

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Косенок Сергей Михайлович  
Должность: ректор  
Дата подписания: 26.06.2024 14:41:13  
Уникальный программный ключ:  
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bdfcf836

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

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по УМР

\_\_\_\_\_  
Е.В. Коновалова  
13 июня 2024 г., протокол УС № 5

**Колопроктология**  
**рабочая программа дисциплины (модуля)**

Закреплена за кафедрой      **Хирургических болезней**  
Учебный план                      о310867-Хирург-22-1.plx  
  Специальность: Хирургия  
Квалификация                    **Врач-хирург**  
Форма обучения                **очная**  
Общая трудоемкость            **2 ЗЕТ**

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

Виды контроля    в семестрах:  
                              зачеты 2

**Распределение часов дисциплины по семестрам**

Семестр ( <b>&lt;Курс&gt;.&lt;Семестр на курсе&gt;</b> )	<b>2 (1.2)</b>		Итого	
Неделя	16			
Вид занятий	УП	РПД	УП	РПД
Лекции	6	6	6	6
Практические	26	26	26	26
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32	32	32	32
Сам. работа	40	40	40	40
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

*д.м.н., профессор Онищенко С.В.*

*ст. преподаватель Яковлев Д.С.*

Рабочая программа дисциплины

**Колопроктология**

разработана в соответствии с ФГОС:

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

составлена на основании учебного плана:

31.08.67 Хирургия

утвержденного ученым советом вуза от 13.06.2024 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Хирургических болезней**

22 апреля 2024 г. протокол № 11

Зав. кафедрой Д-р.мед.наук, профессор Дарвин В. В.

Председатель УМС МИ Васильева Е.А.

25.04.2024 г. протокол № 6

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Целями освоения учебной дисциплины колопроктология являются: развитие у обучающихся личностных качеств и формирование профес-сиональных компетенций в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	ФТД.В
2.1	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.1.1	Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия"
2.2	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Подготовка и сдача государственного экзамена
2.2.2	Государственная итоговая аттестация
2.2.3	Производственная (клиническая) практика
2.2.4	Подготовка и сдача государственного экзамена
2.2.5	Государственная итоговая аттестация
2.2.6	Производственная (клиническая) практика

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
<b>ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</b>

<b>ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской</b>
---

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	<b>Знать:</b>
3.1.1	Клинические проявления основных хирургических синдромов.
3.2	<b>Уметь:</b>
3.2.1	Поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, её вызывающих;
3.2.2	наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
3.2.3	подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
3.2.4	сформулировать клинический диагноз;
3.2.5	разработать план терапевтических (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;
3.2.6	сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
3.2.7	перед операцией и хирургическими манипуляциями обработать руки, операционное поле, одеть стерильную хирургическую маску, одеть или сменить стерильные перчатки, стерильный халат самостоятельно и с помощью операционной сестры;
3.2.8	заполнять историю болезни, выписать рецепт.
3.3	<b>Владеть:</b>
3.3.1	Правильным ведением медицинской документации;
3.3.2	методами общеклинического обследования;
3.3.3	интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
3.3.4	алгоритмом развернутого клинического диагноза;
3.3.5	алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	<b>Раздел 1. Клиническая анатомия и физиология толстой кишки, таза и промежности.</b>						
1.1	Клиническая анатомия толстой кишки, таза, промежности. Семиотика колопроктологических заболеваний. Общие принципы диагностики. /Лек/	2	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
	<b>Раздел 2. Современные хирургические технологии в колопроктологии.</b>						
2.1	Современное состояние колопроктологии как хирургической дисциплины. Новые технологии лечения больных колопроктологического профиля. /Лек/	2	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
	<b>Раздел 3. Неопухолевые заболевания анального канала и</b>						
3.1	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка докладов. /Ср/	2	5	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита реферата
3.2	Хронический геморрой. Этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение. /Пр/	2	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос
3.3	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка докладов. /Ср/	2	5	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита реферата
3.4	Анальная трещина. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Методы диагностики. Методы консервативного лечения. Методы хирургического лечения. /Пр/	2	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос
	<b>Раздел 4. Свищи прямой кишки.</b>						
4.1	Этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение свищей прямой кишки. /Лек/	2	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
4.2	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка докладов. /Ср/	2	5	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита реферата
4.3	Этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение свищей прямой кишки. /Пр/	2	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос
	<b>Раздел 5. Воспалительные заболевания кишечника.</b>						
5.1	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка докладов. /Ср/	2	5	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита реферата
5.2	Язвенный колит, болезнь Крона. Этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз между двумя патологиями, консервативное и хирургическое лечение. /Пр/	2	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос
	<b>Раздел 6. Острый парапроктит.</b>						

