

***Методические рекомендации к самостоятельной работе по дисциплине
Б1.О.11 Госпитальная хирургия***

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Уровень высшего образования: специалитет
квалификация: врач-лечебник
Форма обучения: очная
Срок обучения: 6 лет

Методические рекомендации по дисциплине рассмотрены и одобрены на заседании Ученого совета института (протокол № 1 от 16.01.2024) и утверждена приказом ректора № 2 от 19.01.2024 года.

Методическая разработка для преподавателя

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса. по дисциплине Госпитальная хирургия

1.1 Самостоятельная работа студентов является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых на занятиях лекционного типа знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, навыков решения актуальных проблем формирования универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовки к занятиям семинарского типа, сдаче зачетов и экзаменов.

Самостоятельная работа студентов представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего профессионального образования в соответствии с ООП.

Навыки самостоятельной работы по освоению каких-либо знаний приобретаются человеком с раннего детства и развиваются в течение всей жизни. К началу обучения в вузе каждый студент имеет личный опыт и навыки организации собственных действий, полученные в процессе обучения в школе, учреждениях дополнительного образования, во время внешкольных занятий и в быту. Однако при обучении в вузе требования к организации самостоятельной работы существенно возрастают, так как они связаны с освоением сложных универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

1.2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся, по дисциплине Госпитальная хирургия

Категория профессиональной компетенции	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенции, которые формирует дисциплина
Лечение заболеваний	ПК-2 Способен к участию в оказании медицинской помощи в экстренной форме	ИПК-2.2 Умеет оказать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента

1.3 Содержание самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1.	Острый аппендицит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
2.	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
3.	Острый панкреатит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
4.	Курация. Представление истории болезни.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
5.	Острая кишечная непроходимость.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
6.	Перитонит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
7.	Вентральные грыжи.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
8.	Хирургия осложнений язвенной болезни.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
9.	Рак желудка.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
10.	Острые нарушения мезентериального	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
11.	Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
12.	Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
13.	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
14.	Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
	Итого СРС 124	

2. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся

формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Самостоятельная работа в рамках образовательного процесса в вузе решает следующие задачи:

- закрепление и расширение знаний, умений, полученных студентами во время аудиторных и внеаудиторных занятий, превращение их в стереотипы умственной и физической деятельности;
- приобретение дополнительных знаний и навыков по дисциплинам учебного плана;
- формирование и развитие знаний и навыков, связанных с научно-исследовательской деятельностью;
- развитие ориентации и установки на качественное освоение образовательной программы;
- развитие навыков самоорганизации;
- формирование самостоятельности мышления, способности к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- выработка навыков эффективной самостоятельной профессиональной теоретической, практической и учебно-исследовательской деятельности;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста.

3. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине Госпитальная хирургия выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная. Тесная взаимосвязь этих видов работ предусматривает дифференциацию и эффективность результатов ее выполнения и зависит от организации, содержания, логики учебного процесса (межпредметных связей, перспективных знаний и др.):

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются: написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.

