

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова» (КБГУ)**

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра факультетской и эндоскопической хирургии

СОГЛАСОВАНО

УТВЕРЖДАЮ

**Руководитель образовательной
программы** _____ **А.К. Жигунов**

Директор института
_____ **И.А. Мизиев**

« _____ » _____ 20 ____ г.

« _____ » _____ 20 ____ г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
«ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»**

Направление подготовки (специальность)

31.06.01 Клиническая медицина (уровень подготовки кадров высшей квалификации)
(код и наименование направления подготовки)

Направленность программы

14.01.15 Травматология и ортопедия

Квалификация (степень) выпускника

«Исследователь. Преподаватель-исследователь».

Форма обучения

Очная (заочная)

Нальчик 2019

Рабочая программа дисциплины «Травматология и ортопедия»/сост. д.э.н., проф. А.К.Жигунов – Нальчик: КБГУ, 2019. – 42 с.

Рабочая программа предназначена для обучающихся очной (заочной) формы обучения по направлению подготовки 31.06.01 - Клиническая медицина(уровень подготовки кадров высшей квалификации), направленность подготовки 14.01.15 -Травматология и ортопедия 2 год обучения, 4-й семестр

Рабочая программа составлена в соответствии Федеральным государственным образовательным стандартом по направлению подготовки 31.06.01 - Клиническая медицина(уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Минобрнауки России от 03.09.2014 N 1200.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели и задачи освоения дисциплины	4
2. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП ВО	4
3. Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)	4
4. Содержание и структура дисциплины (модуля)	5
5. Оценочные материалы для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	13
6. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности	30
7. Учебно-методическое обеспечение дисциплины (модуля)	32
7.1. Основная литература	32
7.2. Дополнительная литература	32
7.3. Периодические издания	33
7.4. Интернет-ресурсы	33
7.5. Методические рекомендации по проведению различных учебных занятий и другим видам самостоятельной работы	34
8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)	40
9. Средства адаптации преподавания дисциплины к потребностям инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)	40
10. Лист изменений (дополнений)	42

1. Цель и задачи освоения дисциплины

Целью изучения дисциплины «Травматология и ортопедия» является подготовка высококвалифицированных специалистов, обладающего системой компетенций, способного и готового для самостоятельной научной и научно-педагогической деятельности по профилю «травматология и ортопедия»; формирование у аспиранта углублённых профессиональных знаний и умений в области травматологии и ортопедии.

Основными задачами дисциплины выступают:

- Углублённое изучение теоретических знаний по травматологии и ортопедии;
- Овладение современными методами диагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата;
- Овладение широким спектром методов консервативного и оперативного лечения больных с травмой и ортопедической патологией;
- Совершенствование практических навыков.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО

Дисциплина «Травматология и ортопедия» относится к обязательным дисциплинам вариативной части Блока I «Дисциплины (модули)» и направлена на подготовку к сдаче кандидатского экзамена, изучается в 4 семестре.

Изучение дисциплины опирается на знания, умения и навыки аспиранта, полученные при освоении образовательных программ предыдущего уровня образования (специалист).

Параллельно с данной дисциплиной изучаются Научно-исследовательская деятельность и подготовка научно-квалификационной работы (диссертации) на соискание ученой степени кандидата наук.

Знания, умения и навыки, полученные аспирантами при изучении данной дисциплины, необходимы для подготовки и написания научно-квалификационной работы по специальности 14.01.15 травматология и ортопедия и осуществления педагогического процесса в образовательной организации медицинского профиля.

3. Требования к результатам освоения дисциплины

В совокупности с другими дисциплинами направленности подготовки 14.01.15 -Травматология и ортопедия дисциплина «Травматология и ортопедия» направлена на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ОПОП ВО по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина (уровень подготовки кадров высшей квалификации):

Универсальных компетенций

УК-1 способностью к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;

Общепрофессиональных компетенций

ОПК-3 способностью и готовностью к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований

Профессиональных компетенций

ПК - 1 Способность и готовность к планированию, организации и проведению научно-исследовательской деятельности в области травматологии и ортопедии с выбором оптимальных методов исследования, соблюдения принципов доказательной медицины, с целью получения новых научных данных, значимых для биологии и медицины

В результате освоения дисциплины аспирант должен

Знать:

значение механизма травмы в возникновении различных повреждений опорно-двигательной системы;

- типичные механизмы тяжелых повреждений, возникающих при падении с высоты, наездах автомашин, при травмах водителей и пассажиров автомашин;
- реанимационные мероприятия, которые должны проводиться при тяжелых, сочетанных и множественных повреждениях;
- особенности диагностики опорно-двигательной системы и внутренних органов при нарушениях сознания вследствие черепно-мозговой травмы, алкогольного или наркотического опьянения;
- основные принципы диагностики повреждения магистральных сосудов и периферических нервов;
- основные клинические проявления переломов и вывихов;
- виды укорочений и деформаций конечностей;
- контрактуры, анкилозы, методы определения амплитуды движений в суставах.

Уметь:

- анализировать жалобы пострадавшего и механизм травмы;
- оценить тяжесть состояния пациента с травмой опорно-двигательной системы;
- провести клиническое обследование пациента с повреждением или заболеванием опорно-двигательной системы;
- определить амплитуду движений в суставах, позвоночнике, измерять длину конечностей, определять мышечную силу;
- выявлять абсолютные и относительные признаки перелома;
- интерпретировать рентгенограммы с типичными повреждениями и наиболее часто встречающимися заболеваниями костей и суставов;
- сформулировать клинический диагноз на основании проведенного клинического обследования и данных дополнительных исследований.

Владеть:

техникой наложения гипсовых повязок;

- методикой наложения скелетного вытяжения на плече, голени, бедре, кисти, стопе;
- методикой закрытой ручной репозиции;
- техникой вправления вывихов;
- техникой сухожильного шва, сосудистого шва, шва нерва;
- методами новокаиновых блокад и внутрикостной анестезии;
- методами пункции суставов;
- вскрытием и дренированием гнойных полостей, секвестрэктомией;
- методами металлоостеосинтеза переломов трубчатых костей;
- тактикой лечения пациентов с политравмой;
- операциями по поводу внутренних повреждений коленного сустава;
- операциями по поводу привычного вывиха плеча;
- методикой остеосинтеза по Илизарову;
- методикой корригирующих остеотомий при поперечном плоскостопии;
- методикой лечения перелома-вывихов запястья.

4. Содержание и структура дисциплины

Учебным планом предусмотрены: лекции, практические занятия и самостоятельная работа, к которой относятся следующие виды работ: самостоятельная работа обучающихся по изучению разделов дисциплины, написанию рефератов, проведение дискуссий и обсуждений по темам дисциплины.

Таблица 1. Содержание дисциплины «Травматология и ортопедия»

№ п/п	Наименование раздела / темы	Содержание раздела	Код контролируемой компетенции	Форма контроля
1	2	3	4	5 ¹
I раздел. Травматология				
1.	История развития и становления травматологии-ортопедии в России	(Е.О. Мухин, Н.И. Пирогов, Г.И. Турнер, Р.Р. Вреден, В.В. Гориневская, Н.Н. Приоров, М.В. Волков).Современные научные школы травматологов-ортопедов России (В.Д. Чаклин, М.В. Волков, Г.А. Илизаров, А.Ф. Краснов, С.С. Ткаченко, Г.С. Юмашев, С.П. Миронов, Н.В. Корнилов, В.И. Шевцов, Х.А. Мусалатов, Г.А. Оноприенко, Г.П. Котельников).	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
2.	Термин травма. Острая и хроническая травма.	Классификация механических повреждений. Классификация АО. Моно- поли и комбинированная травма. Травматизм, его виды. Профилактика травматизма.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
3.	Повреждение мягких тканей.	Ушибы, растяжения, разрывы. Клиника, дифференциальная диагностика. Лечение. • Разрыв сухожилий манжеты ротаторов. Клиника, лечение. • Разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча. Клиника. Лечение и т.д.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
4.	Черепно-мозговая травма.	Механизм травмы. Классификация. Симптоматика черепно-мозговых травм. Дополнительные методы исследования при черепно-мозговой травме. Определение ликворного давления по клиническим проявлениям и инструментально.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
5.	Повреждение таза и тазовых органов.	Анатомия и физиология таза. Механизмы травм и классификация повреждений таза и тазовых органов.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
6.	Невоспалительные заболевания костей и суставов	Остеохондропатии. Дегенеративные заболевания костей и суставов.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
7.	Первичные опухоли костей.	Определение термина «Опухоль». Отличие доброкачественных от злокачественных по клиническим, рентгенологическим и морфологическим признакам. Понятие о метастазировании. Этиология и патогенез костных опухолей.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
8.	Политравма.	Причины и клиника политравмы в остром периоде. Методика осмотра больного с политравмой. Тактика и лечение в остром периоде.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
9.	Последствия травм	Травматизм, как одна из причин инвалидности. Последствия травм как социальная проблема.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
II раздел Ортопедия				
10.	Организационная структура ортопедической помощи в России.	Система специализированной ортопедотравматологической службы.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д

1 В графе 4 приводятся планируемые формы текущего контроля: защита лабораторной работы (ЛР), выполнение курсового проекта (КП), курсовой работы (КР), расчетно-графического задания (РГЗ), домашнего задания (ДЗ) написание реферата (Р), эссе (Э), коллоквиум (К), рубежный контроль (РК), тестирование (Т), дискуссии (Д) и т.д.

11.	Амбулаторная ортопедическая хирургия.	Организация и оборудование кабинета. Гипсовые работы. Характеристика амбулаторных операций. Закрытые манипуляции (редрессации, остеоклазии, эпифизиолиз, блокады, биопсии, пункции суставов).	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	
12.	Методика обследования ортопедических больного.	Пальпация. Аускультация. Осмотр. Определение объема движений в суставах. Анатомическая и функциональная длина конечностей. Определение мышечной силы. Определение функции.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
13.	Системные заболевания	Хондродисплазии скелета. Диафизарные дисплазии.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
14.	Локальные заболевания. Врожденные заболевания верхних конечностей	Высокое стояние лопатки (болезнь Шпренгеля). Радиоульнарный синостоз.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
15.	Ампутации и протезирование	Ампутации. Показания к ампутации. Ранние и поздние ампутации. Выбор уровня ампутации. Способы ампутации (одномоментные, двухмоментные и трехмоментные). Ампутации по Н.И. Пирогову. Миофасциопластические ампутации.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
16.	Новые методы в ортопедии	Артроскопия. Техника. Возможности. Ошибки и осложнения	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д
17.	Вялые и спастические параличи. Полиомиелит и его последствия.	Эпидемиология полиомиелита. Патологоанатомическая анатомия полиомиелита. Клиника полиомиелита. Стадии болезни. Степени поражения мышц. Ортопедохирургическое лечение полиомиелита: в паралитической и восстановительной стадии (А.Ф. Краснов), гипсовая иммобилизация, медикаментозное лечение.	УК-1; ОПК-3; ПК-1.	Р; Т; Д

На изучение курса отводится 108 часа (3 з.е.), из них: контактная работа 28 часов, в том числе занятия лекционного типа – 20 часов; практические занятия – 8 часов; самостоятельная работа аспиранта 80 часов; промежуточная аттестация – экзамен (кандидатский экзамен).

