевания позвоночника, остеохондроз	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС Разбор пациента у постели больного Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла. Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.	6	10	38
	рубежный контроль	Тест. Устный вопрос Разбор Рентген снимков Курация больного (разбор у постели больного) Решение ситуационных задач.	2	4	

Модуль 5					
дегенеративно-дистрофические заболевания	текущий контроль	<p>Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС. Практические навыки (правила наложение гипсовой повязки , методы проведения скелетного вытяжения)</p> <p>Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла.</p> <p>Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</p>	6	10	41
	рубежный контроль	<p>Тест. Устный опрос(По билету) Разбор Рентген снимков Курация больного (разбор клинического случая у постели больного)Проверка практических навыков Решение ситуационных задач</p>	2	4	
ВСЕГО за семестр			40	70	44-45 неделя
Промежуточный контроль (экзамен)	Тест, Устный опрос , Курация больного (разбор клинического случая у постели больного) Разбор Рентген снимков		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	