3.1. Перечень тематик докладов, рефератов и презентаций (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема по плану	Вопросы
Тема 1.	1. Клиника, диагностика и лечение дивертикулов пищевода. 2. Эзофагоспазм и ахалазия кардии
Тема 2	1. Бужирование пищевода – методы, техника, показания и противопоказания. 2. Химические ожоги
Тема 3	1. Особенности хирургического лечения перфорации пищевода. 2. Виды пластики пищевода.
Тема 4	1. Осложнения бронхоэктатической болезни. 2. Оперативное лечение бронхоэктатической болезни.
Тема 5	1. Методы лечения эмпиемы плевры. 2. Острая эмпиема плевры.
Тема 6	1. Острый абсцесс легкого – клиника, диагностика и методы лечения. 2. Флегмона грудной стенки
Тема 7	1. Виды пневмоторакса. 2. Инородные тела легких
Тема 8	1. Перфоративная язва. 2. Язвенные гастродуоденальные кровотечения.
Тема 9	1. Желчекаменная болезнь. Лапароскопическое лечение. 2. РХПГ при холедохолитиазе.
Тема 10	1. Эхинококкоз печени. 2. Методы лечения абсцессов печени.
Тема 11	1. Диагностика и лечение портальной гипертензии. 2. Тромбоз воротной вены
Тема 12	1. Синдром гиперспленизма. 2. Спленэктомия при гематологических заболеваниях
Тема 13	1. Острый панкреатит – классификация и современная тактика лечения. 2. Национальные клинические рекомендации при остром панкреатите
Тема 14	1. Хирургические осложнения сахарного диабета. 2. Инсулома – клиника, диагностика, лечение.
Тема 15	1. Синдром Золлингера-Эллисона. 2. Феохромоцитомы.
Тема 16	1. Тиреотоксикоз – тактика лечения. 2. Гиперпаратиреоз
Тема 17	1. Врожденные пороки сердца. 2. Приобретенные пороки сердца
Тема 18	1. Хирургическое лечение ИБС. 2. Перикардит.
Тема 19	1. Классификация острой артериальной непроходимости.

	2. Профилактика ТЭЛА.
Тема 20	1. Илиофemorальный венозный тромбоз. 2. Острый поверхностный тромбофлебит вен нижних конечностей.
Тема 21	1. Посттромбофлебитический синдром. Лечение трофических язв.» 2. Современные методы лечения трофических венозных язв.
Тема 22	1. Болезнь Крона. Особенности диагностики и лечения. 2. Дивертикулы, хирургические осложнения. Тактика лечения. 3. Полипы, полипоз толстой кишки. 4. Принципы консервативной терапии при язвенном колите. 5. Принципы консервативной терапии при болезни Крона. 6. Показания для хирургического лечения ВЗК (воспалительные заболевания кишки) 7. Кишечные осложнения язвенного колита
Тема 23	1. Оперативное лечение острой анальной трещины. 2. Малоинвазивные операции при геморрое.
Тема 24	1. Оперативное лечение рака прямой кишки. 2. Осложнения рака прямой кишки

Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.

3.2. Перечень ситуационных задач

Задача 1

Больной 29 лет жалуется на затрудненное прохождение плотной пищи по пищеводу, чувство давления за грудиной, срыгивание и рвоту съеденной пищей. Пища проходит лучше после запивания ее теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больной иногда чувствовал, как пища «проваливалась» в желудок. Болен около 2 лет. Заболевание началось после психической травмы. Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Живот мягкий, безболезненный. Органы грудной клетки в норме. Больному проведено контрастное исследование пищевода.

Ваш предварительный диагноз?

Опишите изменения на рентгенограмме.

Какие еще дополнительные исследования следует сделать?

Как лечить больного?

Эталон ответа.

У больного ахалазия пищевода. На рентгенограмме отмечается равномерное сужение пищевода в кардиальном отделе с гладкими контурами и расширением всего пищевода до места сужения. Больному показана эзофогоскопия. Консервативное лечение (спазмолитики, седативные средства, ганглиоблокаторы, физиотерапевтическое лечение) редко дают эффект даже в начальных стадиях заболевания. Рекомендуется начать лечение с кардиодилатации аппаратом Штарка, пневмодилататором Плюммера. При неудовлетворительном результате – лечение оперативным путем по методу Геллера в модификации Петровского, Колесова, Березова.

Задача 2.

У больная 48 лет полгода назад появились жалобы на боли за грудиной во время приема пищи и почти постоянное чувство сильного жжения в пищеводе, особенно после приема горячей, острой пищи. Появился неприятный запах изо рта. В анамнезе хронический бронхит. Состояние больной удовлетворительное. Температура изредка повышается до субфебрильных цифр. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. В легких единичные сухие хрипы. Произведено рентгеноконтрастное исследование пищевода, ан. крови.

Ваш предварительный диагноз?

Какие изменения Вы находите на рентгенограмме пищевода?

Какие еще дополнительные исследования необходимо провести больному?