Структура дисциплины «Травматология и ортопедия»

Таблица 2. Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетные единицы (108 ч)
Очная форма обучения

Вид работы	Трудоемкость, часов / зачетных единиц	
	4 семестр	всего
1	2	3
Общая трудоемкость (в часах)	108	108
Контактная работа (в часах):	28	28
Лекции (Л)	20	20
Практические занятия (ПЗ)	8	8
Семинарские занятия (СЗ)	Не предусмотрены	Не предусмотрены
Лабораторные работы (ЛР)	Не предусмотрены	Не предусмотрены
Самостоятельная работа, в том числе контактная (в часах):	80	80

Дискуссии; круглые столы	10	10
Реферат (Р)	10	10
Самостоятельное изучение разделов	33	33
Курсовая работа (КР)	<i>Не предусмотрена</i>	<i>Не предусмотрена</i>
Подготовка и прохождение промежуточной аттестации	27	27
Вид промежуточной аттестации	ЭКЗАМЕН (КАНДИДАТСКИЙ ЭКЗАМЕН)	ЭКЗАМЕН (КАНДИДАТСКИЙ ЭКЗАМЕН)

Структура дисциплины «Травматология и ортопедия»

Таблица 2.1. Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетные единицы (108 ч)
Заочная форма обучения

Вид работы	Трудоемкость, часов / зачетных единиц	
	4 семестр	всего
1	2	3
Общая трудоемкость (в часах)	108	108
Контактная работа (в часах):	28	28
Лекции (Л)	20	20
Практические занятия (ПЗ)	8	8
Семинарские занятия (СЗ)	<i>Не предусмотрены</i>	<i>Не предусмотрены</i>
Лабораторные работы (ЛР)	<i>Не предусмотрены</i>	<i>Не предусмотрены</i>
Самостоятельная работа, в том числе контактная (в часах):	80	80
Дискуссии; круглые столы	10	10
Реферат (Р)	10	10
Контрольная работа (К)	–	–
Самостоятельное изучение разделов	51	51
Курсовая работа (КР)	<i>Не предусмотрена</i>	<i>Не предусмотрена</i>
Подготовка и прохождение промежуточной аттестации	9	9
Вид промежуточной аттестации	ЭКЗАМЕН (КАНДИДАТСКИЙ ЭКЗАМЕН)	ЭКЗАМЕН (КАНДИДАТСКИЙ ЭКЗАМЕН)

Таблица 3. Лекционные занятия

№ занятия	Тема
1.	История развития и становления травматологии и ортопедии в России. Современные научные школы травматологов-ортопедов России.
2.	Современный на костный и интрамедуллярный остеосинтез. Внеочаговый компрессионнодистракционный остеосинтез
3.	Современные аспекты черепно-мозговой травмы. Повреждения позвоночника. Повреждения таза и тазовых органов
4.	Повреждения верхних и нижних конечностей.
5.	Общие изменения организма при травме. Травматическая болезнь. Травматический шок. Кровотечение. Кровопотеря. Политравма.
6.	Врожденные заболевания. Сколиотическая болезнь. Приобретенные деформации конечностей. Ортопедические заболевания стоп. Вялые и спастические параличи.
7.	Современные аспекты остеоартроза крупных суставов и остеохондроза позвоночника. Остеопороз
8.	Доброкачественные и злокачественные опухоли скелета и мягких тканей опорно-двигательной системы. Остеохондропатии.
9.	Ампутации и протезирование
10.	Системные заболевания
11.	Новые методы в ортопедии

Таблица 4. Практические занятия (семинарские занятия)

№ п/п	Тема
1.	Организация травматологоортопедической помощи в России. Методика обследования

	травматологоортопедического больного.
2.	Черепно-мозговая травма. Эпидемиология. Классификация черепномозговой травмы. Этиология, механизм травмы, клиническая картина и диагностика.
3.	Повреждения верхних и нижних конечностей. Эпидемиология, этиология, механизма травмы, клиническая картина, диагностика
4.	Амбулаторная травматология и ортопедия. Эпидемиология. Классификация: закрытые (ушибы, сдавления, растяжения и разрывы) и открытые (раны). Этиология, механизм травмы, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение закрытых повреждений.
5.	Политравма. Определение понятия. Эпидемиология, классификация. Клиническая картина, диагностика при политравме.
6.	Термические поражения. Отморожения и замерзание. Определение понятий «отморожения» и «замерзание». Классификация. Клиническая картина в дореактивном периоде и после согревания конечности.
7.	Ампутации конечностей: виды, показания. Протезирование и ортезирование при патологии опорно-двигательной системы.

Таблица 5. Лабораторные работы по дисциплине – не предусмотрены

Таблица 6. Самостоятельное изучение разделов дисциплины

№ п/п	Вопросы, выносимые на самостоятельное изучение
1.	Врожденные заболевания скелета. Клиническая характеристика фиброзной остеодисплазии
2.	Врожденные дефекта развития и деформации позвоночника.
3.	Остеоартроз крупных суставов. Определение, эпидемиология. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника.
4.	Остеохондроз позвоночника. Классификация деструктивнодистрофических процессов позвоночника.
5.	Первичные опухоли костей. Этиология и патогенез. Классификация. Общие принципы диагностики опухолей костей.
6.	Приобретенные деформации конечностей.
7.	Ортопедические заболевания стоп. Анатомия и физиология стопы. Функциональные методы исследования.
8.	Вялые и спастические параличи. Полиомиелит и его последствия.
9.	Локальные заболевания. Врожденные заболевания верхних конечностей
10.	Невоспалительные заболевания костей и суставов
11.	Повреждение таза и тазовых органов.

5. Оценочные материалы для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации

Конечными результатами освоения программы дисциплины являются сформированные когнитивные дескрипторы «знать», «уметь», «владеть», расписанные по отдельным компетенциям. Формирование этих дескрипторов происходит в течение всего семестра по этапам в рамках различного вида занятий и самостоятельной работы.

В ходе изучения дисциплины для аспирантов предусмотрены текущий контроль и промежуточная аттестация.

От обучающихся требуется посещение занятий, выполнение заданий, знакомство с рекомендованной литературой, по согласованию с научным руководителем возможна подготовка зачетной письменной работы (реферата, аналитической записки, обзора источников или литературы, творческого эссе и т.п.).

При аттестации обучающихся оценивается качество работы на занятиях (умение вести научную дискуссию, способность четко и ёмко формулировать свои мысли), уровень подготовки к самостоятельной научно-исследовательской деятельности в избранной области, качество выполнения заданий (презентаций, докладов, аналитических записок и др.).

Обучающийся должен показать владение предметом, знание рекомендованных статей и монографий, материалов конференций и т.п., умение выполнять устные и письменные задания руководителя дисциплины.

5.1. *Оценочные материалы для текущего контроля.* Цель текущего контроля – оценка результатов работы в семестре и обеспечение своевременной обратной связи, для коррекции обучения, активизации самостоятельной работы аспирантов. Объектом текущего контроля являются конкретизированные результаты обучения (учебные достижения) по дисциплине.

Текущий контроль успеваемости позволяет провести оценку процесса освоения дисциплины и может включать: ответы на теоретические вопросы на практическом занятии, решение практических задач и выполнение заданий, проведение дискуссий, круглых столов, написание докладов, рефератов, эссе, выполнение тестовых заданий.

Оценка качества подготовки на основании выполненных заданий ведется преподавателем (с обсуждением результатов).

5.1.1. Оценочные материалы для выполнения рефератов

(контролируемые компетенции: ОПК-3; ПК-1; УК-1)

Примерный перечень тем рефератов по дисциплине

1. Метод Г.А. Илизарова в эволюции чрескостного остеосинтеза
2. Монолокальный остеосинтез в лечении последствий травм конечностей
3. Переломы пяточной кости: клиническая диагностика, лечение
4. Жировая эмболия: этиология, патогенез, клиника, лечение
5. Эпифизеолиз головки бедренной кости
6. Травматический шок
7. Закрытая травма грудной клетки
8. Переломы шейки бедра, современные принципы лечения и их исходы
9. Переломы вертлужной впадины, современные принципы лечения
10. Перелом лодыжек, лечение и исход
11. Способы стимуляции регенерации костной и мягких тканей
13. Повреждение менисков коленного сустава
Метод управляемого чрескостного остеосинтеза в реабилитационно-восстановительном лечении больных с врожденной аномалией развития О.Д.С.
14. Современные принципы лечения гонартроза. Болезнь Пертеса. Современные принципы лечения
16. Врожденный вывих бедра
17. Оперативное лечение больных с врожденной аномалией развития тазобедренного сустава в подростковом возрасте
18. Остеомиелит заднего отдела стопы
19. Ятрогенный остеомиелит: этиология, патогенез, клиника, современные принципы лечения
20. Плечелопаточный периаартроз, клиника, диагностика, современные принципы лечения
21. Ошибки и осложнения при эндопротезировании коленного сустава
22. Лечение посттравматических дефектов длинных костей
23. Остеоартроз, современные принципы лечения
24. Удлинение голени для увеличения роста
25. Моделирование формы голени с косметической целью
26. Компьютерное моделирование в ортопедии
27. Удаление посттравматических рубцов у ортопедических больных
28. Детский церебральный паралич, принципы ортопедического лечения

Методические рекомендации по написанию реферата

Реферат – продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.

Основной целью подготовки реферата выступает оценка сформированности умения работать с объектами исследования, научной и аналитической литературой по теме исследования; навыков постановки проблемы и обоснования методического аппарата планируемого научного исследования; навыков творческой исследовательской работы, способности логично и грамотно излагать собственные умозаключения и выводы, а также представлять результаты перед аудиторией. Реферат позволяет оценить способность аспиранта выдвинуть собственную гипотезу, собрать, проанализировать материал, самостоятельно провести анализ, обосновать выводы, оформить и представить работу на обсуждение.

Процедура – традиционная форма текущего контроля, самостоятельная исследовательская работа под научным руководством преподавателя, включающим проведение начальной консультации по выбору темы, оказание консультационной помощи в составлении плана работы, а также проведение текущих консультаций в процессе написания работы. Реферат может быть представлен в форме презентации.

Содержание.

Содержание реферата в целом соответствует форме заявок, подаваемых для участия в конкурсах на получение грантов по приоритетным направлениям научных исследований.

Основными элементами содержания реферата выступают:

- постановка проблемы, на решение которой направлено планируемое диссертационное исследование, определение ее актуальности;
- степень разработанности проблемы, выявление исследовательской ниши и определение на этой основе новизны планируемого исследования;
- цель и задачи планируемого диссертационного исследования;
- соответствие темы исследования номенклатуре специальностей научных работников: область исследования, предмет и объект исследования;
- методы исследования, типы и источники данных, предполагаемых к обработке, обоснование репрезентативности исследования;
- этапы исследования;
- ожидаемая теоретическая и практическая значимость результатов исследования.

Тема реферата выбирается аспирантом в соответствии с темой научно-исследовательской работы, утвержденной в установленном порядке.

Выбор и формулировка темы реферата подлежат согласованию с научным руководителем и преподавателем по дисциплине «Травматология и ортопедия».

Изложенное понимание реферата как целостного авторского текста определяет критерии его оценки: новизна текста; обоснованность выбора источника; степень раскрытия сущности вопроса; соблюдения требований к оформлению.

Требования к реферату: Общий объем реферата 20 листов (шрифт 14 Times New Roman, 1,5 интервал). Поля: верхнее, нижнее, правое, левое – 20 мм. Абзацный отступ – 1,25; Рисунки должны создаваться в циклических редакторах или как рисунок Microsoft Word (сгруппированный). Таблицы выполнять табличными ячейками Microsoft Word. Сканирование рисунков и таблиц не допускается. Выравнивание текста (по ширине страницы) необходимо выполнять только стандартными способами, а не с помощью пробелов. Размер текста в рисунках и таблицах – 12 кегль.

Обязательно наличие: содержания (структура работы с указанием разделов и их начальных номеров страниц), введения (актуальность темы, цель, задачи), основных разделов реферата, заключения (в кратком, резюмированном виде основные положения работы), списка литературы с указанием конкретных источников, включая ссылки на Интернет-ресурсы.

В тексте ссылка на источник делается путем указания (в квадратных скобках)

порядкового номера цитируемой литературы и через запятую – цитируемых страниц. Уровень оригинальности текста – 70%

Критерии оценки реферата:

«отлично» (*продвинутый уровень компетенции*) ставится, если 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 объем, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. Обучающийся проявил инициативу, творческий подход, способность к выполнению сложных заданий, организационные способности. Отмечается способность к публичной коммуникации. Документация представлена в срок. Полностью оформлена в соответствии с требованиями

«хорошо» (*базовый уровень компетенции*) – выполнены основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата-та; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. Обучающийся достаточно полно, но без инициативы и творческих находок выполнил возложенные на него задачи. Документация представлена достаточно полно и в срок, но с некоторыми недоработками

«удовлетворительно» (*пороговый уровень компетенции*) – 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. Обучающийся выполнил большую часть возложенной на него работы. Допущены существенные отступления. Документация сдана со значительным опозданием (более недели). Отсутствуют отдельные фрагменты.

«неудовлетворительно» (*компетенция не сформирована*) – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы. Аспирант не выполнил свои задачи или выполнил лишь отдельные несущественные поручения. Документация не сдана.

5.1.2. Оценочные материалы для проведения дискуссии, диспута, дебатов по дисциплине (контролируемые компетенции: ОПК-3; ПК-1; УК-1)

Дискуссия — это целенаправленное обсуждение конкретного вопроса, сопровождающееся обменом мнениями, идеями между двумя и более лицами. Задача дискуссии - обнаружить различия в понимании вопроса и в споре установить истину. Дискуссии могут быть свободными и управляемыми.

Диспут происходит от латинского *disputare* — рассуждать, спорить. В тех ситуациях, когда речь идет о диспуте, имеется в виду коллективное обсуждение нравственных, политических, литературных, научных, профессиональных и других проблем, которые не имеют общепринятого, однозначного решения. В процессе диспута его участники высказывают различные суждения, точки зрения, оценки на те или иные события, проблемы. Важной особенностью диспута является строгое соблюдение заранее принятого регламента и темы.

Дебаты – это чётко структурированный и специально организованный публичный обмен мыслями между двумя сторонами по актуальным темам. Это разновидность публичной дискуссии участников дебатов, направляющая на переубеждение в своей правоте третьей стороны, а не друг друга. Поэтому вербальные и невербальные средства, которые используются участниками дебатов, имеют целью получения определённого результата — сформировать у слушателей положительное впечатление от собственной позиции.

