федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**ДЕТСКАЯ ОРТОПЕДИЯ**

ПО ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

В ОРДИНАТУРЕ

**по специальности**

***31.08.66 Травматология и ортопедия***

Является частью основной профессиональной образовательной программы

 высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности*31.08.66 Травматология и ортопедия*, утвержденной

 ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**протокол № 11 от «22» июня 2018г.**

Оренбург

**1.Пояснительная записка**

Самостоятельная работа — форма организации образовательного процесса, стимулирующая активность, самостоятельность, познавательный интерес обучающихся.

Самостоятельная работа обучающихся является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, решения актуальных проблем формирования общекультурных (универсальных), общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовку к занятиям и прохождение промежуточной аттестации.

Самостоятельная работа обучающихся представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего образования в соответствии с требованиями ФГОС. Выбор формы организации самостоятельной работы обучающихся определяется содержанием учебной дисциплины и формой организации обучения (лекция, семинар, практическое занятие, др.).

Целью самостоятельной работы является: углубление, расширение, систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений ординаторов; формирование профессиональных врачебных умений и навыков по диагностике и дифференциальной диагностике основных повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата у взрослых и детей, по выбору индивидуальной лечебной тактики, по анализу применения конкретных лекарственных средств и оперативных методов лечения при основных синдромах, неотложных состояниях, травмах и заболеваниях, встречающихся в практике врача травматолога-ортопеда; развитие клинического мышления, познавательных способностей, активности и исследовательских умений ординатора; формирование умений использовать справочную документацию и специальную литературу для решения профессиональных задач.

**2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.**

Содержание заданий для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно-методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

Перечень учебной, учебно-методической, научной литературы и информационных ресурсов для самостоятельной работы представлен в рабочей программе дисциплины, раздел 8 « Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Тема самостоятельной работы  | Форма самостоятельной работы1 | Форма контроля самостоятельной работы*(в соответствии с разделом 4 РП)* | Форма контактной работы при проведении текущего контроля2 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ***Самостоятельная работа в рамках всей дисциплины*** |
| 2 |  | Курация больных в отделении | Проверка выполнения практических заданий | внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| … |  | Написание истории болезни курируемых больных | Проверка истории болезни | внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| ***Самостоятельная работа в рамках практических занятий******дисциплины «Детская ортопедия»*** |
|  |
| 1 | Тема № 1: Особенности детского организма. Закономерности развития опорно-двигательной системы. Хондродисплазии скелета. Ахондроплазия (хондродистрофия). Болезнь Эрлахера-Блаунта-Биезиня. Болезнь Маделунга. Дисплазия шейки бедра – coxa vara congenita. Множественная деформирующая суставная хондродистрофия (болезнь Волкова). | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям:работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы, составление рефератов; решение ситуационных задач;2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа ординатора с курируемымибольными в палате.Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемых больных для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения.Написание клинических историй болезни | Устный опрос, тестирование,  представление реферата; проверка практических навыков,проверка историй болезни, проверка выполнения практических заданий,решение проблемно-ситуационных задач. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 2 | Тема № 2: Хондроматоз суставов. Множественная эпифизарная хондродисплазия (болезнь Фейербанка). Спондило-эпифизарная дисплазия. Несовершенное костеобразование. Костный эозинофилез. Порочное развитие плечевого пояса и верхнего отдела позвоночника. Радиоульнарный синостоз. Пороки развития кисти. | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям:работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы, составление рефератов; решение ситуационных задач;2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа ординатора с курируемыми больными в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемых больных для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения. Ведение медицинской документации: заполнение клинических историй болезни курируемых больных | Устный опрос, тестирование,  представление реферата; проверка практических навыков, проверка историй болезни, проверка выполнения практических заданий,решение проблемно-ситуационных задач. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 3 | Тема № 3: Врожденный вывих бедра. Врожденный вывих надколенника. Варусная и вальгусная деформация коленного сустава. Юношеский гонартроз и коксартроз. Врожденная косолапость. Плоскостопие.  | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям:работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы, составление рефератов; решение ситуационных задач;2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа ординатора с курируемыми больными в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемых больных для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения. Ведение медицинской документации: заполнение клинических историй болезни курируемых больных | Устный опрос, тестирование,  представление реферата; проверка практических навыков, проверка историй болезни, проверка выполнения практических заданий,решение проблемно-ситуационных задач. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |
| 4 | Тема № 4: Детский церебральный паралич. Акушерский паралич. | 1.Подготовка к клиническим практическим занятиям:работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); подготовка ответов на контрольные вопросы, составление рефератов; решение ситуационных задач;2. Практическая подготовка на клинической базе: самостоятельная работа ординатора с курируемыми больными в палате. Проведение анализа данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования курируемых больных для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза. Назначение лечения. Ведение медицинской документации: заполнение клинических историй болезни курируемых больных | Устный опрос, тестирование,  представление реферата; проверка практических навыков, проверка историй болезни, проверка выполнения практических заданий,решение проблемно-ситуационных задач. | аудиторная – на практических занятиях;внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки |

**3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине.**

**Методические указания обучающимся**

**по формированию навыков конспектирования лекционного материала**

1. Основой качественного усвоения лекционного материала служит конспект, но конспект не столько приспособление для фиксации содержания лекции, сколько инструмент для его усвоения в будущем. Поэтому продумайте, каким должен быть ваш конспект, чтобы можно было быстрее и успешнее решать следующие задачи:

а) дорабатывать записи в будущем (уточнять, вводить новую информацию);

б) работать над содержанием записей – сопоставлять отдельные части, выделять основные идеи, делать выводы;

в) сокращать время на нахождение нужного материала в конспекте;

г) сокращать время, необходимое на повторение изучаемого и пройденного материала, и повышать скорость и точность запоминания.

Чтобы выполнить пункты «в» и «г», в ходе работы над конспектом целесообразно делать пометки также карандашом:

Пример 1

/ - прочитать еще раз;

// законспектировать первоисточник;

? – непонятно, требует уточнения;

! – смело;

S – слишком сложно.

Пример 2

= - это важно;

[ - сделать выписки;

[ ] – выписки сделаны;

! – очень важно;

? – надо посмотреть, не совсем понятно;

 - основные определения;

 - не представляет интереса.

2. При конспектировании лучше использовать тетради большого формата – для удобства и свободы в рациональном размещении записей на листе, а также отдельные, разлинованные в клетку листы, которые можно легко и быстро соединить и разъединить.

3. Запись на одной стороне листа позволит при проработке материала разложить на столе нужные листы и, меняя их порядок, сближать во времени и пространстве различные части курса, что дает возможность легче сравнивать, устанавливать связи, обобщать материал.

4. При любом способе конспектирования целесообразно оставлять на листе свободную площадь для последующих добавлений и заметок. Это либо широкие поля, либо чистые страницы.

5. Запись лекций ведется на правой странице каждого листа в разворот, левая остается чистой. Если этого не делать, то при подготовке к экзаменам дополнительную, поясняющую и прочую информацию придется вписывать между строк, и конспект превратится в малопригодный для чтения и усвоения текст.

6. При конспектировании действует принцип дистантного конспектирования, который позволяет отдельные блоки информации при записи разделять и по горизонтали, и по вертикали: отдельные части текста отделяются отчетливыми пробелами – это вертикальное членение; по горизонтали материал делится на зоны полями: I – конспектируемый текст, II – собственные заметки, вопросы, условные знаки, III – последующие дополнения, сведения из других источников.

7. Огромную помощь в понимании логики излагаемого материала оказывает рубрикация, т.е. нумерование или обозначение всех его разделов, подразделов и более мелких структур. При этом одновременно с конспектированием как бы составляется план текста. Важно, чтобы каждая новая мысль, аспект или часть лекции были обозначены своим знаком (цифрой, буквой) и отделены от других.