Какую тактику лечения следует избрать?

Эталон ответа.

У больного тракционный дивертикул пищевода, дивертикулит. Больному показана эзофагоскопия, анализ желудочного сока. Поскольку больной ранее не лечился, ему можно провести курс консервативного лечения: увеличить прием пищи до 4-5 раз, не есть перед сном. Пища должна быть теплой и тщательно прожеванной, необходимо исключить острые продукты и приправы. Перед приемом пищи следует принимать 1 ложку растительного масла, а после еды выпивать стакан минеральной воды. Высокая кислотность желудочного сока должна быть подавлена антацидами, холинолитиками, Н.2 – блокаторами. При отсутствии эффекта консервативного лечения больного следует подвергнуть операции удаления дивертикула с пластикой мышечной стенки пищевода.

Задача 3.

Больной 45 лет полгода назад на работе по ошибке выпил несколько глотков аккумуляторной жидкости. Долго лечился в терапевтическом стационаре. Выписался в хорошем состоянии, без явлений дисфагии. В течении последнего месяца стал отмечать, что с трудом проходит твердая и кашицеобразная пища, появились боли за грудиной, чувство жжения. Отмечает слабость, похудел. Произведено рентгенологическое исследование пищевода, ан. крови, мочи.

Ваш диагноз?

Какие изменения отмечаются на рентгенограмме пищевода, анализах крови и мочи?

Какие дополнительные исследования показаны больному?

Эталон ответа.

У больного рубцовая стриктура пищевода в средней и нижней трети, эзофагит. На рентгенограмме – значительное сужение пищевода на протяжении средней и нижней трети, стенки ровные. Больному показана

эзофагоскопия. Для лечения эзофагита – диета, щелочное питье, противовоспалительные смеси до и после приема пищи (альмагель, гидрогортисон, новокаин и др.), ГБО-терапия. Для восстановления проходимости по пищеводу – бужирование по проводнику. При невозможности или неудачи бужирования – эзофагопластика

Задача 4.

Пациент 18 лет год назад выпил глоток нашатырного спирта. Проводилось симптоматическое лечение. Через 3 месяца в связи с дисфагией пациенту была наложена гастростома для кормления. При осмотре пациент кахектичен, с трудом глотает слюну.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Эталон ответа.

Рубцовый стеноз пищевода. Показано двойное контрастирование пищевода. Показано бужирование по струне.

Задача 5.

Больной 49 лет болен 3 месяца. Жалуется на дисфагию, которая постепенно нарастает. Вначале было ощущение застревания твердой пищи, теперь трудно проходит и жидкая. Снижился аппетит. Больной сильно похудел и ослаб. Кожа сухая, пальпируется лимфатический узел в надключичной области, мягкий, подвижный. Легочная ткань прозрачная, живот мягкий, безболезненный. Произведено рентгенологическое исследование пищевода, анализ крови. Ваш предварительный диагноз. Опишите изменения на рентгенограмме пищевода.

Какие еще необходимые методы исследования следует провести больному?

Ваша тактика в лечении больного?

Эталон ответа.

У больного инфильтративно-язвенная форма рака средней трети пищевода. Уточнить диагноз можно фиброэзофагоскопией с биопсией ткани опухоли. Для определения распространенности опухолевого (стадии) процесса показано УЗИ органов брюшной полости, медиастиноскопия, биопсия надключичного лимфоузла. При операбельности – радикальная резекция пищевода по Тореку – Добромыслову с последующей эзофагопластикой через 6 месяцев. При неоперабельности (наличие отдаленных метастазов) – гастростомия или интубация пищевода.

Задача 6.

Мужчина 46 лет, поступил с жалобами на сильные боли постоянного характера за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, усиливающиеся при глотании и форсированном дыхании, обильное слюноотделение, температуру тела до 40 °С, озноб, сопровождающийся проливным потом. Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил

появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 °С. За медицинской помощью не обращался (злоупотреблял алкоголем). Накануне заболевания ел рыбу.