Примерные темы дискуссии, дебатов, диспута

1. Метод Г.А. Илизарова в эволюции чрескостного остеосинтеза

2.Современные принципы лечения гонартроза.Болезнь Пертеса. Современные принципы лечения

3. Ятрогенный остеомиелит: этиология, патогенез, клиника, современные принципы лечения
4. Ошибки и осложнения при эндопротезировании коленного сустава
5. Удлинение голени для увеличения роста
6. Компьютерное моделирование в ортопедии
7. Детский церебральный паралич, принципы ортопедического лечения
8. Оперативное лечение больных с врожденной аномалией развития тазобедренного сустава в подростковом возрасте

Методические рекомендации по подготовке и проведению дискуссий, дебатов, диспутов

Важное место в процессе подготовки кадров высшей квалификации отводится научным дискуссиям, дебатам, диспутам. Данная форма оценочного средства позволяет адекватно оценить умения и степень владения полученными знаниями и умениями, что немаловажно при подготовке исследователя и преподавателя-исследователя.

Дискуссия - средство совместного поиска решения проблемы путем выдвижения, противопоставления и критического обсуждения различных точек зрения. В дискуссии выражается коллективный характер творческой познавательной деятельности, она выступает средством продуктивного общения, коммуникации членов научного сообщества. Через дискуссию реализуется такой познавательный прием, как метод поисковых, пробных решений проблем, заключающийся в построении и апробировании множества возможных ответов на эти проблемы в ситуациях, когда не удается сразу найти достоверный результат.

В этой форме развития знания проявляется поисковая функция дискуссии. Эффективность дискуссии объясняется тем, что она позволяет подойти к решению проблемы с разных позиций, максимально использовать потенциал многих участвующих, привлечь большее количество исходных данных, избежать абсолютизации и ограниченности точек зрения и т. д. Объективная причина дискуссии - противоречивая природа исследуемых объектов и явлений действительности. Присущие им различия и противоположности приводят к появлению противоположных понятий, идей, теорий. Дискуссии могут быть использованы для достижения разных целей - постановки и уточнения проблемы, поиска ее решения, оценки выдвинутой точки зрения, установления степени ее истинности, проверки аргументации, логичности и корректности рассуждений, обнаружения новых аспектов проблемы и т. д. В нашем случае при проведении дискуссии имеется два момента; выступление докладчика и участие в дискуссионном процессе остальных обучающихся. В связи с этим необходимо и учитывать обе этих составляющих

Критерии оценки

«отлично» (продвинутый уровень компетенции) ставится, если в дискуссии отражены: проблемность, глубина и качество проработки, оригинальность и творчество. Проявляются: ораторское мастерство и правильная методика изложения материала. Демонстрируется аргументированность суждений, умение вести дискуссию, активность в обсуждении;

«хорошо» (базовый уровень компетенции) в дискуссии отражены: проблемность, глубина и качество проработки. Проявляются: элементы ораторского мастерства и допускаются ошибки в методике изложения материала. Демонстрируется аргументированность суждений, активность в обсуждении;

«удовлетворительно» (пороговый уровень компетенции) – в дискуссии отражены проблемность. Проявляются: эпизоды ораторского мастерства и допускаются значительные ошибки в методике изложения материала. Демонстрируется низкая аргументированность суждений, эпизодическое участие в обсуждении;

«неудовлетворительно» (компетенция не сформирована) – в дискуссии отражены поверхностное изложение материала или присутствует плагиат. Проявляются отсутствие ораторского мастерства и допускаются грубые ошибки в методике изложения материала. Не дает возможность говорить участникам дискуссии, отклоняет другие предложения без аргументации, своими высказываниями стремится защитить собственную личность.

5.1.3. Вопросы по темам дисциплины «Травматология и ортопедия»

для устного опроса (контролируемые компетенции: ОПК-3; ПК-1; УК-1)

Основной целью устного опроса является оценка знаний и кругозора обучающихся, умения логически построить ответ, владения монологической речью, коммуникативных навыков; выявление деталей, которые традиционно вызывают затруднения у обучающихся, формулирование собственной точки зрения на рассматриваемые в рамках темы вопросы; выявление деталей, которые по каким-то причинам оказались недостаточно осмысленными в ходе учебных занятий и при подготовке к зачёту или экзамену.

Процедура – традиционная устная форма текущего контроля, осуществляется на занятиях практического типа в соответствии с содержанием дисциплины путем фронтального опроса.

Содержание – опрос производится по темам дисциплины.

- 1. Классификация переломов.**
- 2. Вывихи травматические, патологические, врожденные.**
- 3. Основные закономерности репаративной регенерации костной ткани. Первичное и вторичное заживление перелома.**
- 4. Инструментальные методы исследования в травматологии и ортопедии.**
- 5. Методы консервативного лечения при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата.**
- 6. Оперативные методы лечения при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Показания и противопоказания.**
- 7. Современные методы остеосинтеза. Осложнения при остеосинтезе.**
- 8. Эндопротезирование при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата.**
- 9. Переломы ключицы. Диагностика, лечение. Вывихи ключицы.**
- 10. Вывихи плеча. Перелома-вывихи плеча. Сопутствующие повреждения при вывихе плеча. Диагностика, способы вправления, иммобилизация.**
- 11. Привычный вывих плеча. Способы оперативного лечения привычных вывихов плеча.**
- 19. Переломы проксимального конца плечевой кости. Диагностика, консервативное и оперативное лечение.**
- 20. Особенности лечения переломов хирургической шейки плеча в пожилом возрасте.**
- 21. Повреждение ротаторной манжетки плеча. Диагностика, консервативное и оперативное лечение.**
- 22. Разрыв сухожилий двуглавой мышцы плеча. Разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы. Отрыв дистального конца сухожилия двуглавой мышцы. Диагностика, способы оперативного лечения.**
- 23. Переломы диафиза плеча. Классификация. Повреждение лучевого нерва. Диагностика, оперативное и консервативное лечение.**
- 24. Переломы дистального конца плечевой кости. Диагностика, консервативное и оперативное лечение.**
- 25. Осложнения при переломах плечевой кости. Диагностика, лечение.**
- 26. Вывихи предплечья. Классификация, диагностика. Вправление, последующее лечение.**
- 27. Перелома-вывихи предплечья. Пронационный подвывих головки лучевой кости у детей. Диагностика, лечение.**
- 28. Переломы проксимальных отделов лучевой и локтевой костей. Особенности перелома головки лучевой кости у детей.**
- 29. Диафизарные переломы костей предплечья. Переломы обеих костей предплечья. Характер смещения отломков в зависимости от уровня перелома. Изолированные переломы лучевой и локтевой костей. Перелома-вывих Монтеджа и Галеацци. Консервативное и оперативное лечение.**
- 30. Переломы и вывихи костей запястья. Диагностика, лечение.**

31. Синдром карпального канала. Диагностика и лечение.
32. Закрытые повреждения трубчатых костей и суставов кисти и пальцев.
33. Вывих I пальца в пястно-фаланговом сочленении. Диагностика, консервативное и оперативное лечение.
34. Внесуставной перелом основания I пястной кости. Консервативное и оперативное лечение.
35. Переломы пястных костей. Консервативное и оперативное лечение.
36. Переломы фаланг пальцев. Репозиция, иммобилизация, способы остеосинтеза.
37. Подкожный разрыв сухожилия разгибателя пальца.
38. Открытые повреждения кисти и пальцев. Особенности первичной хирургической обработки ранений кисти и пальцев. Способы обезболивания. Показания и противопоказания к первичному остеосинтезу.
39. Повреждения сухожилий. Показания к оперативному лечению. Техника сухожильного шва. Особенности шва сухожилий сгибателей в пределах сухожильных влагалищ и на других уровнях, шов сухожилий разгибателей. Сухожильная пластика.
40. Повреждение нервов кисти и пальцев.
41. Кожная пластика при повреждениях кисти и пальцев.
42. Вывихи бедра. Классификация. Осложнения.
43. Перелом крыши вертлужной впадины.
44. Травматический неврит седалищного нерва. Повреждения сосудисто-нервного пучка при передних вывихах бедра.
45. Перелома-вывихи бедра. Вывихи в сочетании с переломом головки, головки, шейки и диафиза бедра.
46. Переломы проксимального конца бедренной кости. Диагностика. лечение.
47. Переломы проксимального конца бедренной кости как геронтологическая проблема.
48. Переломы диафиза бедра. Классификация, диагностика, лечение.
49. Неправильно сросшиеся переломы, несросшиеся переломы и ложные суставы.
50. Переломы дистального отдела бедренной кости. Диагностика, лечение.
51. Повреждения коленного сустава. Ушиб и гемартроз коленного сустава, травматический синовит.
52. Повреждения менисков и связочного аппарата. Подкожный разрыв сухожилия четырехглавой мышцы бедра.
53. Вывихи голени. Осложнения, вправление, иммобилизация.
54. Перелом и вывих надколенника. Оперативное лечение привычного вывиха надколенника.
55. Диафизарные переломы костей голени. Методы лечения.
56. Повреждение связок голеностопного сустава.
57. Переломы лодыжек. Диагностика, лечение.
58. Эпифизиолиты дистального конца голени у детей. Консервативное и оперативное лечение переломов лодыжек.
59. Переломы таранной и пяточной костей. Клиника, диагностика, лечение.
60. Переломы плюсневых костей. диагностика, лечение.
61. Повреждения шейного отдела позвоночника.
62. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника. Диагностика, лечение.
63. Осложненные повреждения позвоночника. Клиника, диагностика, лечение.
64. Классификация переломов таза. Диагностика, лечение.
65. Основные синдромы травматического поражения головного мозга и

его оболочек. Диагностика, лечение.

66. Переломы костей свода черепа. Проникающие ранения черепа.

67. Переломы основания черепа. Диагностика, лечение.

68. Основные принципы диагностики черепно-мозговой травмы.

69. Закрытые повреждения груди.

70. Переломы ребер. Анестезия. Фиксация флотирующего окна.

71. Показания к торакотомии при закрытой травме груди.

72. Проникающие ранения груди. Пневмоторакс, гемоторакс, гемоперикард.

73. Торакоабдоминальные повреждения. Диагностика разрывов диафрагмы, печени, селезенки и других органов брюшной полости при травмах.

74. Закрытые травмы и ранения живота.

75. Диагностика внутрибрюшных кровотечений и повреждений полых органов при закрытой травме живота. Оперативное лечение.

76. Политравма. Оценка тяжести состояния пациента, обследование, неотложная помощь.

77. Особенности политравмы при дорожно-транспортных происшествиях и падении с высоты. Этапы оказания медицинской помощи.

78. Учение о ранах. Классификация ран. Первичная хирургическая обработка ран как восстановительная операция.

79. Принципы лечения ран в зависимости от стадии раневого процесса. Лечение гнойных ран.

80. Огнестрельная рана. Основные принципы лечения огнестрельной раны.

81. Раневая инфекция. Анаэробные инфекции.

82. Столбняк. Клиника, диагностика. Профилактика.

83. Ожоги при комбинированных поражениях.

84. Отморожения. Классификация, диагностика, лечение. Общее охлаждение.

85. Электротравма.

86. Нарушения процессов регенерации. Несросшиеся переломы. Ложные суставы.

87. Инфекционные осложнения при переломах. Травматический остеомиелит. Диагностика, лечение.

88. Анкилозы и контрактуры как осложнения переломов. Методы лечения контрактур.

89. Деформирующие артрозы как следствие внутрисуставных и неправильно сросшихся переломов.

90. Асептический «аваскулярный» некроз костей как следствие переломов и вывихов. Диагностика и лечение.

91. Гетеротопические оссификации. Профилактика, лечение.

92. Нервнодистрофические процессы как осложнение повреждений. Костная [атрофия](#) Зудека. Неврит Турнера. Диагностика, лечение.

93. Клиническое обследование детей с травмой. Особенности опорно-двигательной системы у детей. Виды травматизма у детей.

94. Особенности переломов и вывихов в детском возрасте. Родовые травмы.

95. Особенности переломов костей конечностей, позвоночника, таза в детском возрасте.

96. Ошибки и осложнения при лечении повреждений опорно-двигательного аппарата у детей.

97. Обезболивание в травматологии и ортопедии.

98. Подготовка больных к операции. Критерии операционного риска. Основы предоперационной подготовки в экстренной и плановой травматологии.