6.1	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка докладов. /Ср/	2	5	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Защита реферата
6.2	Острый парапроктит. Этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение. /Пр/	2	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	Фронтальный опрос, задачи
	Контрольная работа	2	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5		
	<b>Раздел 7. Зачет.</b>						
7.1	Подготовка ответов на вопросы. Подготовка к тестированию. Решение ситуационных задач. /Ср/	2	15	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
7.2	Тестирование, ответы на вопросы, решение ситуационных задач.	2	0	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1, Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Приведено в приложении № 1.

### 5.2. Темы письменных работ

Приведено в приложении № 1.

### 5.3. Фонд оценочных средств

Приведено в приложении № 1.

### 5.4. Перечень видов оценочных средств

Тестовые задания, вопросы письменного и устного ответов, задачи, устный ответ на зачете.

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

### 6.1. Рекомендуемая литература

#### 6.1.1. Основная литература

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Ветшев П. С., Кузин Н. М., Кузин	Хирургические болезни: учебник для студентов медицинских вузов	М.: Медицина, 2006	38
Л1.2	Черноусов А. Ф.	Хирургические болезни: учебник	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2012	20

#### 6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Риквин В.Л.	Амбулаторная колопроктология	Moscow: ГЭОТАР -Медиа, 2009, <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970413630.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970413630.html</a>	1

#### 6.1.3. Методические разработки

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1		Атлас колопроктологических заболеваний	Moscow: ГЭОТАР -Медиа, 2016, <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439906.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439906.html</a>	2

### 6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»
----	---

Э2	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова
Э3	<a href="http://elibrary.ru/defaultx.asp">http://elibrary.ru/defaultx.asp</a> (Научная электронная библиотека)
Э4	<a href="http://www.rlsnet.ru/">http://www.rlsnet.ru/</a> (справочник лекарственных средств РЛС)
Э5	<a href="http://www.internist.ru/">http://www.internist.ru/</a> (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)
<b>6.3.1 Перечень программного обеспечения</b>	
6.3.1.1	Операционные системы Microsoft
<b>6.3.2 Перечень информационных справочных систем</b>	
6.3.2.1	<a href="http://www.garant.ru">http://www.garant.ru</a> информационно-правовой портал Гарант.ру
6.3.2.2	<a href="http://www.consultant.ru">http://www.consultant.ru</a> справочно-правовая система Консультант плюс

<b>7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</b>	
7.1	Аудитория для практических занятий БУ ХМАО - Югры «Сургутская окружная клиническая больница»: учебная комната оснащена необходимой специализированной учебной мебелью и техническими средствами для предоставления учебной информации студентам, оснащена посадочными местами, столами, доской и мелом; оборудована мультимедийным проектором, ноутбуком.
7.2	Помещения предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями, инструменты и расходный материал в количестве, позволяющим обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.
7.3	Сургутская клиническая городская больница, Сургутская клиническая травматологическая больница.
7.4	Симуляционный класс «Хирургия» оснащён фантомами, муляжами, симуляторами.
7.5	Анатомический зал СурГУ.

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Ханты-Мансийского автономного округа – Югры**

**«Сургутский государственный университет»**

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА**

**Приложение к рабочей программе по дисциплине**

**ХИРУРГИЯ**

Специальность:

**31.08.67 Хирургия**

Уровень подготовки кадров высшей квалификации

по программе ординатуры

Квалификация:

**Врач - хирург**

Форма обучения:

**очная**

*(очная, заочная)*

Сургут, 2024 г.

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

**Этап 1: Проведение текущего контроля.**

**Раздел 3. Неопухолевые заболевания анального канала и прямой кишки.**

**Вопросы для фронтального опроса:**

Хронический геморрой: причины, факторы риска.

Хронический геморрой: клиника, диагностика.

Хронический геморрой: лечение, профилактика.

Анальная трещина: причины, факторы риска.

Анальная трещина: клиника, диагностика.

Анальная трещина: лечение, профилактика.