Около суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость. Доставлен бригадой «скорой медицинской помощи». Объективно: Состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженного питания. Обращают на себя внимание заостренные черты лица, небольшая припухлость шеи слева и наклон головы вправо. Пальпаторно в области шеи слева, а также в яремной ямке и левой надключичной области определяется подкожная крепитация. Пульс около 120 в минуту, ритмичный, артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. В легких в нижних отделах в обеих сторон дыхание несколько снижено, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 26 в минуту. Живот симметричный, мягкий, не вздут, безболезненный. Перистальтика вялая, перитонеальные симптомы не определяются. Поясничная область безболезненна, мочеиспускание свободное, однако мочи при катетеризации мочевого пузыря в течении 2-х часов получено не более 40 мл. Дополнительные методы обследования к ситуационной задаче по хирургии: Анализ крови: Количество лейкоцитов 18×10^9 /л, выраженный сдвиг формулы влево. ФГДС: На уровне С6 – С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 – 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого находится инородное тело. При надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя. Обзорная рентгенография легких: Зона затемнения в проекции заднего средостения. Признаки эмфиземы средостения, расширение его тени, увеличение расстояния между позвоночником и пищеводом, небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и перикарде.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, компьютерной томографии, ультразвуковых методов при диагностике данной патологии?
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данном заболевании?
5. Тактика лечения данного больного?
6. Методы оперативных вмешательств при данной патологии?
7. Принципы консервативной терапии?
8. Ваш прогноз в отношении исхода заболевания у данного больного?

Эталон ответа.

1. У больного имеется перфорация пищевода инородным телом, осложненная медиастенитом.

2. Начинать обследование необходимо с обзорной рентгенографии, как переднезадней, так и боковой. Фиброэзофагоскопию следует выполнять с особой осторожностью. План обследования может быть дополнен УЗИ-исследованием, компьютерной томографией, ЯМР.

3. Важная роль в диагностике данной патологии принадлежит рентгенологическому и эндоскопическому обследованию, УЗИ, компьютерной томографии.

4. Причиной данного заболевания явилось инородное тело пищевода, с перфорацией пищеводной стенки и развитием гнойного медиастенита и интоксикацией.

5. При лечении медиастенита используется активная хирургическая тактика.

6. Хирургическое лечение заключается в осуществлении оптимального доступа, обнажении травмированного участка, удалении инородного тела, ушивании дефекта стенки пищевода, дренировании средостения и плевральной полости (при необходимости), наложении гастростомы или проведения трансназально зонда в желудок. В послеоперационном периоде дренажи используют для аспирации экссудата и введения лекарственных препаратов.

7. После операции проводится интенсивная детоксикационная, антибактериальная и иммуностимулирующая терапия.

8. Летальность при гнойном медиастините достигает 20 – 50% и более.

Задача 7.

Больной 14 лет аспирировал семечко подсолнуха 2 месяца назад. Через 3 дня семячко было удалено через бронхоскоп, но у больного остался кашель, особенно по утрам, стала появляться в небольшом количестве гнойная мокрота. При малейшем охлаждении на 1-2 дня поднималась субфебрильная температура. При осмотре отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии – укорочение перкуторного звука под левой лопаткой. Аускультативно – ослабление дыхания в нижних отделах левого легкого сзади. Анализ крови без особенностей. При рентгенологическом исследовании: легочные поля прозрачны, но левое легочное поле сужено, приподнята диафрагма и тень средостения смещена влево.

Какой диагноз Вы поставите?

Какие дополнительные исследования проведены больному и как Вы оцените полученные данные?

Как лечить больного?

Эталон ответа.

Аспирация инородных тел у детей нередко приводит к развитию ателектаза, а в дальнейшем – к развитию ателектатических бронхоэктазов. Позднее удаление инородного тела у данного больного, характерная клиническая симптоматика ателектаза позволяют поставить диагноз: «Ателектатические бронхоэктазы нижней доли левого легкого». Подтвердить диагноз можно с помощью бронхографии. На представленной бронхограмме определяются расширенные и сближенные бронхи нижней доли левого легкого (по типу «цилиндрических бронхоэктазов»). Бронхи правого легкого

и верхней доли левого легкого не изменены. Больному показано оперативное лечение – нижнедолевая левосторонняя лобэктомия.