99. Послеоперационное ведение больных. Профилактика внутрисосудистого тромбоза и эмболий.
100. Основные принципы и методы реанимации при повреждениях.
101. Особенности неотложной помощи при жировой эмболии.
102. Критерии определения трудоспособности при травмах, последствиях травм. Порядок направления на ВТЭК.
103. Принципы профессиональной, социальной и медицинской реабилитации больных. Санаторно-курортное лечение пациентов с последствиями травм.
104. Деформации верхних конечностей. Синдактилия, полидактилия, косорукость, врожденный радио-ульнарный синостоз, деформации Маделунга, врожденное высокое стояние лопатки (болезнь Шпренгеля).
105. Дисплазия тазобедренного сустава. Врожденный вывих бедра. Этиология и патогенез врожденного вывиха бедра. Раннее выявление врожденного вывиха бедра.
106. Диагностика и консервативное лечение дисплазии и врожденного вывиха бедра.
107. Оперативное лечение врожденного вывиха бедра.
108. Врожденное недоразвитие костей голени. Врожденный ложный сустав большеберцовой кости.
109. Рахитические деформации костей.
110. Врожденный вывих надколенника. Диагностика, оперативное лечение.
111. Врожденное высокое стояние надколенника.
112. Разгибательная контрактура коленного сустава. Оперативное лечение.
113. Варусная и вальгусная деформация шейки бедренной кости.
114. Плоскостопие. Искривление I пальца кнаружи. Молоткообразный палец.
115. Плоско-вальгусная деформация стоп у детей и подростков.
116. Врожденная косолапость. Этиология, патогенез, клиника. Консервативное и оперативное лечение.
117. Фиброзная остеодисплазия. Клиника, диагностика, лечение.
118. Множественная эпифизарная хондродисплазия.
119. Несовершенный остеогенез. Клиника, диагностика, лечение.
120. Ахондроплазия. Спондилоэпифизарная дисплазия. Экзостозная хондродисплазия. Дисхондроплазия. Методы лечения врожденных системных заболеваний скелета.
121. Остеохондропатия головки бедренной кости. Диагностика, консервативное и оперативное лечение.
122. Остеохондропатии полулунной кости кисти, ладьевидной кости стопы. Клиника, диагностика, лечение.
123. Остеохондропатия головок II и III плюсневых костей, бугристости большеберцовой кости, тела позвонка, апофизов позвонков.
124. Врожденная мышечная кривошея. Ранняя диагностика, консервативное и оперативное лечение.
125. Врожденные деформации шеи шейные ребра, болезнь Клиппель-Фейля.
126. Приобретенные формы кривошеи (травматическая, при воспалительных заболеваниях).
127. Врожденный сколиоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
128. Сколиотическая болезнь. Клинико-рентгенологическая диагностика, лечение.
129. Оперативное лечение сколиозов.
130. Кифоз. Клиника, диагностика, лечение.
131. Незаращение дужек позвонков, врожденная спинномозговая грыжа.

Люмбализация, сакрализация, спондилолиз, спондилолистез.

132. Деформирующий артроз. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

133. Остеохондроз позвоночника. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.

134. Доброкачественные опухоли: остеомы, остеохондромы, хондромы, остеобластокластомы, хондроматоз суставов.

135. Злокачественные опухоли: параостальная саркома, остеогенная саркома, саркома Юинга, ретикулосаркома, миеломная болезнь. Метастатические опухоли костей.

136. Церебральные спастические параличи. Болезнь Литтля. Спастическая гемиплегия. Клиника, диагностика, лечение.

137. Вялые параличи, полиомиелит. Стадии заболевания. Ортопедическая профилактика деформаций.

138. Акушерский паралич. Паралич Дюшен-Эрба, Дежерин-Клюмке, смешанный тип. Диагностика, методы лечения.

139. Ампутации, экзартикуляции. Протезирование.

Критерии формирования оценок (оценивания) устного опроса

Устный опрос является одним из основных способов учёта знаний, аспирантов по дисциплине «Травматология и ортопедия». Развёрнутый ответ обучающегося должен представлять собой связное, логически последовательное сообщение на заданную тему, показывать его умение применять определения. При оценке ответа следует руководствоваться следующими критериями, учитывать:

- полноту и правильность ответа;
- степень осознанности, понимания изученного;
- языковое оформление ответа.

Критерии оценки

«отлично» (продвинутый уровень компетенции) ставится, если аспирант демонстрирует полное понимание проблемы (темы). Раскрывает тему на конкретных примерах. Логически ясно выстраивает ответ;

«хорошо» (базовый уровень компетенции) ставится, если аспирант демонстрирует значительное понимание проблемы (темы). Затрудняется с приведением примеров по теме

«удовлетворительно» (пороговый уровень компетенции) ставится, если аспирант демонстрирует частичное понимание проблемы (темы). В логике построения ответа имеются существенные недостатки

«неудовлетворительно» (компетенция не сформирована) ставится, если ответ не соответствует выше приведенным критериям.

5.1.4. Оценочные материалы для самостоятельной работы обучающегося (типовые ситуационные задачи) (контролируемые компетенции: ОПК-3; ПК-1; УК-1)

Основная цель данного оценочного материала состоит в оценке способностей аспиранта по самостоятельному решению практических и ситуационных задач и умению делать выводы и предложения на основе произведенного решения. Позволяет оценить способность аспиранта к практическому применению изученного теоретического материала

Процедура – традиционная форма текущего контроля по отдельным темам, предполагающая решение задачи в аудиторных или домашних условиях, формулировку устных или письменных выводов и предложений

Типовые ситуационные задачи:

Задача 1.

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

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует выполнить?
3. Как будет осуществлена анестезия?
4. Какой способ лечения следует избрать?
5. Как будет осуществляться иммобилизация области повреждения

Задача 2.

Нырляльщик ударился головой о грунт на мелководе. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует выполнить?
3. На какие возможные осложнения следует обратить внимание?
4. Как осуществить транспортную иммобилизацию?
5. Какое лечение следует назначить?

Задача 3. Ранен пулей в грудь справа. Появились значительный кашель с кровянистой мокротой, нарастающая одышка. Кожные покровы цианотичны. Холодный пот. Дыхание значительно затруднено. Пульс 120 в минуту. На уровне 3-го ребра справа по средней ключичной линии имеется рана размером 1х1 см, у нижнего угла правой лопатки вторая рана размером 2,5х2,0 см. Подкожная эмфизема распространяется на шею, лицо, живот. Глаза открыть не может из-за эмфиземы век. Перкуторно сердечная тупость значительно смещена влево.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите объем первой помощи.
3. Перечислите мероприятия первой врачебной помощи.
4. Объем помощи в ОМЕДБ.
5. Примите решение о медицинской сортировке.

Задача 4. Больная М., 23 лет, упала дома со стремянки. Почувствовала редкую боль в правом коленном суставе, сустав резко "опух". Родственниками доставлена на личном автотранспорте в травматологический пункт.

При осмотре: правый коленный сустав резко увеличен в объеме, в полости сустава определяется выпот (симптом "баллотирования" надколенника положительный). При пальпации болезненность по внутренней поверхности коленного сустава. Больная полностью разгибает сустав, сгибание возможно до угла 150 градусов, но вызывает усиление боли. Правая голень при исследовании стабильности сустава отводится от анатомической оси конечности на 20 градусов, левая - на 5 градусов. При отведении правой голени возникает резкая боль.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова должна была бы быть транспортная иммобилизация коленного сустава?
3. Какую первую врачебную помощь необходимо оказать этой больной?
4. Какие дополнительные методы исследования показаны?
5. Какие методы лечения подобных повреждений используются в клинике?

Задача 5. Ранен осколком снаряда в грудь. Дыхание затруднено. Одышка. Кровохарканье. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 110 в минуту. На уровне 4 ребра по боковой поверхности правой половины грудной клетки имеется рана размером 3х4 см, которая в момент вдоха присасывает воздух. При кашле из-под повязки выделяется пенная кровь.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Объем помощи на поле боя.
3. Объем помощи на МПП.
4. Объем помощи в ОМЕДБ.

Критерии формирования оценок по заданиям для самостоятельной работы обучающегося (ситуационные задачи):

«отлично» (продвинутый уровень компетенции) - ситуационная задача решена полностью. На основе произведенного решения сделаны выводы, сформулированы предложения по улучшению состояния проблемы. Аспирант успешно защитил работу у преподавателя, продемонстрировав полное понимание темы.;

«хорошо» (базовый уровень компетенции) - ситуационная задача решена полностью. На основе произведенного решения сделаны выводы и сформулирован ряд предложений по улучшению состояния проблемы. Аспирант защитил работу у преподавателя, продемонстрировав значительное понимание темы.;

«удовлетворительно» (пороговый уровень компетенции) - ситуационная задача решена частично. На основе произведенного решения сделаны лишь некоторые выводы, без формулировки предложений. Аспирант защитил работу у преподавателя, продемонстрировав частичное понимание темы.;

«неудовлетворительно» (компетенция не сформирована) – ответ не соответствует вышеприведенным критериям.

5.1.5. Оценочные материалы: Типовые тестовые задания по дисциплине
(контролируемые компетенции: ПК-1; УК-1)

Тест – система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений аспиранта.

5.1.5.1. Текущее тестирование. Основной целью текущего тестирования является оценка уровня освоения аспирантами понятийно-категориального аппарата по соответствующим разделам дисциплины, сформированности отдельных умений и навыков, усвоения учебного материала.

Текущее тестирование направлено на выявление уровня усвоения дисциплины и пробелов в знаниях для коррекции процесса обучения.

Тестирование проводится как на занятиях лекционного типа в аудитории, так и в рамках самостоятельной работы обучающихся после изучения отдельных тем курса или ряда тем (раздела). Тестовые задания соответствуют изученной теме/разделу дисциплины.

Выберите правильные ответы (правильных ответов может быть несколько):

Тесты

1. Гематокрит в норме составляет в пределах

1. 26-30%

2. 36-42%

+3. 45-48%

4. 49-52%

5. 53-58%

2. Уровень общего белка в крови в норме составляет

1. 25-30 г/л

2. 32-40 г/л

3. 45-52 г/л

4. 56-63 г/л
- +5. 66-85 г/л
3. Посттравматическая гипопроотеинемия обусловлена всем перечисленным, кроме
 1. кровопотери
 2. аутогемоделиции
- +3. усиления анаболического процесса
4. потребления белка при синдроме ДВС
5. нарушения процессов дезаминирования в печени
4. Повышение концентрации мочевины в крови и моче у больных после травмы наиболее выражено
 1. на 1-е сутки
 - +2. на 2-и сутки
 3. на 5-е сутки
 4. на 7-е сутки
 5. на 9-е сутки
5. При тяжелой травме следующее содержание лактата в крови в прогностическом значении является критическим
 1. 0.5-1.5 ммоль/л
 2. 3-5 ммоль/л
 3. 6-7 ммоль/л
 - +4. 8-10 ммоль/л
 5. 10-12 ммоль/л
6. Активность калликреин-кининовой системы крови при тяжелых повреждениях проявляется
 - +1. сокращением гладких мышц
 - +2. расслаблением гладких мышц
 - +3. расширением просвета кровеносных сосудов
 - +4. снижением кровяного давления
7. При неосложненном клиническом течении травматической болезни концентрация мочевины в крови нормализуется
 1. на 5-е сутки
 2. на 10-е сутки
 - +3. на 15-е сутки
 4. на 20-е сутки
 5. на 25-е сутки
8. Прогноз летального исхода при тяжелой травме очевиден, если концентрация мочевины в крови с третьих суток превышает верхнюю границу нормы
 1. на 50%

- 2. на 100%
 - 3. на 150%
 - +4. на 200%
 - 5. на 300%
9. Ударный объем сердца у здорового человека составляет
- 1. 35-40 мл
 - +2. 55-90 мл
 - 3. 60-120 мл
 - 4. 80-140 мл
 - 5. 100-150 мл
10. Минутный объем сердца в норме равен
- 1. 1.5-2.5 л/мин
 - 2. 2.0-3.5 л/мин
 - 3. 3.5-4.5 л/мин
 - +4. 4.0-6.0 л/мин
 - 5. 6.0-7.0 л/мин
11. Объем циркулирующей крови (ОЦК) составляет в норме
- 1. 60-57 мл/кг
 - 2. 70-65 мл/кг
 - +3. 82-75 мл/кг
 - 4. 94-105 мл/кг
 - 5. 110-140 мл/кг
12. Общее периферическое сопротивление (ОПС) составляет в норме
- +1. 1200-2500 дин/сгсм5
 - 2. 2700-3000 дин/сгсм5
 - 3. 3000-3500 дин/сгсм5
 - 4. 3200-4000 дин/сгсм5
 - 5. 3500-4500 дин/сгсм5
13. Венозное давление поддерживают все перечисленные факторы, кроме
- 1. давления и кровотока в капиллярах
 - 2. внутриплеврального давления
 - 3. внутрибрюшного давления
 - +4. внутрикостного давления и давления в лимфатической системе
14. Центральное венозное давление при нормоволемии равно
- 1. 30-45 мм вод. ст.
 - +2. 50-120 мм вод. ст.
 - 3. 130-150 мм вод. ст.

4. свыше 160 мм вод. ст.

5. свыше 200 мм вод. ст.

15. Развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) в основном связано со всем перечисленным, кроме

1. обширной травмы мягких тканей и скелета

2. массивных гемотрансфузий

+3. трансфузий крови со сроком хранения от 2 до 3 дней в объеме 15% ОЦК больного

4. активации калликреин-кининовой системы

5. замедления кровотока

16. Клинически ось нижней конечности проходит через все следующие образования, исключая

1. передне-верхнюю ось подвздошной кости

+2. наружный край надколенника

3. внутренний край надколенника

4. середину проекции голеностопного сустава

5. первый палец стопы

17. Клинически ось верхней конечности проходит через все следующие образования, кроме

+1. акромиального отростка лопатки

2. середины проекции головки плечевой кости

3. центра головчатого возвышения плеча

4. головки лучевой кости

5. головки локтевой кости

18. Суммарная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза

1. до большого вертела бедра

2. до суставной щели коленного сустава

3. до края наружной лодыжки

+4. до пяточного бугра

19. Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка

1. до середины проекции головки плеча

2. до наружного мыщелка

3. до шиловидного плеча отростка лучевой кости

4. до конца третьего пальца

+5. до конца пятого пальца

20. Линия и треугольник Гютера применяется при исследовании нормального локтевого сустава. Для его определения необходимо знать все перечисленные ориентиры, кроме

- +1. оси плеча
- 2. расположения надмыщелков
- 3. расположения вершины локтевого отростка
- 4. при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток) составляют прямую линию
- 5. при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник
- 21. Линия Розер-Нелатона применяется при исследовании нормального тазобедренного сустава. Ее определяют все перечисленные образования, кроме
 - 1. точки верхней подвздошной кости
 - 2. точки седалищного бугра
 - +3. точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° , которая располагается выше этой линии
 - 4. точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° , которая располагается на этой линии
- 22. Треугольник Бриана применяется при исследовании тазобедренного сустава, на нормальном суставе его определяет все перечисленное, кроме
 - 1. горизонтальной линии, проведенной через большой вертел у больного, лежащего на спине
 - 2. из точки на верхней ости подвздошной кости опускается перпендикуляр
 - +3. соединяют вершину большого вертела с верхней остью подвздошной кости, получают равнобед. треугольник
- 23. Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава
 - 1. проходит через точку на вершине большого вертела
 - 2. проходит через точку на передней верхней ости подвздошной кости
 - +3. проходит ниже пупка, если линия соединяет точки А и Б
 - 4. проходит через пупок или чуть выше его, если линия соединяет точки А и Б
- 24. При патологии тазобедренного сустава линия лонного сочленения, соединяющая точку на вершине большого вертела с точкой на вершине лонного сочленения горизонтальной линией
 - 1. перпендикулярна к оси туловища
 - +2. не перпендикулярна к оси туловища
 - 3. составляет с осью туловища угол более 70°
- 25. При исследовании нормального тазобедренного сустава определяют четвертьную линию. При патологии ее определяют следующим образом
 - 1. определяют точки над вершинами обоих вертелов
 - 2. определяют точки над вершинами обоих вертелов остей таза
 - 3. соединяют горизонтальными линиями две пары этих точек
 - 4. получают параллельные прямые
 - +5. параллельных прямых не получается
- 26. Перкуссия не позволяет выявить

1. наличия жидкости в полости очага или сустава
2. наличия газа в полости или суставе
3. степени сращения переломов длинных трубчатых костей
- +4. степени кровоснабжения конечностей

5. наличия больших полостей в эпифизах или метафизах конечностей

27. Сукуссия суставов позволяет определять все перечисленное, кроме

- +1. обычного (нормального) количества синовиальной жидкости в здоровом суставе
2. наличия крови при гемартрозе
3. наличия синовиальной жидкости при выраженном синовите
4. наличия небольшого количества жидкости в больном или травмированном суставе
5. наличия гноя в полости сустава при артрите

28. При истинном костном, функционально выгодном анкилозе коленного сустава походка человека определяется перечисленными терминами, исключая

1. щадящую хромоту
- +2. нещадящую хромоту
3. "утиную" походку
4. подпрыгивающую

29. Нарушение подвижности в суставе принято характеризовать

- +1. как анкилоз
- +2. как контрактура
- +3. как ригидность
- +4. как патологическая подвижность

30. Отведение и приведение конечностей - это движения

1. в сагитальной плоскости
- +2. во фронтальной плоскости
3. в аксиальной плоскости
4. внутреннее движение вокруг продольной оси
5. наружное движение вокруг продольной оси

Критерии формирования оценок по тестовым заданиям:

«отлично» (продвинутый уровень) – получают обучающиеся с правильным количеством ответов на тестовые вопросы. Выполнено 90 -100 % предложенных тестовых вопросов;

«хорошо» (базовый уровень) – получают обучающиеся с правильным количеством ответов на тестовые вопросы – 70 –89 % от общего объема заданных тестовых вопросов;

«удовлетворительно» (пороговый уровень) – получают обучающиеся с правильным количеством ответов на тестовые вопросы – 51 –69% от общего объема заданных тестовых вопросов;

«неудовлетворительно» (компетенция не сформирована) – получают обучающиеся правильным количеством ответов на тестовые вопросы – менее 50 % от общего объема заданных тестовых вопросов

5.1.5.1. Промежуточное тестирование

Целью выступает оценка уровня освоения аспирантами понятийно-категориального аппарата по соответствующим разделам дисциплины, сформированности отдельных умений и навыков, усвоения учебного материала. Промежуточное тестирование проводится в конце учебного периода (учебного года, полугодия) с целью выявления итоговых знаний по дисциплине.

Процедура. Промежуточное тестирование проводится в учебных аудиториях в рамках последнего практического занятия. Тестовые задания включают выборку вопросов из тестовых заданий к отдельным темам/разделам дисциплины.

Выберите правильные ответы (правильных ответов может быть несколько):

Тесты

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Укажите один правильный ответ

1. 001. Материально-техническую базу здравоохранения составляют

- а) а) сеть учреждений здравоохранения
- б) б) коечный фонд
- в) в) оснащенность аппаратурой
- г) г) укомплектованность врачебными кадрами
- д) д) все перечисленное

2. 002. Урбанизация - сложный процесс, важнейшими принципами которого являются

- а) а) рост численности городского населения
- б) б) увеличение числа городов
- в) в) рост удельного веса детей
- г) г) раннее развитие детей
- д) д) все перечисленное

3. 003. Практическое значение демографии сводится

- а) а) к планированию социально-экономического развития страны (территории)
- б) б) к планированию учреждений здравоохранения и кадров
- в) в) к оценке здоровья населения
- г) г) к оценке качества медицинской помощи
- д) д) ко всему перечисленному

4. 004. Для «демографической» ситуации в нашей стране характерно

- а) а) увеличение удельного веса детей
- б) б) увеличение средней продолжительности жизни
- в) в) увеличение удельного веса лиц пожилого возраста
- г) г) изменение социальной структуры общества
- д) д) все перечисленное

5. 005. При проведении социально-гигиенических исследований используются методы

- а) а) исторический
- б) б) экспериментальный
- в) в) экономико-статистический
- г) г) социологический
- д) д) все перечисленное

6. 006. Перестройке хозяйственного механизма в системе здравоохранения способствуют

- а) а) укрепление здоровья населения и продление жизни человека
- б) б) повышение качества оказания медицинской помощи населению
- в) в) повышение роли профилактики
- г) г) усиление «человеческого фактора» в сфере здравоохранения
- д) д) все перечисленное

7. 007. Основными видами управленческих решений в здравоохранении являются

- а) а) социальные
- б) б) медицинские

- в) в) административно-хозяйственные
- г) г) ресурсные
- д) д) все перечисленные

8. 008. К числу факторов, снижающих экономические затраты при профилактическом обслуживании, относят

- а) а) повышение квалификации врачей
- б) б) повышение квалификации медицинских лаборантов
- в) в) расширение функций среднего медицинского персонала
- г) г) все перечисленное

9. 009. Специализированная медицинская помощь оказывается во всех перечисленных ниже учреждениях, кроме

- а) а) многопрофильных и специализированных больниц
- б) б) больниц скорой помощи
- в) в) бальнеологических лечебниц
- г) г) больниц восстановительного лечения
- д) д) стационаров, диспансеров и МСЧ

К лечебно-диагностическим отделениям относятся все перечисленные, кроме

- а) а) клинической лаборатории
- б) б) рентгеновского отделения
- в) в) процедурного кабинета
- г) г) диспансерного кабинета
- д) д) отделения физиотерапии

На организацию медицинской помощи в сельской местности влияют

- а) а) характер расселения
- б) б) радиус обслуживания
- в) в) сезонность сельскохозяйственных работ
- г) г) специфика условий быта
- д) д) все перечисленное

Из перечисленных ниже сочетаний больничных показателей наиболее неблагоприятными являются

- а) а) увеличение пропускной способности и снижение летальности
- б) б) увеличение пропускной способности койки и увеличение летальности
- в) в) уменьшение пропускной способности койки и снижение летальности
- г) г) уменьшение пропускной способности и увеличение летальности

Развитие профилактического направления в медицине предполагает все перечисленное, кроме

- а) а) улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения
- б) б) повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта
- в) в) искоренения вредных привычек
- г) г) расширения сети больниц и отделений восстановительного лечения
- д) д) расширения массовых профосмотров, диспансеризации, повышения их качества и эффективности

Улучшение лечебно-профилактической помощи населению предусматривает все перечисленное, кроме

- а) а) усиления госсаннадзора
- б) б) улучшения работы скорой и неотложной медицинской помощи
- в) в) совершенствования экспертизы временной нетрудоспособности
- г) г) укрепления и расширения сети территориально-медицинских объединений
- д) д) повышения норм расходов на питание и медикаменты

Материально-техническую базу здравоохранения составляет все перечисленное, кроме

- а) а) сети учреждений здравоохранения

- б) б) коечного фонда
 - в) в) оснащенности аппаратурой
 - г) г) укомплектованности врачебными кадрами
 - д) д) сочетания бюджетного и внебюджетного финансирования
- Типами учреждений здравоохранения являются все перечисленное, кроме
- а) а) лечебно-профилактических
 - б) б) санитарно-профилактических
 - в) в) судебно-медицинской экспертизы
 - г) г) санаторно-курортных
 - д) д) аптечных

Территориальное медицинское объединение (ТМО) создается при численности населения

- а) а) до
- б) б) от до
- в) в) от до
- г) г) от до
- д) д)

В состав территориального медицинского объединения (ТМО) входят все перечисленные структуры подразделения, кроме

- а) а) консультативной поликлиники
- б) б) многопрофильной больницы
- в) в) родильного дома
- г) г) специализированных диспансеров
- д) д) санитарно-эпидемиологической службы

Показателями, характеризующими деятельности поликлиники, являются: 1) участковость, 2) охват диспансерным наблюдением, 3) снятие с диспансерного учета, 4) летальность на участке, 5) сведения о заключительных диагнозах из статистических отчетов

- а) а) если верно 1, 2, 3
- б) б) если верно 2, 3 и 4
- в) в) если верно 1, 3 и 4
- г) г) если верно 3, 4 и 5
- д) д) если верно все

Средняя мощность областной (краевой, республиканской) больницы составляет

- а) а) 200-400 коек
- б) б) 400-600 коек
- в) в) коек
- г) г) 2000 коек

Средняя мощность больницы скорой помощи составляет

- а) а) 100-150 коек
- б) б) 200-300 коек
- в) в) 400-600 коек
- г) г) коек

Оптимальная мощность специализированного отделения стационара составляет

- а) а) от 20 до 30 коек
- б) б) от 30 до 60 коек
- в) в) от 30 до 90 коек
- г) г) от 90 до 120 коек
- д) д) свыше 120 коек

Заболеваемость можно изучить по данным всех перечисленных ниже показателей, кроме

- а) а) обращаемости населения в медицинские учреждения
- б) б) деятельности ВКК и ВТЭК

в) в) профилактических осмотров и диспансерного наблюдения

г) г) причин смерти

Критерии формирования оценок по тестовым заданиям:

«отлично» (*продвинутый уровень*) – получают обучающиеся с правильным количеством ответов на тестовые вопросы. Выполнено 90 -100 % предложенных тестовых вопросов;

«хорошо» (*базовый уровень*) – получают обучающиеся с правильным количеством ответов на тестовые вопросы – 70 –89 % от общего объема заданных тестовых вопросов;

«удовлетворительно» (*пороговый уровень*) – получают обучающиеся с правильным количеством ответов на тестовые вопросы – 51 –69% от общего объема заданных тестовых вопросов;

«неудовлетворительно» (*компетенция не сформирована*) – получают обучающиеся правильным количеством ответов на тестовые вопросы – менее 50 % от общего объема заданных тестовых вопросов.

5.2. Оценочные материалы для промежуточной аттестации

(контролируемые компетенции: ОПК-3; ПК-1; УК-1)

Целью промежуточной аттестации по дисциплине является оценка качества освоения дисциплины и сформированности компетенций

Промежуточная аттестация предназначена для объективного подтверждения и оценивания достигнутых результатов обучения после завершения изучения дисциплины.

Процедура – промежуточная аттестация проводится по окончании 4 семестра в специально отведенное время – время экзаменационной недели. Аспирант получает экзаменационный билет, включающий 3 вопроса. На подготовку отводится 30 – 40 минут. По итогам экзамена выставляется оценка. Аспирант за отведенное для подготовки время должен выполнить задания, включенные в экзаменационный билет. По итогам экзамена выставляется оценка по шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Экзамен (кандидатский экзамен) является итоговой формой контроля по дисциплине и позволяет оценить уровень сформированности компетенций.