8. Основной принцип конспектирования – писать не все, но так, чтобы сохранить все действительно важное и логику изложения материала, что при необходимости позволит полностью «развернуть» конспект в исходный текст по формуле «конспект+память=исходный текст».

9. В любом тексте имеются слова-ориентиры, например, помогающие осознать более важную информацию («в итоге», «в результате», «таким образом», «резюме», «вывод», «обобщая все вышеизложенное» и т.д.) или сигналы отличия, т.е. слова, указывающие на особенность, специфику объекта рассмотрения («особенность», «характерная черта», «специфика», «главное отличие» и т.д.). Вслед за этими словами обычно идет очень важная информация. Обращайте на них внимание.

10. Если в ходе лекции предлагается графическое моделирование, то опорную схему записывают крупно, свободно, так как скученность и мелкий шрифт затрудняют её понимание.

11. Обычно в лекции есть несколько основных идей, вокруг которых группируется весь остальной материал. Очень важно выделить и четко зафиксировать эти идеи.

12. В лекции наиболее подробно записываются план, источники, понятия, определения, основные формулы, схемы, принципы, методы, законы, гипотезы, оценки, выводы.

13. У каждого слушателя имеется своя система скорописи, которая основывается на следующих приемах: слова, наиболее часто встречающиеся в данной области, сокращаются наиболее сильно; есть общепринятые сокращения и аббревиатуры: «т.к.», «т.д.», «ТСО» и др.; применяются математические знаки: «+», «-», «=», «>». «<» и др.; окончания прилагательных и причастия часто опускаются; слова, начинающиеся с корня, пишут без окончания («соц.», «кап.», «рев.» и т.д.) или без середины («кол-во», «в-во» и т.д.).

14. Пониманию материала и быстрому нахождению нужного помогает система акцентировок и обозначений. Во время лекции на парте должно лежать 2-3 цветных карандаша или фломастера, которыми стрелками, волнистыми линиями, рамками, условными значками на вспомогательном поле обводят, подчеркивают или обозначают ключевые аспекты лекций.

Например, прямая линия обозначает важную мысль, волнистая – непонятную мысль, вертикальная черта на полях – особо важную мысль. Основной тезис подчеркивается красным, формулировки – синим или черным, зеленым – фактический иллюстративный материал.

15. Качество усвоения материала зависит от активного его слушания, поэтому проявляйте внешне свое отношение к тем или иным его аспектам: согласие, несогласие, недоумение, вопрос и т.д. – это позволит лектору лучше приспособить излагаемый материал к аудитории.

16. Показателем внимания к учебной информации служат вопросы к лектору. По ходе лекции пытайтесь находить и отмечать те аспекты лекции, которые могут стать «зацепкой» для вопроса, а затем на следующих лекциях учитесь формулировать вопросы, не отвлекаясь от восприятия содержания.

**Методические указания обучающимся по подготовке**

**к практическим занятиям**

Практическое занятие *–* форма организации учебного процесса, направленная на повышение обучающимися практических умений и навыков посредством группового обсуждения темы, учебной проблемы под руководством преподавателя.

*При разработке устного ответа на практическом занятии можно использовать классическую схему ораторского искусства. В основе этой схемы лежит 5 этапов*:

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

2. Составление плана, расчленение собранного материала в необходимой логической последовательности.

3. «Словесное выражение», литературная обработка речи, насыщение её содержания.

4. Заучивание, запоминание текста речи или её отдельных аспектов (при необходимости).

5. Произнесение речи с соответствующей интонацией, мимикой, жестами.

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

- привлечь внимание, вызвать интерес слушателей к проблеме, предмету ответа;

- объяснить, почему ваши суждения о предмете (проблеме) являются авторитетными, значимыми;

- установить контакт со слушателями путем указания на общие взгляды, прежний опыт.

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

- сформулировать главный тезис и дать, если это необходимо для его разъяснения, дополнительную информацию;

- сформулировать дополнительный тезис, при необходимости сопроводив его дополнительной информацией;

- сформулировать заключение в общем виде;

- указать на недостатки альтернативных позиций и на преимущества вашей позиции.