Задача 8.

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки. Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,2⁰С. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом. При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек». При осмотре: правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования больного. Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное неомогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.
4. Окончательный клинический диагноз.
5. Основные методы консервативного лечения.
6. Показания и методы оперативного лечения.

Эталон ответа.

1. Бронхоэктатическая болезнь III A (декомпенсация, с частично обратимыми изменениями в органах).
2. Туберкулез, хронический абсцесс легкого.
3. Обязательный + рентген грудной клетки, томография, бронхография, бронхоскопия, посев мокроты и промывных вод бронхов, реакция Манту.
4. Хронический абсцесс правого легкого.
5. Дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений и белкового обмена, нарушений ДС и ССС, повышение иммунологической резистентности организма. Оксигенотерапия.

Наличие абсцесса. Методы: лоб-, билоб- или пульмонэктомия.

Задача 9.

Больному Р., 55 лет 3 года назад выполнена расширенная пульмонэктомия по поводу центрального рака левого легкого.

Послеоперационный период осложнился острой эмпиемой остаточной полости. Далее длительное время сохранялось гнойное отделяемое по дренажу. В настоящее время на грудной клетке слева в 5 межреберье по средней подмышечной линии свищевое отверстие до 5 мм в диаметре со слизисто-гнойным отделяемым. При положении на правом боку появляется кашель с гнойной мокротой. Рентгенологически: остаточная полость слева, средостение смещено влево, купол диафрагмы слева подтянут и деформирован, в нижних отделах полости определяется уровень жидкости.

Ваш диагноз?

Диагностические исследования для подтверждения диагноза?

Эталон ответа

- 1) Хроническая эмпиема остаточной полости. Бронхо-плевро-кожный свищ.
- 2) Бронхоскопия, фистуло- и культеграфия.

Задача 10.

Больной Х., 25 лет марте 1998 года был оперирован по поводу множественных проникающих ножевых ранений грудной клетки справа, ранения правого легкого. В послеоперационном периоде острая послеоперационная эмпиема правой плевральной полости и нагноение одной из ножевых ран раны. На фоне полноценного общего и местного консервативного лечения в течении 3-х месяцев сохранялись явления интоксикации и гнойное отделяемое по дренажу. При поступлении на грудной клетке справа в проекции 6 м/р рубец от передне-боковой торакотомии, в проекции 4 ребра по парастернальной линии определяется рубец длиной до 3-4 см, в центре которого свищевой ход со скудным гнойным отделяемым, заканчивающийся слепо у 4 ребра, мягкие ткани в этой области пастозны, гиперемированы. Температура тела субфебрильная. На рентгенограмме: признаки отграниченного скопления жидкости в нижних отделах плевральной полости справа.

Ваш диагноз?

Что послужило причиной перехода острой эмпиемы плевры в хроническую и какие дополнительные методы исследования необходимы?

Эталон ответа.

- 1) Хроническая отграниченная эмпиема правой плевральной полости.
- 2) Остеомиелит 4 ребра справа. Необходимо выполнить сканирование грудной клетки и фистулографию.

Задача 11.

У больного 44 лет после переохлаждения поднялась температура тела до 39 град, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура держалась около 8 дней, несмотря на энергичное консервативное лечение. Затем у больного стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота с

неприятным запахом до 200 мл в сутки. Температура снизилась до нормы, больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Какое заболевание Вы заподозрили у больного?

Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

Какое исследование проведено больному, оцените полученные данные.

Как лечить больного?

Эталон ответа.