Примерный перечень вопросов к экзамену по дисциплине

Развитие травматологии в России.

2. Травма. Определение. Классификация. Травматизм. Виды травматизма.

3. Перелом костей. Классификация. Общие принципы диагностики принципы лечения переломов.

4. Вывихи костей. Классификация. Диагностика. Общие принципы диагностики принципы лечения переломов.

5. Исходы лечения переломов. Причины возможных осложнений (нарушение консолидации, ложные суставы).

6. Общие принципы лечения переломов консервативный методом. Осложнения лечения

переломов в гипсовой повязке.

7. Общие принципы лечения переломов функциональным методом. Преимущества и недостатки метода. Осложнения при лечении переломов функциональным методом.

8. Общие принципы лечения переломов оперативный методом. Преимущества и недостатки метода. Осложнения при лечении переломов оперативным методом.

9. Реабилитация больных и инвалидов с последствиями травм опорно-двигательного аппарата. Принципы, виды и методы реабилитации.

10. Особенности детской травмы. Переломы и вывихи у детей. Особенности диагностики

и лечения травм опорно-двигательного аппарата в детском возрасте.

11. Врожденная косолапость. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Частота.

Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы современных методов лечения и профилактики возможных осложнений.

12. Статическая деформация стопы. Поперечное и продольное плоскостопие. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Частота. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы современных методов лечения и профилактики возможных осложнений.
13. Нарушения осанки. Сколиоз. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Частота. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы современных методов лечения и профилактики возможных осложнений.
14. Врожденная мышечная кривошея. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Частота. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы современных методов лечения и профилактики возможных осложнений.
15. Остеохондропатии (болезнь Легг-Кальве-Пертеса, болезнь Остгута-Шлаттера, болезнь Шейермана-Мау). Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Частота. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы современных методов лечения и профилактики возможных осложнений.
16. Доброкачественные опухоли костей. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения и реабилитации больных. Прогноз.
17. Злокачественные опухоли костей. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения, реабилитации больных. Прогноз.
18. Врожденный вывих бедра. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Частота. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы современных методов лечения и профилактики возможных осложнений.
19. Деформирующие артрозы. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Частота. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы современных методов лечения и профилактики возможных осложнений.
20. Ампутации. Показания, виды ампутаций. Протезирование. Ортопедические аппараты и обувь.
21. Дегенеративные заболевания позвоночника. Остеохондроз. Спондилез. Спондилоартроз. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Этиология. Клиника. Диагностика. Принципы лечения и профилактики возможных осложнений.
22. Закрытая черепно-мозговая травма. Классификация. Симптоматика. Диагностика. Первая помощь. Транспортировка. Принципы лечения, профилактика возможных осложнений.
23. Открытая черепно-мозговая травма. Классификация. Симптоматика. Диагностика. Первая помощь. Транспортировка. Принципы лечения, профилактика возможных осложнений.
24. Неосложненные повреждения позвоночника. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Первая помощь. Транспортировка. Классификация. Клиника. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений.
25. Переломы ребер и грудины. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Первая помощь. Транспортировка. Классификация. Клиника. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений.
26. Переломы костей надплечья. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Классификация. Клиника. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений. Первая помощь. Транспортировка.
27. Переломы плечевой кости. Нормальная анатомия и рентгенанатомия сегмента. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики,

лечения и профилактики возможных осложнений.

28. Переломы костей предплечья. Нормальная анатомия и рентгеноанатомия сегмента. Первая помощь. Транспортировка. Классификация. Клиника. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений.

29. Перелом лучевой кости в типичном месте. Нормальная анатомия и рентгеноанатомия

сегмента. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений.

30. Переломы проксимального отдела бедра. Нормальная анатомия и рентгеноанатомия сегмента. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений.

31. Переломы диафиза бедренной кости. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений.

32. Повреждения коленного сустава (переломы и вывихи надколенника, повреждение менисков, повреждение капсульно-связочного аппарата коленного сустава).

Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений.

33. Внутрисуставные переломы. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений.

34. Диафизарные переломы костей голени. Нормальная анатомия и рентгеноанатомия сегмента. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений..

35. Повреждения костей таза. Нормальная анатомия и рентгеноанатомия костей таза. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений.

36. Политравма. Множественные и сочетанные повреждения опорно-двигательного аппарата. Объем оказания помощи на догоспитальном и госпитальном этапах лечения.

37. Переломы костей стопы. Нормальная анатомия и рентгеноанатомия сегмента. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений.

38. Переломы лодыжек. Нормальная анатомия и рентгеноанатомия сегмента. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики, лечения и профилактики возможных осложнений.

39. Огнестрельная рана. Морфологические и функциональные изменения в тканях. Ранняя профилактика инфекционных осложнений. Принципы хирургической обработки огнестрельных ран. Показания и противопоказания. Заживления ран первичным и вторичным натяжением.

40. Методы и средства обезболивания в травматологии.

41. Кровотечения. Способы временной и окончательной остановки кровотечений. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики и лечения.

42. Травматический шок. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики и лечения.

43. Синдром длительного раздавливания. Причины. Патогенез. Классификация. Клиника.

Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики и лечения.

44. Понятие о раневой инфекции. Местная гнойная инфекция. Токсико-резорбтивная лихорадка. Раневое истощение. Классификация. Клиника. Принципы диагностики, лечения и профилактики.

45. Анаэробная инфекция ран. Этиология. Характеристика клинических форм. Клиника.
Принципы диагностики, лечения и профилактики.
46. Термические поражения. Ожоговая болезнь. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики, лечения и профилактики осложнений
47. Отморожения. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики и лечения.
48. Переохлаждения. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики и лечения.
49. Ранения и повреждения органов грудной клетки. Классификация. Клиника. Первая помощь. Транспортировка. Принципы диагностики и лечения.
50. Ранения и закрытые повреждения живота. Классификация. Клиника. Первая помощь.
Транспортировка. Принципы диагностики и лечения.

Шкала и критерии формирования оценок по промежуточной аттестации

Шкала оценок	Критерии оценок	Уровень сформированности и компетенции
<i>«отлично»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аспирант полно раскрывает содержание вопросов билета; 2. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности, правильно используется терминология; 3. Показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; 4. Продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; 5. Ответ прозвучал самостоятельно, без наводящих вопросов. 	Продвинутый уровень
<i>«хорошо»</i>	<p>Ответ аспиранта удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом может иметь следующие недостатки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В изложении допущены небольшие пробелы, не исказившие содержание ответа; 2. Допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию экзаменатора; 3. Допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляются по замечанию экзаменатора. 	Базовый уровень
<i>«удовлетворительно»</i>	Аспиранта неполно или непоследовательно раскрывает содержание материала, но показывает общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала. В процессе	Пороговый уровень

	<p>ответа:</p> <p>1. Имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии, исправленные после нескольких наводящих вопросов;</p> <p>2. При неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков</p>	
«неудовлетворительно»	ответ не удовлетворяет указанным выше критериям	Компетенция не сформирована

6. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Критерием оценки уровня сформированности компетенций в рамках учебной дисциплины «Травматология и ортопедия», является экзамен (кандидатский экзамен).

В течение учебного процесса аспирант обязан отчитаться по теоретическому материалу и практическим занятиям.

Промежуточная аттестация осуществляется, в конце семестра и представляет собой итоговую оценку знаний по дисциплине в виде проведения экзаменационной процедуры (экзамена), выставления зачета, дифференцированного зачета, защиты курсовой работы, если она является самостоятельным видом учебной работы аспиранта, а не формой проверки знаний по дисциплине.

В табл. 7 представлены результаты освоения дисциплины «Травматология и ортопедия», подлежащих проверке

Таблица 7. Результаты освоения учебной дисциплины, подлежащие проверке

Результаты обучения (компетенции)	Основные показатели оценки результатов обучения	Вид оценочного материала
ПК- 1 – Способность и готовность к планированию, организации и проведению научно-исследовательской деятельности в области травматологии и ортопедии с выбором оптимальных методов исследования, соблюдения принципов доказательной медицины, с целью получения новых научных данных, значимых для биологии и медицины	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - этиологию, патогенез и клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения травм и заболеваний ОДС у различных возрастных групп 	Тестовые задания (5.1.5); Оценочные материалы для проведения экзамена (5.2.); Оценочные материалы для устного опроса (5.1.3.)
	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выбирать и обосновывать методы научных исследований в сфере сохранения здоровья населения адекватно цели и задачам исследования, в частности в сфере оказания медицинской помощи при травмах и заболеваниях опорно-двигательной системы 	Рефераты (5.1.1); Оценочные материалы для устного опроса (5.1.3.); дискуссии (5.1.2.); Задачи (5.1.4.) Оценочные материалы для проведения экзамена (5.2.) Тестовые задания (5.1.5.)
	<p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы критического анализа и оценки современных научных достижений в травматологии и ортопедии, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и 	Рефераты (5.1.1.); Дискуссии (5.1.2.); Тестовые задания (5.1.3.); Оценочные материалы для проведения экзамена (5.2.);

	<i>практических задач, в том числе в междисциплинарных областях</i>	
УК-1 - способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;	Знает: - методы критического анализа и оценки современных научных достижений в травматологии и ортопедии, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях	Оценочные материалы для проведения экзамена (5.2.) Рефераты (5.1.1); Дискуссии (5.1.2.);
	Умеет: - анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные выигрыши/проигрыши реализации этих вариантов	Рефераты (5.1.1); Дискуссии (5.1.2.); Задачи (5.1.4.) Оценочные материалы для проведения экзамена (5.2.);
	Владеет: - навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач в области травматологии и ортопедии, в том числе в междисциплинарных областях	Рефераты (5.1.1); Дискуссии (5.1.2.); Оценочные материалы для про
		ведения экзамена (5.2.);
ОПК-3- Способность и готовность к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований	Знает: - критерии диагноза и классификации различных заболеваний в травматологии и ортопедии	Рефераты (5.1.1); Дискуссии (5.1.2.); Задачи (5.1.4.) Оценочные материалы для проведения экзамена (5.2.);
	Умеет: - пользоваться нормативной документацией, регламентирующей организацию и проведение научных исследований в сфере сохранения здоровья, в частности в области травматологии и ортопедии	Рефераты (5.1.1); Дискуссии (5.1.2.); Задачи (5.1.4.) Оценочные материалы для проведения экзамена (5.2.);
	Владеет: - методами сбора жалоб, анамнеза, общеклинического обследования больного с травмами и заболеваниями ОДС, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и функциональных методов диагностики травм и заболеваний ОДС	Рефераты (5.1.1); Дискуссии (5.1.2.); Задачи (5.1.4.) Оценочные материалы для проведения экзамена (5.2.);

Таким образом, выполнение типовых заданий, представленных в разделе 5 «Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации» направлено на формирование компетенций: УК-1; ОПК-3; ПК-1.

7. Учебно-методическое обеспечение дисциплины

7.1. Основная литература

1. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Жидкова О.И.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2019.— 158 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/80994.html>.
2. Справочник. Травматология [Электронный ресурс]/ Фишкин А.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2019.— 319 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/80218.html>.
3. Полный справочник травматолога [Электронный ресурс]/ О.В. Ананьева [и др.].— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2019.— 734 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/80217.html>.
4. Тяжелая черепно-мозговая травма. Клиническая патофизиология, анестезия и интенсивная терапия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Григорьев Е.В., Чурляев Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— Кемерово: Кемеровская государственная медицинская академия, 2006.— 68 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6235.html>.

7.2. Дополнительная литература

5. Военно-полевая хирургия : рук. к практ. Занятиям Ашмаров И.А. Модернизация в России: теория, исторический опыт, политика [Электронный ресурс]: монография/ Ашмаров И.А.— Электрон. текстовые данные. – Саратов: Вузовское образование, 2019. – 316 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/83161.html>. – ЭБС «IPRbooks»
6. Биомеханическое моделирование объектов протезирования [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бегун П.И.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Политехника, 2011.— 464 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/16295.html>.
7. Детская хирургия с травматологией и ортопедией [Электронный ресурс]: методические рекомендации для студентов/ Гаймоленко С.Г., Дручкова С.Л., Степанова Н.М.— Электрон. текстовые данные.— Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2011.— 203 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/55292.html>.
8. Торакоабдоминальная травма [Электронный ресурс]/ Тулупов А.Н., Синенченко Г.И.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Фолиант, 2016.— 312 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/60950.html>. — ЭБС «IPRbooks».
9. Травма груди [Электронный ресурс]: методические указания для студентов/ Сафронов А.А.— Электрон. текстовые данные.— Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2010.— 27 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31857.html>. — ЭБС «IPRbooks»

7.3. Периодические издания

Журнал «Травматология и ортопедия».