4. В заключении целесообразно:

- обобщить вашу позицию по обсуждаемой проблеме, ваш окончательный вывод и решение;

- обосновать, каковы последствия в случае отказа от вашего подхода к решению проблемы.

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

1. Читая изучаемый материал в первый раз, подразделяйте его на основные смысловые части, выделяйте главные мысли, выводы.

2. При составлении развернутого плана-конспекта формулируйте его пункты, подпункты, определяйте, что именно следует включить в план-конспект для раскрытия каждого из них.

3. Наиболее существенные аспекты изучаемого материала (тезисы) последовательно и кратко излагайте своими словами или приводите в виде цитат.

4. В конспект включайте как основные положения, так и конкретные факты, и примеры, но без их подробного описания.

5. Отдельные слова и целые предложения пишите сокращенно, выписывайте только ключевые слова, вместо цитирования делайте лишь ссылки на страницы цитируемой работы, применяйте условные обозначения.

6. Располагайте абзацы ступеньками, применяйте цветные карандаши, маркеры, фломастеры для выделения значимых мест.

**Методические указания по подготовке и оформлению реферата**

Реферат – самостоятельная научно-исследовательская работа студента по раскрытию сути исследуемой проблемы, изложению различных точек зрения и собственных взглядов на нее. В реферате в последовательности должны быть все его структурные элементы: титульный лист, содержание, введение, основная часть, заключение, список использованных источников.

1. Титульный лист реферата должен отражать название вуза, название факультета и кафедры, на которой выполняется данная работа, название реферата, фамилию и группу выполнившего, фамилию и ученую степень проверяющего.

2. В оглавлении последовательно излагаются названия пунктов реферата, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт.

3. Во введении формулируется суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи реферата, дается характеристика используемой литературы.

4. Основная часть: каждый раздел доказательно раскрывает отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы.

5. Заключение: подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме реферата, предлагаются рекомендации.

Содержание реферата должно быть логичным; изложение материала носить проблемно-тематический характер, а текст полностью отражать тему, отвечая следующим требованиям:

- актуальность рассматриваемой проблемы;

- обоснованность излагаемых проблем, вопросов, предложений;

- логичность, последовательность и краткость изложения;

- отражение мнения по проблеме реферирующего.

Ссылки по тексту реферата на используемые источники необходимо оформлять в квадратных скобках, указывая номер источника по списку литературы, приведенному в конце работы (например: [2]). Через точку после номера указываются дословно цитируемые предложения автора или страницы его текстов (например: [2. с. 24-25]). Собственные имена авторов в тексте реферата и источники на иностранном языке приводят на языке оригинала. Объем реферата как составной части педагогической практики должен составлять от 15 до 20 машинописных страниц формата А4. Размер шрифта «Times New Roman» 14 пт, межстрочный интервал, поля: правое — 10 мм; верхнее, левое и нижнее — 20 мм. Нумерация страниц должна быть сквозной, начиная с титульного листа (на титульном листе номер не ставится).

**Методические указания по подготовке и оформлению клинической истории болезни**

В настоящее время история болезни – это профессиональный дневник, школа выражения мысли, формулирования наблюдений и впечатлений, следования определенным правилам. История болезни как клинический документ является основой документации стационара. Качество составления многих других медицинских документов зависит от качества заполнения истории болезни. При необходимости она служит материалом для судебно-медицинского следствия, как самостоятельный юридический документ. Поэтому заполнение и ведение историй болезни требует большой эрудиции

Данный медицинский документ, который составляется на каждого больного, находящегося в стационаре медицинской организации, имеет лечебное, научно-практическое, юридическое и педагогическое значение:

* лечебное, так как по записям в истории болезни выполняются диагностические и лечебные мероприятия;
* научно-практическое, так как служит исходным материалом для изучения причин и особен­ностей течения заболевания, а следовательно, для разработки и проведения профилактических мероприятий;
* юридическое, так как дает возможность судить о полноте, правильности и своевременности диагностических и лечебных мероприятий и может служить источником доказательств при возможном разборе действий медицинского работника контролирующими или судебными органами, поэтому является основным определяющим документом в решении спорных пра­вовых вопросов, касающихся юридической ответственности врача;
* педагогическое, так как написание ее воспитывает у студента определенное клиническое мышление, учит правильно и методично исследовать больного, анализировать полученные сведения, ставить диагноз, уточнять его, составлять план лечения.