**Самостоятельная работа.**

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

**Раздел 4. Свищи прямой кишки.**

**Вопросы для фронтального опроса:**

Свищи прямой кишки: классификация.

Свищи прямой кишки: причины, факторы риска.

Свищи прямой кишки: клиника, диагностика.

Свищи прямой кишки: лечение, профилактика.

**Самостоятельная работа.**

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

**Раздел 5. Воспалительные заболевания кишечника.**

**Вопросы для фронтального опроса:**

Язвенный колит: причины, факторы риска.



Язвенный колит: клиника, диагностика.

Язвенный колит: лечение, профилактика.

Болезнь Крона: причины, факторы риска.

Болезнь Крона: клиника, диагностика.

Болезнь Крона: лечение, профилактика.

Дифференциальный диагноз между болезнью Крона и язвенным колитом.

### **Самостоятельная работа.**

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

## **Раздел 6. Острый парапроктит.**

### **Вопросы для фронтального опроса:**

Острый парапроктит: причины, факторы риска.

Острый парапроктит: клиника, диагностика.

Острый парапроктит: лечение, профилактика.

### **Список ситуационных задач:**

**Задача 1.** К вам обратилась больная, 36 лет, с жалобами на резкие боли в области заднего прохода. Боли появляются во время акта дефекации и продолжаются 1,5-2 час после нее. В кале – прожилки крови.

Какое заболевание Вы предполагаете? Какое исследование нужно произвести для подтверждения диагноза?

**Задача 2.** У больного имеются сильные пульсирующие боли в области заднего прохода. Отмечается высокая температура тела, отек и гиперемия промежности и ягодичных областей.

Ваш диагноз и тактика?

### **Самостоятельная работа.**

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

### **Контрольная работа.**

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

## **Этап 2: Проведение промежуточной аттестации – зачет.**

### **2.1. Список вопросов к промежуточной аттестации.**

1. Клиническая анатомия ободочной кишки. Особенности кровоснабжения ободочной кишки.
2. Клиническая анатомия прямой кишки, анального канала.
3. Топографическая анатомия и клиническая анатомия промежности. Половые особенности анатомии промежности.
4. Физиология толстой кишки.
5. Семиотика колопроктологических заболеваний.
6. Диагностика колопроктологических заболеваний. Скрининг колоректального рака.
7. Понятие свищей тонкой и толстой кишки. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Клиника.
8. Консервативное и хирургическое лечение свищей тонкой и толстой кишки.
9. Понятие стомированные больные. Принципы ведения стомированных пациентов.
10. Реабилитация стомированных больных.
11. Современное состояние колоректологии как хирургической дисциплины.
12. Новые технологии в лечении больных колопроктологического профиля.
13. Хронический геморрой. Этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика.
14. Консервативное и хирургическое лечение геморроя.
15. Понятие анальная трещина. Этиология, патогенез, клинические проявления, основные методы диагностики. Методы консервативного лечения.
16. Методы хирургического лечения анальной трещины.
17. Язвенный колит. Этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
18. Болезнь Крона. Этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
19. Понятие острый парапроктит. Этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
20. Понятие абсцессов и флегмон крестцово-копчиковой области. Этиология. Патогенез, классификация, клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
21. Понятие пролапса тазового дна. Этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика.
22. Современные технологии в лечении пролапса тазового дна. Консервативное и хирургическое лечение.
23. Восстановительная хирургия при лечении пролапса тазового дна.

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

### **2.2. Список тестовых заданий.**

1. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства  
а) только если нужна плановая операция  
б) только при использовании инвазивных диагностических методов (например, лапароскопия, ангиография и пр.)  
в) если планируется операция с формированием колостомы или илеостомы  
г) если операция будет проводиться под наркозом  
д) всегда

2. Ставка врача-ординатора-колопроктолога устанавливается на:

- а) 5 колопроктологических коек
- б) 10 колопроктологических коек
- в) 15 колопроктологических коек
- г) 20 колопроктологических коек
- д) 25 колопроктологических коек

3. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

- 1) защиты внутреннего мира человека, его автономии
- 2) охраны от манипуляций со стороны внешних сил
- 3) защиты социальных и экономических интересов личности
- 4) поддержания престижа медицинской профессии
- 5) создания основы доверительности и открытости взаимоотношений "врач - пациент"

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

4. Первичная медицинская статистическая документация необходима для:

- 1) регистрации изучаемого явления (заболеваемость с впервые в жизни диагностируемым заболеванием)
- 2) оперативного управления лечебно-профилактическим учреждением
- 3) выработки конкретного, обоснованного решения
- 4) изучения демографической ситуации 5) изучения здоровья населения

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

5. Крупные сегментарные сосуды обнаруживаются хирургом при продольной лапаротомии в латеральной части брюшной стенки

- а) в подкожной клетчатке
- б) под сухожилием наружной косой мышцы живота
- в) между наружной и внутренней косыми мышцами
- г) между внутренней косой и поперечной мышцей
- д) между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота

6. Прямая мышца живота

- а) фиксирована только к переднему листку влагалища
- б) фиксирована только к заднему листку влагалища
- в) фиксирована прочно к переднему листку и рыхло к заднему листку влагалища
- г) не фиксирована к обоим листкам влагалища
- д) не имеет фасциальной оболочки

7. Верхняя брыжеечная артерия является ветвью:

- а) печеночной артерии
- б) желудочно-12перстной артерии
- в) брюшной аорты
- г) правой желудочно-сальниковой артерии
- д) правой почечной артерии

8. Нижняя прямокишечная артерия отходит

- а) от внутренней подвздошной артерии
- б) от запирательной артерии
- в) от внутренней срамной артерии
- г) от нижней ягодичной артерии
- д) от промежностной артерии

9. Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно

- а) на грушевидной мышце
- б) на внутренней запирательной мышце
- в) на копчиковой мышце
- г) на подвздошно-поясничной мышце
- д) на лонно-прямокишечной мышце

10. В осуществлении механизма держания кишечного содержимого основную роль из числа перечисленных играет:

- а) копчиковая мышца
- б) подвздошно-копчиковая мышца
- в) лонно-прямокишечная мышца
- г) ано-копчиковая связка
- д) все перечисленные

11. Слизистая оболочка тонкой кишки в течение суток выделяет

- а) до 2-х литров кишечного сока
- б) до 5-ти литров кишечного сока
- в) до 7-ми литров кишечного сока
- г) до 15-тилитров кишечного сока
- д) до 20-ти литров кишечного сока

12. В кровоснабжении илеоцекального отдела кишечника не участвует кониевая ветвь подвздошно-ободочной артерии:

- 1) подвздошная,
- 2) ободочная,
- 3) правая ободочная,
- 4) артерия червеобразного отростка,
- 5) средняя слепокишечная

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

13. К лимфатическим узлам ободочной кишки относятся:

- 1) надободочные,
- 2) околоободочные,
- 3) промежуточные,
- 4) главные, расположенные в корне брыжейки кишки,
- 5) лимфоузлы, расположенные у ствола нижней брыжеечной вены

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

14. Так называемые прямые сосуды, принимающие участие в кровоснабжении стенки ободочной кишки:

- 1) являются капиллярами,
- 2) отходят непосредственно от основных артериальных стволов соответствующего отдела кишки, 3) отходят от краевого сосуда только в зоне дуги Риолана,
- 4) отходят от краевого сосуда, разветвляясь далее,
- 5) в правой половине ободочной кишки отходят непосредственно от подвздошно-ободочной артерии

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

15. Внутренние геморроидальные узла располагаются

- а) ниже аноректальной линии

- б) над аноректальной линией
- в) на уровне межефинктерной борозды
- г) на уровне аноректальной линии
- д) на линии Хилтона

16. Микроскопически геморрой характеризуется

- а) варикозным расширением вен
- б) гиперплазией кавернозных телец
- в) ангиодисплазией
- г) тромбофлебитом
- д) склерозом гломусных анастомозов

17. Характерной особенностью макроскопической картины поражения толстой кишки при болезни Крона является

- а) выраженный отек слизистой оболочки толстой кишки
- б) возникновение воспалительных полипов
- в) трансмуральное поражение толстой кишки
- г) образование раковых опухолей
- д) образование дивертикулов

18. По микроструктуре каулальные тератомы могут представлять собой:

- 1) дермоид,
- 2) опухоль из трёх зародышевых листков,
- 3) эпидермоид,
- 4) эпителиальный копчиковый ход,
- 5) эпителиальное погружение

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

19. Эпидермальные кисты параректальной клетчатки характеризуются тем, что:

- 1) стенка кист представлена тонким слоем соединительной ткани,
- 2) внутренняя поверхность выстлана эпидермисом с явлениями ороговения,
- 3) эпидермис не содержит придатков кожи,
- 4) в кистах содержатся волосы,
- 5) внутренняя поверхность кист содержит реснитчатый эпителий

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

4. Семиотика и методы обследования в колопроктологии

Укажите один правильный ответ

20. Наиболее удобным положением для осмотра больного с заболеванием прямой кишки является

- а) на правом или левом боку
- б) на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу
- в) коленно-локтевое положение
- г) положение больного на спине в гинекологическом кресле
- д) лёжа на спине

21. Для рака прямой кишки наиболее характерным признаком является

- а) кишечная непроходимость
- б) общая слабость
- в) боли в крестце
- г) боли в животе
- д) выделение сгустков крови из прямой кишки

22. Главными правилами проведения ректороманоскопии являются:

- 1) ректоскопия проводится только после пальцевого исследования прямой кишки,
- 2) рабочие части ректоскопа должны быть тёплыми и хорошо смазанными,
- 3) введение тубуса с манлреном в задний проход не должно быть грубым,
- 4) ректоскоп обязательно должен быть с волоконной оптикой,
- 5) тубус обязательно должен быть проведен в кишку на всю длину ректоскопа

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

23. Основными способами исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки являются:

- 1) сфинктерометрия,
- 2) пальцевое исследование анального канала,
- 3) изучение кремастерного и анального рефлекса,
- 4) ректороманоскопия,
- 5) ирригоскопия

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

24. При хроническом геморрое необязательным является

- а) осмотр промежности
- б) ректороманоскопия
- в) аноскопия
- г) колоноскопия
- д) проктография

25. Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии является:

- а) наличие анальной трещины
- б) подозрение на рак нижнеампулярного отдела прямой кишки
- в) атрезия заднего прохода
- г) травма прямой кишки
- д) кишечное кровотечение

26. Определение ацетилхолинэстеразы производится в:

- а) в мышечном слое прямой кишки
- б) в межмышечном слое прямой кишки
- в) в подслизистом слое прямой кишки
- г) в слизистой оболочке прямой кишки
- д) в серозном покрове ободочной кишки

27. Криптитом называется воспаление:

- а) в морганиевых синусах
- б) в анальных сосочках
- в) в морганиевых криптах
- г) перианальной кожи
- д) слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки

28. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается:

- а) в морганиевой крипте
- б) на линии Хилтона
- в) в нижнеампулярном отделе прямой кишки
- г) в верхнеампулярном отделе прямой кишки
- д) в среднеампулярном отделе прямой кишки

29. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является

- а) зуд в области промежности
- б) боль в прямой кишке пульсирующего характера
- в) кровотечение во время дефекации
- г) наличие на коже промежности рубцов
- д) наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности

30. Причинами первичного анального зуда могут быть:

- а) воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала
- б) сахарный диабет
- в) глистная инвазия
- г) гепатит и пиелонефрит
- д) несоблюдение гигиены

31. При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить

- а) посев отделяемого свища для определения микрофлоры
- б) посев кала на дисбактериоз
- в) цитологическое или гистологическое исследование
- г) сфинктерометрию
- д) рентгенографию крестцового отдела позвоночника

32. Третья степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:

- а) широким внутренним отверстием с рубцовой деформацией
- б) внутренним отверстием без рубцовой деформации
- в) свищевым ходом без затёков и полостей
- г) наличием затёков в клетчаточном пространстве
- д) прямым свищевым ходом

33. При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно

- а) иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом
- б) рассечение свищевого хода без иссечения тканей
- в) иссечение свища с низведением слизистой
- г) иссечение свища в просвет прямой кишки
- д) иссечение свища с ушиванием дна раны узловыми швами

34. При первой степени сложности экстрасфинктерных свищей наиболее целесообразно:

- а) иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера (сфинктеропластика)
- б) иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизистой
- в) иссечение свища в просвет кишки с подшиванием краёв ко дну
- г) иссечение свища с проведением шелковой лигатуры и затягиванием её
- д) иссечение свища с проведением латексной лигатуры

35. У больного выявлен задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки сложности. Оптимальным методом операции следует считать

- а) иссечение свища в просвет кишки с пластикой сфинктера через 3-4 месяца
- б) иссечение свища с проведением лигатуры, вскрытие и дренирование затёков
- в) иссечение свища с ушиванием сфинктера, вскрытие и дренирование затёков
- г) иссечение свища с подшиванием краёв раны ко дну
- д) иссечение внутреннего отверстия свища, вскрытие затёков

36. Для уменьшения числа послеоперационных осложнений после иссечения свища с проведением лигатуры обязательно нужны:

- а) ежедневные перевязки
- б) затягивания лигатуры при её ослаблении
- в) своевременное пересечение "мостика" тканей под лигатурой
- г) бесшлаковая диета
- д) препараты для ускорения заживления ран

37. Для профилактики послеоперационной недостаточности анального жома при лигатурном методе нужно:

- а) не форсировать затягивание лигатуры
- б) избегать длительной тампонады раны анального канала
- в) следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно
- г) весь период лечения применять мази только на водорастворимой основе
- д) ежедневно затягивать лигатуру с пятого дня после операции

38. У больного через 3 месяца после операции по поводу свища прямой кишки отмечается недержание газов. Это следует расценивать как

- а) нормальное явление после операции
- б) 2-ю степень недостаточности анального жома
- в) временное явление
- г) 1-ю степень недостаточности анального жома
- д) рецидив свища прямой кишки

39. При недостаточности анального сфинктера I степени следует сразу рекомендовать:

- а) хирургическое лечение
- б) медикаментозную стимуляцию сфинктера
- в) отказ от овощей и фруктов
- г) лечебную физкультуру
- д) ежедневную постановку очистительных клизм

40. При переднем ректоцеле без недостаточности анального сфинктера можно выполнить:

- а) леваторопластику только перинеальным доступом
- б) леваторопластику только вагинальным доступом
- в) выбор доступа зависит от возраста пациентки
- г) выбор доступа зависит от размеров ректоцеле
- д) выбор доступа зависит от степени чистоты влагалища

41. Остроконечные кондиломы могут локализоваться:

- а) на перианальной коже
- б) на коже половых органов
- в) в анальном канале
- г) на слизистой оболочке прямой кишки
- д) только на коже вокруг заднего прохода

42. Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является

- а) аденокарциноманижнеампулярного отдела прямой кишки
- б) саркома промежности
- в) плоскоклеточный кератогеновающий рак
- г) опухоль Вушке-Левенштейна
- д) анальный рак

43. На выпадение стенок анального канала при выпадении прямой кишки указывает:

- а) яйцевидная форма выпадающей кишки
- б) конусовидная форма выпадающей кишки
- в) длина выпавшего участка кишки более 15 см
- г) наличие на выпавшей кишке зубчатой линии
- д) отек и гиперемия слизистой оболочки

44. Длина цилиндра выпадающей кишки более 12-15 см свидетельствует о:

- а) потере тонуса кишечной стенки
- б) недостаточности сфинктера заднего прохода
- в) наличии петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
- г) вовлечении в патологический процесс сигмовидной кишки
- д) декомпенсации мышц тазового дна

45. Операция Делорма заключается в:

- 1). так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки
- 2). циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки



- 3).циркулярном отсечении слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с наложением сближающих швов на мышечную стенку в виде валика  
4).использовании при операции по Тиршу тефлоновой нити  
5).использовании при операции по Тиршу тефлоновой сетки

- а) если правильные ответы 1,2,3  
б) если правильные ответы 1 и 3  
в) если правильные ответы 2 и 4  
г) если правильные ответы 4  
д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

46. В патогенезе геморроя ведущими являются:

- а) сосудистый фактор  
б) характер питания  
в) механический фактор  
г) фактор хронических запоров  
д) у женщин фактор беременности и родов

47. Растяжение и дистрофия мышцы и связочного аппарата, удерживающих геморроидальные узлы в анальном канале, может развиваться из-за:

- а) натуживаний при затрудненной дефекации  
б) беременности и родов  
в) злоупотребления алкоголем и острой пищей  
г) подъема тяжестей  
д) длительного вынужденного положения на работе

48. Противопоказанием к проведению склеротерапии является:

- 1).тромбоз геморроидальных узлов  
2).парапроктит острый  
3).парапроктит хронический

- а) если правильные ответы 1,2,3  
б) если правильные ответы 1 и 3  
в) если правильные ответы 2 и 3  
г) если правильные ответы 3

49. Противопоказанием к лигированию узлов латексными кольцами является:

- 1).тромбоз геморроидальных узлов  
2).воспалительные заболевания анального канала  
3).комбинированный геморрой без четкой границы между внутренними и наружными узлами 4).геморрой без выпадения узлов  
5).внутренний геморрой по типу циркулярного , без четкой локализации узлов на 3,7 и 11 часах

- а) если правильные ответы 1,2,3  
б) если правильные ответы 1 и 3  
в) если правильные ответы 2 и 4  
г) если правильные ответы 4  
д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

50. Недостаточность анального жома после операции по поводу свища прямой кишки с использованием лигатурного метода чаще всего развивается вследствие:

- 1).слишком быстрого прорезывания лигатуры  
2).использования в качестве лигатуры шелка  
3).образования обширного рубца на сфинктере  
4). применения лигатуры при переднем свище прямой кишки  
5).использования в качестве лигатуры латекса

- а) если правильные ответы 1,2,3  
б) если правильные ответы 1 и 3  
в) если правильные ответы 2 и 4  
г) если правильные ответы 4  
д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

# ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ПО ТЕМЕ:

- |       |       |
|-------|-------|
| 1) д  | 38) г |
| 2) в  | 39) в |
| 3) д  | 40) г |
| 4) д  | 41) а |
| 5) г  | 42) г |
| 6) в  | 43) г |
| 7) в  | 44) г |
| 8) в  | 45) в |
| 9) а  | 46) б |
| 10) в | 47) д |
| 11) а | 49) в |
| 12) г | 50) д |
| 13) д |       |
| 14) г |       |
| 15) б |       |
| 16) б |       |
| 17) в |       |
| 18) а |       |
| 19) а |       |
| 20) в |       |
| 21) г |       |
| 22) а |       |
| 23) а |       |
| 24) д |       |
| 25) в |       |
| 26) г |       |
| 27) в |       |
| 28) а |       |
| 29) д |       |
| 30) д |       |
| 31) в |       |
| 32) в |       |
| 33) г |       |
| 34) б |       |
| 35) б |       |
| 36) а |       |
| 37) а |       |

### **2.3. Список ситуационных задач.**

#### **Задача №1.**

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области анального отверстия. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода при акте дефекации. Последние три года узлы выпадают при небольшом натуживании, кашле и чихании и самостоятельно не вправляются.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?
2. В чем состоит лечебная тактика?

#### **Задача №2.**

У больного 35 лет отмечаются частые кровотечения алой кровью при акте дефекации. Проведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия и сигмоидоскопия. Выявлены внутренние геморроидальные узлы, выпадающие из анального канала при натуживании, которые самостоятельно вправляются. Наружные геморроидальные узлы не увеличены.

1. В чем состоит лечебная тактика?

#### **Задача №3.**

У больного 22 лет периодически появляется выделение алой крови при дефекации, отмечает дискомфорт в прямой кишке. Обследован колопроктологом: проведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия и сигмоидоскопия.

Выявлены геморроидальные узлы с гиперемизированной слизистой, слегка пролабирующие в просвет кишки.

1. В чем состоит лечебная тактика?

#### **Задача №4.**

У больного 62 лет, перенесшего два месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки алой кровью в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую медикаментозную терапию, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых кровоточит. Гемоглобин периферической крови 76 г/л.

1. В чем состоит лечебная тактика?

#### **Задача №5.**

Больной 33 лет в течение 5 лет страдает геморроем. Последний год отмечается выпадение узлов при физической нагрузке. В течение 3-х последних дней отмечаются сильные боли в области заднего прохода. При осмотре

определяются плотные синюшно-багровые внутренние геморроидальные узлы, выпавшие из просвета заднего прохода.

Пальпация узлов резко болезненна.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение назначите больному?

#### **Задача №6.**

Больная 45 лет поступила в клинику на лечение по поводу хронической анальной трещины. Этим заболеванием страдает в течение 15 лет.

1. Какие данные позволили врачу поставить такой диагноз?
2. Какие признаки имеет хроническая анальная трещина?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

#### **Задача №7.**

У больной 23 лет после родов была задержка стула на 3 суток. После этого появились острые боли в прямой кишке, связанные с актом дефекации, и длящиеся 3 – 4 часа после нее. Возникла стулострашность. При осмотре выявлен дефект слизистой на задней стенке прямой кишки с розовыми мягкими краями щелевидной формы размером 1 на 0,2 см. Проведение пальцевого исследования прямой кишки невозможно из-за сильных болей.

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

#### **Задача №8.**

Больной 45 лет обратился к хирургу через 4 суток от начала заболевания, когда появились боли в заднем проходе и болезненный инфильтрат в перианальной области, повышенная температура до 38,0

При осмотре области заднего прохода имеется гиперемия кожи, резко болезненный инфильтрат.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

#### **Задача №9.**

Больной 63 лет в течение 2 недель лечился у уролога по поводу острого цистита. Жалуется на сильные боли в пояснице, внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 39 – 40,0. В периферической крови лейкоцитоз до  $18 \cdot 10^{12}$  со сдвигом влево. При осмотре внешних изменений в перианальной области не выявлено. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется высоко край инфильтрата, здесь же при ректороманоскопии в ампулярном отделе прямой кишки видна отечная, гиперемизированная слизистая, кровоточивая при контакте с тубусом ректоскопа.

1. Ваш диагноз?
2. Ваши действия?

### **Задача №10.**

Больной 60 лет болен 7 суток. Отмечает высокую температуру до 39 – 40, резкие боли в области заднего прохода, общую слабость, недомогание. При осмотре отмечается болезненный плотный инфильтрат в перианальной области размером 8 на 10 см, отек кожи, распространяющийся на мошонку.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

### **Задача №11.**

Больной 27 лет поступил с жалобами на наличие свища в перианальной области с гнойными выделениями. Четыре месяца назад была припухлость и болезненность в области ануса, повышенная температура, затем появились гнойные выделения. В виду значительного улучшения своего состояния за медицинской помощью в то время не обращался.

1. Какое заболевание имеется у больного?
2. Какие методы обследования необходимо применить?
3. Как будете лечить больного?

### **Задача №12.**

Больная 17 лет поступила в клинику с жалобами на дергающие боли в области копчика, припухлость, повышение температуры до 38,0. Болеет в течение 4 суток. При осмотре в области межъягодичной складки определяется инфильтрат 3 на 2 см, гиперемия кожи, болезненность, здесь же видны два воронкообразных втяжения кожи.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение показано больной?

### **Задача №13.**

У больного 23 лет в течение 5 лет периодически появляется припухлость в области копчика, болезненность, повышение температуры до 38,0, слизисто-гнойные выделения. Последнее обострение 3 месяца назад. При осмотре в области межъягодичной складки видны три воронкообразных втяжения кожи диаметром до 3 мм. Из одного из них торчит пучок волос.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо применить?
3. Какое лечение показано больному?

### **Задача №14.**

У подростка 14 лет мать случайно обнаружила воронкообразные втяжения кожи в области копчика, из одного из которых торчит пучок волос. Никаких жалоб ребенок не предъявляет, чувствует себя здоровым.

1. Какое заболевание можно заподозрить у подростка?

2.Какова лечебная тактика в данном случае?

### **Задача №15.**

Больная 34 лет многократно оперирована по поводу хронического парапроктита, но без эффекта. Направлена хирургом в специализированное отделение по поводу очередного рецидива заболевания. При осмотре на промежности рубцовые изменения от ранее перенесенных операций, имеется свищ в перианальной области с крошкообразным замазкообразным отделяемым. При пальцевом исследовании прямой кишки над анальным каналом пальпируется на задней стенке округлое образование тугоэластической консистенции, диаметром около 4см.

- 1.Какое заболевание необходимо заподозрить у больной ?
- 2.Какие методы обследования необходимо применить для установления правильного диагноза?
- 3.Какое лечение необходимо провести больной?

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

#### **ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

##### **1. Оценка фронтального опроса**

##### **Рекомендации по оцениванию фронтального опроса**

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

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

##### **Критерии оценки:**

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

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	ПК-5 ПК-6,	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору,	Отлично

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

## 2. Оценка ситуационных задач

### Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
--	------------------------------------

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

#### Критерии оценки результатов решения задач

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

### 3. Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

#### Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена



собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

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

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

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

### **Контрольная работа.**

#### **Рекомендации по оцениванию презентаций**

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

#### **Критерии оценки**

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

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

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

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

### **ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

#### **Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса**

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

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

#### **Критерии оценки:**

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

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ПК-5 ПК-6,	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

**Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:****Критерии оценки результатов тестирования**

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

**Рекомендации по оцениванию результатов решения задач**

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

### Критерии оценки результатов решения задач

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

### Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (зачете).

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

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