1.4. Перечень интернет-ресурсов

При изучении дисциплины аспиранты обеспечены доступом (удаленный доступ) к ресурсам:

- общим информационным, справочным и поисковым:

10. Справочная правовая система «Гарант». URL: <http://www.garant.ru>.
11. Справочная правовая система «КонсультантПлюс». URL: <http://www.consultant.ru>

- к современным профессиональным базам данных

№п/п	Наименование электронного ресурса	Краткая характеристика	Адрес сайта	Условия доступа
------	-----------------------------------	------------------------	-------------	-----------------

12.	ЭБД РГБ	Электронные версии 885898 полных текстов диссертаций и авторефератов из фонда Российской государственной библиотеки	http://www.diss.rsl.ru	Авторизованный доступ из библиотеки (к. 112-113)
13.	«Web of Science» (WOS)	Авторитетная политематическая реферативно-библиографическая и наукометрическая база данных, в которой индексируются около 12,5 тыс. журналов	http://www.isiknowledge.com/	Доступ по IP-адресам КБГУ
14.	Sciverse Scopus издательства «Эльзевир. Наука и технологии»	Реферативная и аналитическая база данных, содержащая - 21.000 рецензируемых журналов; 100.000 книг; 370 книжный серий (продолжающихся изданий); - 6,8 млн. докладов из трудов конференций	http://www.scopus.com	Доступ по IP-адресам КБГУ
15.	Научная электронная библиотека (НЭБ РФФИ)	Электронная библиотека научных публикаций - полнотекстовые версии около 4000 иностранных и 3900 отечественных научных журналов, рефераты публикаций 20 тысяч журналов, а также описания 1,5 млн. зарубежных и российских диссертаций. 2800 российских журналов на безвозмездной основе	http://elibrary.ru	Полный доступ
16.	База данных Science Index (РИНЦ)	Национальная информационно-аналитическая система, аккумулирующая более 6 миллионов публикаций российских авторов, а также информацию об их цитировании из более 4500 российских журналов.	http://elibrary.ru	Авторизованный доступ. Позволяет дополнять и уточнять сведения о публикациях ученых КБГУ, имеющих в РИНЦ
17.	Национальная электронная библиотека РГБ	Объединенный электронный каталог фондов российских библиотек, содержащий 4 331 542 электронных документов образовательного и научного характера по различным отраслям знаний	https://нэб.рф	Доступ с электронного читального зала библиотеки КБГУ

- профессиональным поисковым системам:

ЭБС «Университетская библиотека онлайн» ООО «Директ-Медиа». Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru>.

Общероссийская Общественная Организация «Ассоциация травматологов – ортопедов России»– Режим доступа: <http://ator-rf.ru>.

Информационно-обучающий портал травматологов-ортопедов– Режим доступа: URL: <http://travmaweb.ru/events>.

7.5. Методические рекомендации по проведению различных учебных занятий и другим видам самостоятельной работы

**Методические рекомендации по изучению дисциплины
«Травматология и ортопедия» для аспирантов**

Курс изучается на занятиях лекционного типа, практических занятиях, при самостоятельной и индивидуальной работе аспиранта. Приступая к изучению дисциплины, аспиранту необходимо ознакомиться с тематическим планом занятий, списком рекомендованной учебной литературы. При изучении дисциплины, аспирант выполняет следующие задания: изучают рекомендованную учебную и научную литературу, готовят доклады и сообщения к практическим занятиям; выполняют самостоятельные творческие работы, участвуют в выполнении практических заданий. Уровень и глубина усвоения дисциплины зависят от активной и систематической работы на лекциях, изучения рекомендованной литературы, выполнения контрольных письменных заданий.

В ходе изучения дисциплины аспирант имеет возможность подготовить реферат по выбранной из предложенного в Рабочей программе списка теме. Выступление с докладом по реферату в группе проводится в форме презентации с использованием мультимедийной техники.

Методические рекомендации по работе с литературой

Всю литературу можно разделить на учебники и учебные пособия, оригинальные научные монографические источники, научные публикации в периодической печати. Из них можно выделить литературу основную (рекомендуемую), дополнительную и литературу для углубленного изучения дисциплины.

Изучение дисциплины следует начинать с учебника, поскольку учебник – это книга, в которой изложены основы научных знаний по определенному предмету в соответствии с целями и задачами обучения, установленными программой.

При работе с литературой необходимо учитывать, что имеются различные виды чтения, и каждый из них используется на определенных этапах освоения материала.

Предварительное чтение направлено на выявление в тексте незнакомых терминов и поиск их значения в справочной литературе. В частности, при чтении указанной литературы необходимо подробнейшим образом анализировать понятия.

Сквозное чтение предполагает прочтение материала от начала до конца. Сквозное чтение литературы из приведенного списка дает возможность обучающемуся сформировать свод основных понятий из изучаемой области и свободно владеть ими.

Выборочное – наоборот, имеет целью поиск и отбор материала. В рамках данного курса выборочное чтение, как способ освоения содержания курса, должно использоваться при подготовке к практическим занятиям по соответствующим разделам.

Аналитическое чтение – это критический разбор текста с последующим его конспектированием. Освоение указанных понятий будет наиболее эффективным в том случае, если при чтении текстов студент будет задавать к этим текстам вопросы. Часть из этих вопросов сформулирована в оценочных материалах в перечне вопросов для собеседования. Перечень этих вопросов ограничен, поэтому важно не только содержание вопросов, но сам принцип освоения литературы с помощью вопросов к текстам.

Целью *изучающего* чтения является глубокое и всестороннее понимание учебной информации. Есть несколько приемов изучающего чтения:

1. Чтение по алгоритму предполагает разбиение информации на блоки: название; автор; источник; основная идея текста; фактический материал; анализ текста путем сопоставления имеющихся точек зрения по рассматриваемым вопросам; новизна.

2. Прием постановки вопросов к тексту имеет следующий алгоритм:

- медленно прочитать текст, стараясь понять смысл изложенного;
- выделить ключевые слова в тексте;
- постараться понять основные идеи, подтекст и общий замысел автора.

3. Прием тезирования заключается в формулировании тезисов в виде положений, утверждений, выводов.

К этому можно добавить и иные приемы: прием реферирования, прием комментирования.

Важной составляющей любого солидного научного издания является список литературы, на которую ссылается автор. При возникновении интереса к какой-то обсуждаемой в тексте проблеме всегда есть возможность обратиться к списку относящейся к ней литературы. В этом случае вся проблема как бы разбивается на составляющие части, каждая из которых может изучаться отдельно от других. При этом важно не терять из вида общий контекст и не погружаться чрезмерно в детали, потому что таким образом можно не увидеть главного.

Подготовка к зачету должна проводиться на основе лекционного материала, материала практических занятий с обязательным обращением к основным учебникам по курсу. Это позволит исключить ошибки в понимании материала, облегчит его осмысление, прокомментировать материал многочисленными примерами.

Методические указания по выполнению рефератов

Реферат представляет собой сокращенный пересказ содержания первичного документа (или его части) с основными фактическими сведениями и выводами. Написание реферата используется в учебном процессе вуза в целях приобретения обучающимся необходимой профессиональной подготовки, развития умения и навыков самостоятельного научного поиска: изучения литературы по выбранной теме, анализа различных источников и точек зрения, обобщения материала, выделения главного, формулирования выводов и т. п. С помощью рефератов аспирант глубже постигает наиболее сложные проблемы курса, учится лаконично излагать свои мысли, правильно оформлять работу, докладывать результаты своего труда. Процесс написания реферата включает: выбор темы; подбор нормативных актов, специальной литературы и иных источников, их изучение; составление плана; написание текста работы и ее оформление; устное изложение реферата.

Рефераты пишутся по наиболее актуальным темам. В них на основе тщательного анализа и обобщения научного материала сопоставляются различные взгляды авторов и определяется собственная позиция студента с изложением соответствующих аргументов. Темы рефератов должны охватывать и дискуссионные вопросы курса. Они призваны отражать передовые научные идеи, обобщать тенденции практической деятельности, учитывая при этом изменения в текущем законодательстве. Рекомендованная ниже тематика рефератов примерная. Студент при желании может сам предложить ту или иную тему, предварительно согласовав ее с научным руководителем.

Реферат, как правило, состоит из введения, в котором кратко обосновывается актуальность, научная и практическая значимость избранной темы, основного материала, содержащего суть проблемы и пути ее решения, и заключения, где формируются выводы, оценки, предложения. Общий объем реферата 20 листов.

Технические требования к оформлению реферата следующие. Реферат оформляется на листах формата А4, с обязательной нумерацией страниц, причем номер страницы на первом, титульном, листе не ставится. Поля: верхнее, нижнее, правое, левое – 20 мм. Абзацный отступ – 1,25; Рисунки должны создаваться в циклических редакторах или как рисунок Microsoft Word (сгруппированный). Таблицы выполнять табличными ячейками Microsoft Word. Сканирование рисунков и таблиц не допускается. Выравнивание текста (по ширине страницы) необходимо выполнять только стандартными способами, а не с помощью пробелов. Размер текста в рисунках и таблицах – 12 кегль. На титульном листе реферата нужно указать: название учебного заведения, факультета, номер группы и фамилию, имя и отчество автора, тему, место и год его написания. Рекомендуемый объем работы складывается из следующих составляющих: титульный лист (1 страница), содержание (1 страница), введение (1 – 2 страницы), основная часть, которую можно разделить на главы или разделы (10 – 15 страниц), заключение (1 – 3 страницы), список литературы (1 страница), приложение (не обязательно). Если реферат содержит таблицу, то ее номер и название располагаются сверху таблицы, если рисунок, то внизу рисунка.

Содержательные части реферата – это введение, основная часть и заключение. Введение должно содержать рассуждение по поводу того, что рассматриваемая тема

актуальна (то есть современна и к ней есть большой интерес в настоящее время), а также постановку цели исследования, которая непосредственно связана с названием работы. Также во введении могут быть поставлены задачи (но не обязательно, так как работа невелика по объему), которые детализируют цель. В заключении пишутся конкретные, содержательные выводы.

Содержание реферата студент докладывает на семинаре, кружке, научной конференции. Предварительно подготовив тезисы доклада, студент в течение 7 - 10 минут должен кратко изложить основные положения своей работы. После доклада автор отвечает на вопросы, затем выступают оппоненты, которые заранее познакомились с текстом реферата, и отмечают его сильные и слабые стороны. На основе обсуждения обучающемуся выставляется соответствующая оценка.

Методические рекомендации по подготовке к дискуссиям, круглым столам

Подготовка и проведение дискуссии является значимым этапом освоения учебного материала, а также выступает одной из форм контроля выполнения студентом самостоятельной работы по конкретным разделам учебных дисциплин.

Дискуссия (от лат. discussio — «исследование») - это публичный диалог, в процессе которого сталкиваются различные, противоположные точки зрения. Целью дискуссии является выяснение и сопоставление позиций, поиск правильного решения, выявление истинного мнения.

Учебная дискуссия отличается тем, что ее проблематика нова лишь для группы лиц, участвующих в дискуссии; ее ориентировочный результат известен организатору. Цель учебной дискуссии – овладение участниками методами ведения обсуждения, поиска и формулирования аргументов, их анализа. Форма дискуссии представляет собой обмен мнениями во всех его формах. Соответствующий метод обучения заключается в проведении обсуждений по конкретной проблеме в относительно небольших группах, обучающихся (от 3 до 5 чел.)

Последовательность этапов дискуссии включает:

- поиск и определение проблемы (затруднения), решаемые групповыми методами (путем выработки общего подхода, достижения согласия);
- формулировка проблемы в ходе группового анализа, обсуждения; анализ проблемы;
- попытки найти решение проблемы (они могут представлять собой процесс, включающий обсуждение, сбор данных, привлечение дополнительных источников информации и т.д.; группа делает предварительные выводы, проводит сбор мнений и т.д., продвигаясь к согласию).

На *первом этапе* осуществляется выбор темы. Тема может быть предложена преподавателем, подсказана конкретной ситуацией/событием или определена на основе предварительной беседы. Для обеспечения

Второй этап - это проведение дискуссии. Дискуссия открывается вступительным словом ведущего, который объявляет тему, дает ее обоснование, выделяет предмет спора — положения и суждения, которые должны быть обсуждены. Участники дискуссии должны четко представлять, что является пунктом разногласий, а также убедиться, что нет терминологической путаницы, что они в одинаковых значениях используют слова. Поэтому ведущий определяет основные понятия через дефиницию, контрастные явления, конкретизаторы (примеры), синонимы и т. п. Стороны аргументируют защищаемый тезис, а также возражения по существу изложенных точек зрения, задают вопросы разных типов.

Успех дискуссии во многом зависит от ведущего.