При составлении подобной медицинской документации ординатор работает в условиях самостоятельной работы, поэтому он должен зарегистрировать полученные данные, осмыслить их, правильно сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, что позволяет лучше ознакомиться с определенными нозологическими формами, составить наиболее рациональный план обследо­вания, лечения больного в конкретной клинической ситуации.

*Алгоритм подготовки истории болезни*

Подготовка к написанию и оформление истории болезни проходит в несколько этапов.

Первый этап написания - самостоятельный: ординатор собирает жалобы, анамнез, проводит объективное обследование больного, составляет план обследования, выделяет синдромы, выбирает среди них основной, устанавливает предварительный диагноз, а также составляет план лечения пациента. Следующий этап предполагает совместную работу ординатора и курирующего его преподавателя или заведующего отделением: докладывает все сведения о пациенте: жалобы, анамнез, симптомы, синдромы , предварительный диагноз, план обследования и его соответствие стандартам медицинской помощи, дифференциальный диагноз с учетом основного синдрома, обсуждает лечения в соответствии с современными стандартами медицинской помощи.

Следующий этап - оформление клинической истории болезни. Написание учебной истории болезни требует от ординатора активного изучения литературы, касающейся данного заболевания. Кратко, но вместе с тем максимально полно изложить данные анамнеза заболевания и предшествующего лечения больного.

*Требования к тексту истории болезни*

Текст истории болезни должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. При оформлении истории болезни должны быть соблюдены следующие требования:

* строгое следование принятой форме истории болезни;
* точность и логичность изложения;
* исчерпывающая полнота необходимых сведений;
* ясность изложения;
* все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены;

Соблюдение этих требований не пустая формальность, а проявление высокой сознательности и культуры ординатора, правильного понимания им служебного долга.

Проверка клинической истории болезни - заключительный этап освоения профессионального модуля. Поэтому можно рассматривать историю болезни как итоговый документ, который характеризует уровень практических умений и навыков ординатора.

*Требования к уровню знаний, умений и навыков ординатора, предъявляемые при проверке истории болезни и практических навыков.*

Ординатор должен знать:

* основные клинические классификации, используемые для постановки диагноза у данного больного;
* определение понятий: «Клинический диагноз», «Основной диагноз», «Осложнения», «Со­путствующие заболевания»;
* принцип формирования клинического диагноза; клинические проявления травм и ортопедических заболеваний, заболеваний внутренних органов;
* современные стандарты обследования и лечения основного заболевания.

Ординатор должен уметь:

* проводить полное физикальное обследование больного;
* объяснить механизмы выявленных симптомов и синдромов;
* уметь составить план обследования с учетом основного диагноза и сопутствующей патологии у данного больного;
* интерпретировать полученные данные лабораторного и инструментального обследования, оценить результаты консультаций врачами-специалистами,
* обосновать клинический диагноз, провести дифференциальный диагноз
* Назначить лечение и дать оценку проводимой терапии, объяснить механизмы действия используемых лекарственных средств и их возможные побочные эффекты;
* определить прогноз и дальнейшие рекомендации больному при выписке из стационара;
* правильно оформить историю болезни в соответствии с требованиями.

Проверка историй болезни проводится в соответствии с расписанием КСР

Критерии оценивания истории болезни представлены ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

**Методические рекомендации по выполнению практического задания - интерпретации результатов инструментальных и/или**

**лабораторных исследований.**

Оценка результатов инструментальных и лабораторных исследований у больного является одной из составляющих практической деятельности ординатора в процессе диагностики, дифференциальной диагностики, выборе адекватной терапии и оценки ее эффективности. Представляет собой совокупность развернутых письменных ответов.