У больного острый абсцесс правого легкого в стадии прорыва. Необходимо исследовать кровь (количество лейкоцитов, СОЭ), мокроту. Решающее значение имеет рентгенологическое исследование, включая томографию. На представленных снимках отмечается негетмогенное затемнение без четких границ. Видна полость с горизонтальным уровнем жидкости и перифокальной зоной инфильтрации. Нерезко выражена плевральная реакция в виде небольшого выпота в синусе. При хорошем опорожнении и сухой полости следует продолжить активное консервативное лечение, а при плохом опорожнении полости – дренирование ее через бронх или грудную стенку в зависимости от локализации полости абсцесса.

Задача 12.

У мужчины 43 лет вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7⁰С, появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, стал беспокоить кашель без выделения мокроты. Вызванный на дом участковый терапевт назначил противовоспалительное лечение, но улучшения в состоянии мужчины не наступало. На 8 день заболевания стала отделяться гнойная зловонная мокрота в большом количестве. После этого температура нормализовалась, улучшилось самочувствие. Общее состояние удовлетворительное. Под левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз?

2. Классификация заболевания?

3. Этиология и этапы развития заболевания?

4. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза и тактики лечения?

5. Лечение заболевания?

6. Возможные осложнения заболевания?

7. Реабилитационные мероприятия амбулаторного периода. Санаторно-курортное лечение?

Эталон ответа.

1. Острая внебольничная левосторонняя пневмония, осложненная острым абсцессом левого легкого, дренирующимся в бронхиальное дерево

2. Классификация абсцессов легкого проводится с учетом локализации, размеров, а также по клиническим формам: выделяют острый гнойный, гангренозный и хронический абсцесс легкого

3. Абсцессы и гангрена легкого имеют чаще всего постпневмоническое или аспирационное происхождение. Более редки гематогенно-эмболические, травматические, лимфогенные пути образования абсцессов. Первая фаза развития абсцесса характеризуется острым гнойным воспалением и деструкцией легочной ткани, вторая фаза связана с прорывом его содержимого в просвет бронха. При недостаточном дренировании абсцесса (чаще в средней и нижних долях легкого) через 2 – 3 месяца формируется хронический абсцесс

4. Ведущими методами диагностики являются рентгенография, томография, бронхоскопия, исследование мокроты. В более сложных случаях может выполняться компьютерная томография, плевральная пункция, торакоскопия

5. Основными принципами лечения являются интенсивная борьба с инфекцией, адекватное дренирование гнойника (через бронх, через грудную стенку), повышение сопротивляемости организма, коррекция метаболических нарушений, детоксикация. При абсцессе легкого с бронхоплевральным свищом и эмпиемой плевры производится одномоментная плевропневмонэктомия или лобэктомия с плеврэктомией и декортикацией остающейся части легкого. В последние годы широко внедрены в клиническую практику бронхоскопические и торакоскопические методы лечения данного заболевания

6. Частыми осложнениями являются бронхоплевральный свищ, эмпиема плевры, пиопневмоторакс, флегмона грудной стенки, легочное кровотечение, метастатический абсцесс головного мозга, септикопиемия, амилоидоз. Переход в хронический абсцесс наблюдается в 20 % случаев.

7. При реабилитации больных существенную роль играют дыхательная гимнастика, постуральный дренаж, общеукрепляющие мероприятия, полноценное питание, санаторно-курортное лечение

4. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);

- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);

- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда института и сам обучающийся.

5. Самостоятельная работа студентов по дисциплине Госпитальная хирургия

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
15.	Острый аппендицит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
16.	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
17.	Острый панкреатит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
18.	Курация. Представление истории болезни.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
19.	Острая кишечная непроходимость.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
20.	Перитонит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
21.	Вентральные грыжи.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
22.	Хирургия осложнений язвенной болезни.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
23.	Рак желудка.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
24.	Острые нарушения мезентериального	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
25.	Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
26.	Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
27.	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
28.	Острая артериальная непроходимость артерий	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.

	конечностей. Аневризмы аорты и артерий.	
	Итого СРС 124	

6. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Госпитальная хирургия.