Любой спор, даже идущий по всем правилам логики, может погубить одно обстоятельство: если участники дискуссии забывают об этике спора. Для студентов крайне важно *помнить о правилах спора*, к которым относятся:

- прежде чем выступать, следует определить, какова необходимость вступить в спор; необходимо тщательно продумать то, о чем будете говорить;
- краткое и ясное изложение своей точки зрения: речь должна быть весома и убедительна;

- лучшим доказательством или способом опровержения являются точные и бесспорные факты; если доказана ошибочность мнения, следует признать правоту своего «противника». Не упорствуйте в отрицании доводов оппонента, если они ясны и очевидны.
- начинайте возражать только тогда, когда вы уверены, что мнение собеседника действительно противоречит вашему;
- вначале приводите только сильные доводы, а о слабых говорите после и как бы вскользь;
- следите за тем, чтобы в ваших рассуждениях не было логических ошибок;
- необходимо помнить о культуре общения, уметь выслушать другого, уловить его позицию, не повышать голос, не прерывать выступающего, не делать замечаний, касающихся личных качеств участников обсуждения, избегать поспешных выводов; не следует вступать в пререкания с ведущим по ходу проведения дискуссии. В процессе спора старайтесь убедить, а не уязвить оппонента. Умейте сохранить спокойствие и самообладание в споре, постарайтесь найти удачное сочетание понимающей и атакующей интонации.

На *третьем заключительном этапе* подводятся итоги дискуссии.

В конце отмечается, достигнут ли результат, формируется вариант согласованной точки зрения или обозначаются выявленные противоположные позиции, их основная аргументация. Ведущий в заключительном слове характеризует состояние вопроса, а также отмечает наиболее конструктивные, убедительные выступления, тактичное поведение некоторых коммуникантов.

На данном этапе студентам предлагается оценить результативность дискуссии по следующим критериям, а именно

- системность, точность и логичность изложенных аргументов;
- последовательность, ясность и полнота сделанных выводов;
- умение слушать оппонентов, принимать и оценивать их позицию;
 - владение культурой речи, степень включенности в дискуссию каждого участника и проявления интереса к обсуждаемым вопросам.

Для успешности дискуссии необходимо подчиняться определенным правилам. Они необходимы для предотвращения несчастий, из-за которых во всем мире дискуссии не могут быть плодотворными, а именно: бесконечные монологи, затягивание времени, уход от темы, монопольное право на истину.

Дискуссия требует строгого распределения времени. Время - чрезвычайно большая ценность. На каждое выступление в дискуссии отводится не более 3 минут. По истечении этого времени, выступающему дается шанс кратко завершить свою мысль и аргументы, после чего он лишается слова. Для изложения мнения эксперта или программного выступления отводится от 5 до 15 минут.

Дискуссия должна дать возможность каждому участнику высказать свою точку зрения на обсуждаемый вопрос. От выступающих требуется аргументировано излагать и защищать свои суждения, при этом обсуждая не людей, а их позиции.

Методические рекомендации по самостоятельной работе аспирантов

Самостоятельная работа обучающихся направлена на самостоятельное изучение отдельных тем/вопросов учебной дисциплины. Самостоятельная работа является обязательной для каждого обучающегося, ее объем определяется учебным планом. При самостоятельной работе обучающиеся работают с рекомендованными материалами при минимальном участии преподавателя.

Организуя свою самостоятельную работу аспиранты должны выявить рекомендуемый режим и характер учебной работы по изучению теоретического курса, практических и/или семинарских занятий и практическому применению изученного материала, по выполнению заданий для самостоятельной работы.

Самостоятельная работа аспирантов, предусмотренная учебным планом должна соответствовать более глубокому усвоению изучаемого курса, формировать навыки исследовательской работы и ориентировать аспирантов на умение применять теоретические знания на практике.

Самостоятельная работа при изучении дисциплины включает следующие виды работ:

- проработка учебного материала (по конспектам лекций учебной и научной литературе) и подготовка докладов на семинарах и практических занятиях, к участию в тематических дискуссиях и деловых играх;
- поиск и обзор научных публикаций и электронных источников информации, подготовка заключения по обзору;
- выполнение контрольных работ, творческих (проектных) заданий;
- решение задач, упражнений;
- работа с тестами и вопросами для самопроверки;
- моделирование и/или анализ конкретных проблемных ситуаций;
- обработка статистических данных, нормативных материалов;
- анализ статистических и фактических материалов, составление выводов на основе проведенного анализа и т.д.

Самостоятельная работа по изучению дисциплины должна носить систематический характер, быть интересной и привлекательной для аспиранта. Самостоятельная работа аспиранта по изучению дисциплины основывается на изучении теоретических вопросов дисциплины, указанных в тематическом плане дисциплины.

Самостоятельная работа аспирантов при изучении дисциплины осуществляется следующими формами:

- аудиторная под руководством преподавателя на занятиях лекционного типа, практических занятиях;
- внеаудиторная под руководством преподавателя при проведении консультаций по дисциплине;
- внеаудиторная без участия преподавателя при подготовке к аудиторным занятиям, работе над докладами, работе с электронными информационными ресурсами.

Методические указания для обучающихся по подготовке к тесту

Тест – особая форма проверки знаний. Проводится после освоения одной или нескольких тем и свидетельствует о качестве понимания основных понятий изучаемого материала. Тестовые задания составлены к ключевым понятиям, основным разделам, важным терминологическим категориям изучаемой дисциплины.

Для подготовки к тесту необходимо знать терминологический аппарат дисциплины, понимать смысл научных категорий и уметь их использовать в профессиональной лексике.

Владение понятийным аппаратом, включённым в тестовые задания, позволяет преподавателю быстро проверить уровень понимания обучающимися важных методологических категорий.

Методические рекомендации для подготовки к экзамену (кандидатскому экзамену):

Экзамен (кандидатский экзамен) в 4-м семестре является формой итогового контроля, позволяющей оценить качество освоения учебного материала и сформированности компетенций в результате изучения дисциплины.

В период подготовки к экзамену обучающиеся вновь обращаются к учебно-методическому материалу и закрепляют промежуточные знания.

Подготовка к экзамену включает три этапа:

- самостоятельная работа в течение семестра;
- непосредственная подготовка в дни, предшествующие зачету по темам курса;
- подготовка к ответу на экзаменационные вопросы.

При подготовке к экзамену целесообразно использовать материалы лекций, учебно-методические комплексы, нормативные документы, основную и дополнительную литературу.

На экзамен выносится материал в объеме, предусмотренном рабочей программой учебной дисциплины за семестр. Экзамен проводится в письменной/устной форме.

При проведении экзамена в письменной (устной) форме, ведущий преподаватель составляет экзаменационные билеты, которые три вопроса.

Формулировка заданий совпадает с формулировкой перечня экзаменационных вопросов, доведенного до сведения аспирантов накануне экзаменационной сессии. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы с тем, чтобы более полно охватить материал учебной дисциплины.

В аудитории, где проводится устный экзамен, должно одновременно находиться не более шести студентов на одного преподавателя, принимающего зачет. На подготовку устного ответа на билет на экзамен отводится 40 минут. При проведении письменного экзамена на работу отводится 60 минут.

Результат письменного /устного экзамена оценивается по пятибалльной системе.

Ответ оценивается на «отлично» (продвинутый уровень компетенции), если аспирант полно раскрывает содержание вопросов билета; материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности, правильно используется терминология; показал умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; продемонстрировал усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; ответ прозвучал самостоятельно, без наводящих вопросов.

Ответ оценивается на «хорошо» (базовый уровень компетенции), если аспирант дает правильные и достаточно полные ответы на вопросы экзаменационного билета, не содержащие грубых ошибок и упущений; логично и последовательно излагает материал; но при этом в изложении допущены небольшие пробелы, не исказившие содержание ответа; допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию экзаменатора; допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляются по замечанию экзаменатора.

Ответ оценивается на «удовлетворительно» (пороговый) уровень компетенции), если аспирант неполно или непоследовательно излагает материал, но показывает общее понимание вопроса и продемонстрировал умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала. В процессе ответа: имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии, исправленные после нескольких наводящих вопросов; при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков.

Ответ оценивается на «неудовлетворительно» (компетенция не сформирована) если аспирант не знает концепций науки; не владеет понятийно-категориальным аппаратом и методологии науки, не знает методов абстрактного мышления.

Промежуточная аттестация – экзамен (кандидатский экзамен) по оформляется ведомостью и протоколом о сдаче кандидатского экзамена.

Протокол кандидатского экзамена подписывается не менее чем тремя членами экзаменационной комиссии.

8. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Для реализации дисциплины имеется материально-техническое обеспечение, включающее: учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа (оборудованные учебной мебелью, видеопроекционным оборудованием для презентаций, средствами звуковоспроизведения, экраном и имеющие выход в сеть «Интернет»); учебные аудитории для проведения занятий семинарского и практического типа семинарских (оборудованные учебной мебелью, техническими средствами обучения и имеющие выход в сеть «Интернет»); учебные аудитории для текущего контроля и

промежуточной аттестации (оборудованные учебной мебелью, техническими средствами обучения и имеющие выход в сеть «Интернет» и ЭИОС КБГУ); помещения для самостоятельной работы (оборудованные учебной мебелью, компьютерами с выходом в сеть «Интернет» и ЭИОС КБГУ); помещения для хранения и профилактического обслуживания оборудования (оборудованные комплектами специализированной мебели для хранения оборудования).

Для реализации дисциплины «Травматология и ортопедия» используется следующее программное обеспечение:

лицензионное программное обеспечение:

- Права на использование операционной системы существующих рабочих станций с правом использования новых версий WINEDUpperDVC ALNG UpgrdSAPk MVL A Faculty EES, договор №13/ЭА-223 от 01.09.19;
- Антивирусное программное обеспечение Kaspersky Endpoint Security Стандартный Russian Edition, договор №13/ЭА-223 01.09.19;

свободно распространяемые программы:

- WinZip для Windows - программ для сжатия и распаковки файлов;
- AdobeReader для Windows – программа для чтения PDF файлов;

При осуществлении образовательного процесса используются следующие информационно справочные системы: ЭБС «IPR Books», СПС «Консультант Плюс», СПС «Гарант».

9. Средства адаптации преподавания дисциплины к потребностям инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)

Для аспирантов с ОВЗ и инвалидов созданы специальные условия для получения образования. В целях доступности получения высшего образования по образовательным программам инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья университетом обеспечивается:

1. Альтернативная версия официального сайта в сети «Интернет» для слабовидящих;
2. Для инвалидов с нарушениями зрения (слабовидящие, слепые) - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь, дублирование вслух справочной информации о расписании учебных занятий; наличие средств для усиления остаточного зрения, брайлевской компьютерной техники, видеоувеличителей, программ не визуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для студентов с нарушениями зрения;
3. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху (слабослышащие, глухие) – звукоусиливающая аппаратура, мультимедийные средства и другие технические средства приема-передачи учебной информации в доступных формах.

Учебная аудитория, в которой обучаются студенты с нарушением слуха оборудована радиоклассом, компьютерной техникой, аудиотехникой (акустический усилитель и колонки), видеотехникой (мультимедийный проектор, телевизор), электронной доской, документ-камерой, мультимедийной системой. Особую роль в обучении слабослышащих также играют видеоматериалы.

4. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, созданы материально-технические условия, обеспечивающие возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, объекты питания, туалетные и другие помещения университета, а также пребывания в указанных помещениях (наличие расширенных дверных проемов, поручней и других приспособлений).

В случае необходимости, лицам с ограниченными возможностями здоровья могут предлагаться одни из следующих вариантов восприятия информации с учетом их индивидуальных психофизических особенностей:

Для лиц с нарушениями зрения:

- в печатной форме увеличенным шрифтом;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

При проведении процедуры оценивания результатов обучения:

- задания для выполнения на экзамене зачитываются ассистентом;
- письменные задания выполняются на бумаге, надиктовываются ассистенту обучающимся.

Для лиц с нарушениями слуха:

- в печатной форме; -
- в форме электронного документа.

При проведении процедуры оценивания результатов обучения:

- на зачете/экзамене присутствует ассистент, оказывающий студенту необходимую техническую помощь с учетом индивидуальных особенностей (он помогает занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, в том числе записывая под диктовку);
- зачет/экзамен проводится в письменной форме.

Для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- в печатной форме; -
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

При проведении процедуры оценивания результатов обучения:

- письменные задания выполняются на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту;
- по желанию студента экзамен проводится в устной форме.

Кроме того, могут применяться элементы дистанционных образовательных технологий для изучения учебного материала на удалении.

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

Обучающиеся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечены электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.

ЛИСТ ИЗМЕНЕНИЙ (ДОПОЛНЕНИЙ)

в рабочую программу по дисциплине «Травматология и ортопедия»
по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина (уровень подготовки
кадров высшей квалификации);

Направленность программы 14.01.15 Травматология и ортопедия

на _____ учебный год

№п/п	Элемент (пункт) РПД	Перечень вносимых изменений (дополнений)	Примечание

Обсуждена и рекомендована на заседании кафедры травматологии и ортопедии
протокол № ____ от " ____ " _____ 20__ г.

Заведующий кафедрой _____ /А.К. Жигунов /