*Алгоритм подготовки к выполнению практического задания:*

-изучение конспектов лекций, раскрывающих материал.

-повторение учебного материала, полученного при подготовке к практическим занятиям и во время их проведения;

-изучение дополнительной литературы, в которой конкретизируется содержание проверяемых знаний;

-составление в письменной форме ответов на поставленные в каждом конкретном исследовании вопросы;

*Алгоритмы выполнения отдельных практических заданий:*

**АЛГОРИТМ диагностического поиска, постановки диагноза, проведения дифференциального диагноза, выбора тактики лечения курируемого пациента.**

1. Заподозрить на основании жалоб больного, анамнеза болезни и жизни основное заболевание у больного.
2. Провести физикальное обследование пациента.
3. Составить программу лабораторно- инструментального обследования пациента для уточнения основного заболевания, определения особенностей его течения, стадии процесса, степени тяжести, наличия осложнений. Интерпретировать полученныер езультаты.
4. Сформулировать клинический диагноз, обосновать его и детализировать согласно современной классификации.
5. Провести дифференциальную диагностику с заболеваниями со схожими основными синдромами.
6. Определить тактику лечения конкретного курируемого пациента. Выбрать наиболее подходящую терапию, с учетом фармакокинетики и фармакодинамики избранных препаратов, особенности патологических процессов и индивидуального состояния пациента. Определить возможные побочные действия избранных препаратов, методы контроля, профилактики и коррекции.
7. Определить показания к операции и способ оперативного вмешательства.

Оформить медицинскую документацию: клиническую историю болезни, листы назначений, экстренные извещения и т.д.

***АЛГОРИТМ интерпретации рентгенограмм, МРТ, КТ - грамм:***

* Уточнить: возраст, пол пациента, клинический диагноз
* Следует отмечать в протоколе следующие моменты:

- скурпулёзно описать, **что именно снято на плёнке**: какой сегмент, какой отдел, какой сустав;

- определить ось сегмента конечности

- отметить правильность укладки;

- отметить  фиксированное вынужденное положение конечности; в гипсе;

- динамическая нерезкость; засветка плёнки, артефакты плёнки;

**- есть ли перелом**: да, нет, подозрение на перелом;

**- характер перелома:** линейный [продольный, поперечный, косой]; винтообразный; V-, Y-, Л- или T-образный; оскольчатый, вколоченный, импрессионный, депрессионный; внутрисуставной;

**- какое смещение:** практически без смещения, смещение на ширину кортикала, на 1/4 ширины диафиза, 1/3 ширины диафиза, на половину ширины диафиза, на ширину диафиза или более. Расхождение или захождение отломков в сантиметрах.

- фиксирующие устройства, состояние после остеосинтеза или состояние после протезирования: указать тип протеза (металлоконструкции);

- инородные тела;

П**ри контрольном исследовании необходимо дать** описательную картину в сравнении с предыдущими данными:

-смещение уменьшилось /увеличилось;

-ось сохранена/угловое смещение в градусах;

-захождение устранено/уменьшилось /сохраняется;

--диастаз устранен/уменьшился/сохраняется;

--подвывих сохраняется/уменьшился/устранен.

* **Оценить полученные результаты, оформить заключение.**

***АЛГОРИТМ Оценки лабораторных анализов***

Уточнение ФИО, возраста, пола, даты и времени исследования пациента, клинического диагноза

Уточнение вида биоматериала

Оценка соответствия объема назначенного и выполненного исследования

Оценка величины изучаемых параметров

Сопоставление величин полученных результатов с нормальными (должными) показателями

Оценка и характеристика выявленных отклонений от нормы

Комплексная оценка лабораторного анализа

Сопоставление с клинической картиной заболевания

Предположительный диагноз

**4.Критерии оценивания результатов выполнения заданий по самостоятельной работе обучающихся.**

Критерии оценивания выполненных заданий представлены ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.