Оценка	Критерии оценивания
Для оценки решения ситуационной задачи:	
«отлично»	Задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
«хорошо»	Задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
«удовлетворительно»	Задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
«неудовлетворительно»	Задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы
Для оценки рефератов:	
«отлично»	Реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
«хорошо»	Реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
«удовлетворительно»	Реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
«неудовлетворительно»	Тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.
Для оценки презентаций:	
«отлично»	Содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.
«хорошо»	Содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические,

	пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.
«удовлетворительно»	Содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.
«неудовлетворительно»	Содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.
Для практических навыков:	
«отлично»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.
«хорошо»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.
«удовлетворительно»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично.
«неудовлетворительно»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено.
Для оценки доклада/устного реферативного сообщения:	
«отлично»	выставляется, если содержание устного реферативного сообщения отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
«хорошо»	выставляется, если содержание устного реферативного сообщения отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала.
«удовлетворительно»	выставляется, если аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
«неудовлетворительно»	выставляется, если тема устного реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы.

Методическая разработка для обучающегося

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине Госпитальная хирургия

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя, студент должен:

- освоить содержания, выносимое на самостоятельную работу студентов и предложенное преподавателем по дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может: сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов

по отдельным формам самостоятельной работы.

Обучение в вузе предполагает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто. Для некоторых становится нормой не заниматься весь семестр, а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Формы	Описание
Работа с книгой	<p>При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.</p> <p>Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.</p> <p>Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.</p> <p>Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).</p> <p>При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.</p> <p>Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.</p> <p>Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при прочитывании записей лучше запоминались.</p> <p>Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.</p> <p>Различают два вида чтения; первичное и вторичное. <i>Первичное</i> - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого олова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения. Задача <i>вторичного</i> чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).</p>
Работа с литературой.	<p>Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:</p>

Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться. Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...). Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).

Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.

При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...

Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).

Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).

Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном.

Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того на сколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения, излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения:**

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь.

Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом:

1. Аннотирование – предельно краткое связное описание просмотренной или прочитанной книги (статьи), ее содержания, источников, характера и назначения;
2. Планирование – краткая логическая организация текста, раскрывающая содержание и структуру изучаемого материала;
3. Тезирование – лаконичное воспроизведение основных утверждений автора без привлечения фактического материала;
4. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;

	<p>5. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного. Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.</p>
<p>Составление конспекта</p>	<p>Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта; Выделите главное, составьте план; Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора; Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли. В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.</p>
<p>Занятия семинарского типа</p>	<p>Для того чтобы занятия семинарского типа приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции. При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками. Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами,</p>

	<p>вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.</p>
Самопроверка.	<p>После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.</p> <p>В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале. Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.</p>
Консультации	<p>Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.</p>
Подготовка к экзаменам и зачетам.	<p>Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.</p> <p>Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.</p> <p>В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.</p> <p>Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неутомительные занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание</p>

	<p>материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.</p> <p>Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.</p> <p>Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.</p>
<p>Подготовка к зачетам и экзаменам</p>	<p>Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).</p> <p>Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.</p> <p>Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.</p> <p>Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше демонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).</p> <p>Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.</p>
<p>Написание научных текстов (рефератов)</p>	<p>Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.</p> <p>Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.</p> <p>Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).</p>

	<p>Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.</p> <p>Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.</p>
--	--

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине Госпитальная хирургия

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
29.	Острый аппендицит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
30.	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
31.	Острый панкреатит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
32.	Курация. Представление истории болезни.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
33.	Острая кишечная непроходимость.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
34.	Перитонит.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
35.	Вентральные грыжи.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
36.	Хирургия осложнений язвенной болезни.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
37.	Рак желудка.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
38.	Острые нарушения мезентериального	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
39.	Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
40.	Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
41.	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.
42.	Острая артериальная непроходимость артерий	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.

	конечностей. Аневризмы аорты и артерий.	
	Итого СРС 124	

Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Госпитальная хирургия

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Критерии выставления оценки

Зачтено - выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.

Не зачтено - выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы.