федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

по специальности

***31.05.01 Лечебное дело***

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от «25» марта 2016

Оренбург

**1. Методические рекомендации к лекционному курсу**

**Лекция № 1.**

**Тема: Острые заболевания органов брюшной полости у детей**

**Тема: Острый аппендицит и перитониты у детей. Инвагинация кишечника.**

**Цель:** Закрепить и расширить знания студентов лечебного факультета об особенностях клинического течения острого аппендицита у детей, особенно, раннего возраста, сформировать устойчивые знания дифференциально-диагностического подхода к детям с абдоминальным болевым синдромом. Добиться усвоения клинических и параклинических признаков аппендикулярного перитонита, а также сформировать новые понятия о т.н. «первичном» или диплококковом перитоните у девочек, его диагностике и лечении. Сформировать и конкретизировать у студентов знания о приобретенной кишечной непроходимости у детей - инвагинации кишечника. Добиться устойчивых знаний причин и способствующих факторов развития инвагинации, типичной клинической картины заболевания, способов своевременной диагностики.

**Аннотация лекции.** Аппендицит - наиболее частая причина «острого живота» у детей. Общий уровень заболеваемости острым аппендицитом составляет 3 – 6 на 1000 детей. В детском возрасте в более короткие сроки развиваются деструктивные изменения и перитонит. Особенности нервно-психического развития детей определяют сложности диагностики и обследования детей разных возрастных групп. Беспокойство, плач, сопротивление осмотру маленьких детей затрудняют выявление признаков заболевания. Клиническая картина заболевания зависит от возраста ребенка, реактивности организма и анатомического положения червеобразного отростка. Преобладание общих неспецифических симптомов наиболее характерно для детей младшего возраста. По этой причине дети в возрасте до 3-х лет с абдоминальным синдромом подлежат госпитализации и динамическому наблюдению в условиях хирургического стационара.

Этиопатогенез острого аппендицита; возрастные особенности, влияющие на течение воспалительного процесса в брюшной полости у детей раннего возраста. Клиника острого аппендицита в возрастном аспекте, особенности обследования и диагностики острого аппендицита у детей младшего возраста (до 3-х лет). Дифференциальная диагностика острого аппендицита у детей младшей и старшей возрастных групп. Принципы лечения острого аппендицита, возможные послеоперационные осложнения.

Понятие аппендикулярного перитонита, его классификация. Стадии перитонита. Клиника и диагностика разлитого перитонита, принципы хирургического лечения: предоперационная подготовка, оперативное вмешательство, послеоперационная терапия, реабилитация.

«Первичный» или диплококковый перитонит (или болезнь маленьких девочек). Этиология и патогенез. Клиника и методы диагностики. Принципы лечения.

Инвагинация кишечника – достаточно частый вид приобретенной кишечной непроходимости, возникающий преимущественно у детей грудного возраста (85 – 90%), особенно часто в период с 4 до 9 месяцев. На лекции актуализируются следующие положения:

* классификация, возрастные особенности развития инвагинации кишечника
* причины развития заболевания, патогенез клинических симптомов
* ранние признаки типичной инвагинации
* клиническая картина илеоцекальной инвагинации
* дифференциальная диагностика кишечной инвагинации
* ультразвуковая диагностика инвагинации
* рентгенодиагностика инвагинации кишечника
* консервативное лечение инвагинации: показания и противопоказания
* лапароскопическая дезинвагинация
* оперативное лечение

**Форма организации лекции:** информационная (традиционная)

**Методы обучения, применяемые на лекции**: последовательное изложение системы идей, их доказательства и иллюстрирование.

**Средства обучения**:

- дидактические: *презентация*

-материально-технические: *мультимедийный проектор.*

**Лекция № 2.**

**Тема: Синдром рвоты и задержки стула у детей раннего возраста**

**Цель:** Сформировать четкое понимание причин синдрома рвоты и задержки стула у новорожденных, эмбриогенеза врожденной кишечной непроходимости, пилоростеноза, конкретизировать клинические симптомы высокой и низкой кишечной непроходимости, объяснить необходимость дифференциальной диагностики пилоростеноза с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину, познакомить с принципами лечения указанных пороков развития.

**Аннотация лекции.** Сложность эмбриогенеза пищеварительной трубки у плода приводит к различным нарушениям формирования желудка и кишечника. Пороки развития кишечной трубки, кишечной стенки, соседних органов (например, поджелудочной железы), нарушение вращения и фиксации кишечника в итоге вызывают врожденную кишечную непроходимость. Трансформация мышечного жома привратника проявляется т.н. пилоростенозом. Данная лекция знакомит с причинами развития врожденной кишечной непроходимости, её классификацией, ранними клиническими признаками, методами визуализации пороков и принципами хирургического лечения, включая транспортировку новорожденных, предоперационную подготовку и реабилитацию.

Вторая часть лекции посвящена проблеме клинической, рентгенологической и инструментальной диагностике врожденного гипертрофического пилоростеноза, дифференциальной диагностике с желудочно-пищеводным рефлюксом, псевдопилоростенозом, частичной врожденной кишечной непроходимостью. Обсуждаются вопросы возможности консервативного лечения и хирургической тактики при пилоростенозе.

**Форма организации лекции:** информационная (традиционная)

**Методы обучения, применяемые на лекции**: последовательное изложение системы идей, их доказательства и иллюстрирование.

**Средства обучения**:

- дидактические: *презентация*

-материально-технические: *мультимедийный проектор.*

**Лекция № 3.**

**Тема: Синдром дыхательной недостаточности у детей, вызванный пороками развития и заболеваниями лёгких.**

**Цель:** Систематизировать причины развития у детей раннего возраста дыхательной недостаточности (ДН), расширив представление о самом понятии ДН. Сформировать четкий алгоритм диагностики наружных и внутренних пороков, приводящих к развитию ДН, актуализируя знания клинических признаков, возможностей лабораторной и инструментальной диагностик, а также методов борьбы с ДН. Расширить и углубить знания студентов лечебного факультета об этиологии, патогенезе бактериальной деструкции легких (БДЛ) у детей, классификации внутрилегочных и внутриплевральных осложнений БДЛ, их клинике и методах диагностики, сформировать представление о тактике педиатра при развитии осложнений БДЛ и принципах неотложной помощи и дальнейшего лечения.

**Аннотация лекции.** Дыхательная недостаточность – один из наиболее распространенных патологических синдромов в клинике соматических, хирургических, инфекционных, нервных и др. болезней у детей. В клинической практике приходиться встречаться с больными, имеющими с первых дней жизни явления выраженной недостаточности кислородного обеспечения в виде одышки, цианоза, тахикардии. Сам факт наличия такого синдрома свидетельствует о тяжелых расстройствах в какой-то из систем кислородного снабжения. В ходе лекции студенты вспоминают понятие ДН, её симптомы, оценку степени тяжести. Далее лектор систематизирует пороки развития головы и шеи, бронхо-легочной системы, нарушающие проходимость дыхательных путей, пороки развития легочной ткани, приводящие к уменьшению дыхательной поверхности и прочие причины ДН. Характеризуются способы визуализации причин ДН, а также методы неотложной помощи и радикального устранения этих причин.

Во второй половине лекции в иллюстрированном виде раскрываются следующие вопросы:

1. Патогенез внутрилегочных и внутриплевральных осложнений БДЛ, их классификация.
2. Клиника внутрилегочных осложнений – абсцесса и булл.
3. Клиника внутриплевральных осложнений – пневмоторакс, пиоторакс, пиопневмоторакс.
4. Ультразвуковая и рентгенологическая диагностика.
5. Маршрутизация больных с осложнениями БДЛ.
6. Консервативное и хирургическое лечение.

**Форма организации лекции:** информационная (традиционная)

**Методы обучения, применяемые на лекции**: последовательное изложение системы идей, их доказательства и иллюстрирование.

**Средства обучения**:

- дидактические: *презентация*

-материально-технические: *мультимедийный проектор.*

**Лекция № 4.**

**Тема: Гнойная хирургическая инфекция у детей.**

**Цель:** Расширить знания студентов об этиологии, патогенезе гнойной хирургической инфекции мягких тканей у детей, в том числе и у новорожденных, сформировать знания об особенностях хирургической техники при лечении новорожденных и о комплексном подходе в лечении хирургических заболеваний гнойного характера. Систематизировать представления студентов об остром гематогенном остеомиелите, его осложнениях и исходах у детей различного возраста, сформировать четкое понимание этиологии, клиники, диагностики и принципов лечения острого гематогенного остеомиелита, причин его перехода в хроническое течение и развития патологических переломов и вывихов, конкретизировать необходимость своевременной диагностики и неотложных мероприятий при остеомиелите для предупреждения осложнений.

**Аннотация лекции.** Не смотря на то, что в последние десятилетия гнойная хирургическая инфекция потеряла ведущее место в системе заболеваний у детей, необходимость знаний об этиологии, патогенезе и формах проявления этой группы болезней всегда остается актуальной, т.к. смена возбудителя, устойчивость микроорганизмов к антибактериальным препаратам требует постоянной настороженности к детям с гнойной инфекцией. Лекция преследует цели формирования знаний о современных возбудителях гнойных заболеваний, отражает взаимодействие микро- и макроорганизма, раскрывает методы диагностики и дифференциальной диагностики, а также комплексного подхода к лечению данной патологии. Несмотря на определенные успехи в лечении гнойно-септических заболеваний у детей, острый гематогенный остеомиелит остается не только частым и наиболее тяжелым заболеванием у детей как младшего, так и старшего возраста, но приводит к летальному исходу и инвалидизации пациентов. Велика роль хирурга общего профиля в своевременной диагностике острого гематогенного остеомиелита, в оценке ранних и решающих симптомов заболевания, характерных именно для детского возраста.

**Форма организации лекции:** информационная (традиционная)

**Методы обучения, применяемые на лекции**: последовательное изложение системы идей, их доказательства и иллюстрирование.

**Средства обучения**:

- дидактические: *презентация*

-материально-технические: *мультимедийный проектор.*

**Лекция № 5.**

**Тема: Алгоритм урологической диагностики в педиатрии.**

**Цель:** Расширить исистематизировать знания студентов лечебного факультетао значении ранней диагностики урологических заболеваний у детей, роли педиатров и нефрологов в этом процессе, сформировать представление об эмбриогенезе мочевой системы, механизмах формирования пороков развития верхних и нижних мочевых путей. Углубить знания студентов о современных методах диагностики урологических заболеваний и пороков развития у детей, роли ультразвуковой и лучевой диагностики. Сформировать представление о пороках развития верхних мочевых путей, хирургических заболеваниях аномальных почек, показаниях к хирургическому вмешательству.

**Аннотация лекции.** Пороки развития органов мочевой системы (ОМС) по частоте прочно занимают ведущее место среди всех эмбрио- и фетопатий, составляя среди них более 40%. Многие из них представляют непосредственную угрозу для жизни больного в связи с нарушением оттока мочи, развитием пиелонефрита и почечной недостаточности (обструктивные уропатии). Другие в дальнейшем сказываются бесплодием (аномалии и пороки развития яичек и половых органов). Для понимания причин возникновения некоторых пороков в лекции кратко излагается эмбриогенез органов мочевой системы, акцентируется внимание на значение пренатальной ультразвуковой диагностики плода в выявлении аномалий ОМС. Подробно рассматривается алгоритм догоспитальной диагностики нефроурологических заболеваний у детей.

Методы исследования, применяемые при диагностике урологических заболеваний, дают представление как о структуре, так и о функции исследуемых органов. Универсального метода, который позволил бы решить обе задачи, нет. При постановке диагноза возникает необходимость в комплексном обследовании ребенка и применении взаимодополняющих методов.

Лекция освещает вопросы формирования различных аномалий почек: числа, положения, структуры, взаиморасположения.

**Лекция № 6.**

**Тема: Особенности детской травматологии и ортопедии**

**Цель:** Расширить и конкретизировать представления студентов об особенностях детского травматизма, видах переломов длинных трубчатых костей в детском возрасте, сложностях диагностики и лечения. Связать виды переломов костей у детей, методы диагностики и лечения с возрастом и особенностями анатомо-физиологического строения костно-мышечной системы.

Познакомить студентов лечебного факультета с наиболее распространенной ортопедической патологией детского возраста: врожденным вывихом бедра, врожденной косолапостью, мышечной кривошеей. Уточнить маршрутизацию данной группы больных, сроки начала лечения.

**Аннотация лекции.** Особенности анатомического строения костной системы у детей и ее физиологические свойства обусловливают возникновение некоторых видов переломов, характерных только для детского возраста. Эти анатомические особенности, с одной стороны, препятствуют возникновению переломов костей у детей, с другой - наряду с переломами, наблюдающимися у взрослых, обусловливают такие типичные для детского возраста повреждения скелета, как надломы, поднадкостничные переломы, эпифизеолизы, остеоэпифизеолизы и апофизеолизы. Эти же особенности предопределяют не только методы диагностики, но и характерные для каждого возраста способы консервативного и оперативного лечения, а также сроки иммобилизации конечностей. Пристальное внимание на лекции уделяется такому разделу детского травматизма как родовые повреждения, т.е. травмы, получаемые ребенком во время родов.

Врожденный вывих бедра представляет собой тяжелую степень дисплазии тазобедренного сустава и является одной из наиболее часто встречающихся деформаций опорно-двигательного аппарата, ведущей к нарушению статики и трудоспособности больного. Частота врожденного вывиха колеблется от 3 до 8 на 1000 новорожденных. У девочек врожденный вывих бедра встречается в 4-7 раз чаще, чем у мальчиков. Успех лечения врожденного вывиха бедра зависит от ранней диагностики, что возможно уже во время пренатального скрининга. Сразу после рождения ребенка для исключения патологии используется УЗИ тазобедренных суставов, консультация детским ортопедом и рентгенография суставов в сомнительных случаях. Используются методы консервативного и оперативного лечения. При своевременной диагностике можно добиться 100% излечения.

**Форма организации лекции:** информационная (традиционная)

**Методы обучения, применяемые на лекции**: последовательное изложение системы идей, их доказательства и иллюстрирование.

**Средства обучения**:

- дидактические: *презентация*

-материально-технические: *мультимедийный проектор*

**2. Методические рекомендации по проведению практических занятий**

**Занятие 1.**

**Тема: Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у детей. Острый аппендициты, перитониты детского возраста. Инвагинация кишечника.**

**Вид учебного занятия:** практическое занятие (6 часов)

**Цель:** Конкретизировать представления студентов об острых воспалительных процессах в брюшной полости, сформировать четкое понимание этиологии, клиники, диагностики и принципов лечения острого аппендицита в различных возрастных группах детей, формировать у студентов потребности и мотивы профессионального развития, умения проводить анализ отдельных симптомов острого аппендицита и синтез разнообразных данных клинического и лабораторного обследования больных для своевременной диагностики острого аппендицита и перитонита для сохранения жизни и здоровья ребенка. Конкретизировать особенности диагностики и хирургической тактики при абдоминальном болевом синдроме у девочек при первичном перитоните.

Сформировать четкое понимание этиологии, клиники, диагностики и принципов лечения инвагинации кишечника на основании анализа отдельных симптомов заболевания для последующего формирования предположительного диагноза и выбора лечебной тактики.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков:** *тестирование (тестовые задания представлены в ФОС)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия.**  Микрокурация больных в отделении неотложной хирургии с последующим разбором случаев и демонстрацией результатов исследования.  Просмотр видеофильма «Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у детей».  Закрепление теоретического материала – опрос *(вопросы представлены в ФОС).*  Решение клинических задач по теме *(задачи представлены в ФОС).* |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**   * подведение итогов занятия; * выставление текущих оценок в учебный журнал. |

**Средства обучения:**

- дидактические: *видеофильм, истории болезни, рентгенограммы, результаты УЗИ.*

- материально-технические: *видеопроигрыватель,* *телевизор, ноутбук, мультимедийный проектор (или плазменный экран).*

**Занятие 2.**

**Тема: Заболевания и пороки развития пищевода. Синдром рвоты у новорожденных и детей раннего возраста. Аноректальные мальформации.**

**Вид учебного занятия:** практическое занятие (6 часов).

**Цель:** Расширить и конкретизировать представления студентов о врожденных пороках развития пищевода, пилорического отдела желудка, причинах врожденной кишечной непроходимости. Научить студентов лечебного факультета рентгенологической диагностике пороков развития пищеварительного тракта. Формировать у студентов потребности и мотивы профессионального развития, умения проводить анализ ранних симптомов врожденной кишечной непроходимости и аноректальных пороков развития для проведения необходимых диагностических приемов, своевременной транспортировки и лечения с целью предупреждения нежелательных осложнений.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков:** *тестирование (тестовые задания представлены в ФОС)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия.**  Микрокурация новорожденных с пороками развития в отделениях реанимации и интенсивной терапии и плановой хирургии с последующим разбором случаев и демонстрацией результатов обследования и лечения.  Закрепление теоретического материала – опрос *(вопросы представлены в ФОС).*  Решение ситуационных задач по теме *(задачи представлены в ФОС).* |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**   * подведение итогов занятия; * выставление текущих оценок в учебный журнал. |

**Средства обучения:**

- дидактические: *таблицы, рентгенограммы, видеофрагменты.*

- материально-технические: *мел, доска, негатоскоп, ноутбук, мультимедийный проектор (или плазменный экран).*

**Занятие 3.**

**Тема: Дыхательная недостаточность у новорожденных и детей раннего возраста. БДЛ. Остеомиелит у детей.**

**Вид учебного занятия:** практическое занятие (6 часов).

**Цель:** Сформулировать и добиться усвоения знания причин развития у детей раннего возраста дыхательной недостаточности (ДН), расширив представление о самом понятии ДН и её ведущих симптомов. Сформировать четкий алгоритм диагностики наружных и внутренних пороков развития, приводящих к развитию ДН, актуализируя знания клинических признаков, возможностей лабораторной и инструментальной диагностик, а также методов борьбы с ДН. Научить методам оказания первой помощи при экстренных ситуациях, сопровождающихся ДН.

Расширить знания студентов об этиологии, патогенезе гнойной хирургической инфекции у детей, углубить знания о бактериальной деструкции легких (БДЛ) у детей, классификации внутрилегочных и внутриплевральных осложнений БДЛ, их клинике и методах диагностики, сформировать представление о хирургической тактике при развитии осложнений БДЛ и принципах неотложной помощи и дальнейшего лечения.

Сформировать четкое понимание этиологии, клиники, диагностики и принципов лечения острого гематогенного остеомиелита, причин его перехода в хроническое течение и развития патологических переломов и вывихов

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков:** *тестирование (тестовые задания представлены в ФОС)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия.**  Микрокурация новорожденных с пороками развития в отделениях реанимации и интенсивной терапии и плановой хирургии с последующим разбором случаев и демонстрацией результатов обследования и лечения.  Микрокурация больных в отделении гнойной хирургии с последующим разбором случаев и демонстрацией результатов  Закрепление теоретического материала – опрос *(вопросы представлены в ФОС).*  Решение ситуационных задач по теме *(задачи представлены в ФОС).* |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**   * подведение итогов занятия; * выставление текущих оценок в учебный журнал. |

**Средства обучения:**

- дидактические: *таблицы, рентгенограммы, видеофрагменты.*

- материально-технические: *мел, доска, негатоскоп, ноутбук, мультимедийный проектор (или плазменный экран).*

**Занятие 4.**

**Тема: Особенности урологии детского возраста.**

**Вид учебного занятия:** практическое занятие (6 часов).

**Цель:** Конкретизировать представления студентов об особенностях детской урологии, в частности, о роли ранней, в т.ч. пренатальной, диагностики аномалий мочевой системы для своевременной коррекции пороков, сохранения здоровья ребенка и повышения качества его жизни. Сформировать у студентов лечебного факультета умения проводить анализ отдельных симптомов урологической патологии для синтеза из этих симптомов и данных инструментального и лабораторного обследования больных целостного представления о заболевании или пороке развития почек и мочевых путей.

Акцентировать внимание студентов на необходимости тщательного поиска причин нарушения оттока мочи из почки на протяжении всех мочевых путей для их своевременной коррекции и профилактики инфекции мочевой системы.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков:** *тестирование (тестовые задания представлены в ФОС)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия.**  Микрокурация или обход больных в отделении уроандрологии с последующим разбором случаев и демонстрацией результатов обследования и лечения.  Закрепление теоретического материала – опрос *(вопросы представлены в ФОС).*  Решение ситуационных задач по теме *(задачи представлены в ФОС).* |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**   * подведение итогов занятия; * выставление текущих оценок в учебный журнал. |

**Средства обучения:**

- дидактические: *таблицы, рентгенограммы, результаты УЗИ и КТ.*

- материально-технические: *мел, доска, негатоскоп, ноутбук, мультимедийный проектор (или плазменный экран).*

**Занятие 5.**

**Тема. Особенности детского травматизма.**

**Вид учебного занятия:** практическое занятие (6 часов)

**Цель:** Расширить и конкретизировать представления студентов лечебного факультета об особенностях и видах переломов длинных трубчатых костей в детском возрасте. Актуализировать понятия: поднадкостничные переломы, эпифизеолизы, остеоэпифизеолизы, апофизеолизы и переломы по типу «зеленой веточки». Научить студентов визуализации данных переломов на рентгенограммах и дать представление о методах их лечения. Познакомить с заболеваниями костей, приводящих к возникновению патологических переломов.

Сформировать знания классификации повреждений дистального конца плечевой кости и проксимальных концов костей предплечья, механизма формирования этих повреждений. Научить рентгенодиагностике чрезмыщелковых переломов плечевой кости, переломов головки и шейки лучевой кости, повреждения Монтеджа. Научить диагностики и методу вправления подвывиха головки лучевой кости.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия |
| 1 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков:** *тестирование (тестовые задания представлены в ФОС)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия.**  Микрокурация больных в отделении травматологии и ортопедии с последующим разбором случаев и демонстрацией рентгенограмм.  Самостоятельная коллективная работа студентов – мозговой штурм (разбор набора рентгенограмм соответственно классификации переломов костей у детей). Анализ нормальных и патологических рентгенограмм локтевого сустава у детей различных возрастных групп.  Закрепление теоретического материала – опрос (вопросы представлены в ФОС). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**   * подведение итогов занятия; * выставление текущих оценок в учебный журнал. |

**Средства обучения:**

- дидактические: *таблицы, раздаточный материал (рентгенограммы);*

- материально-технические: *мел, доска, негатоскоп, ноутбук, мультимедийный проектор (или плазменный экран).*

**Элементы деонтологии, воспитания при обсуждении тем практических занятий**

Повышение качества и культуры медицинской помощи населению во многом определяется соблюдением принципов медицинской деонтологии. Деонтологическое воспитание и профессиональное обучение органически связаны. Трудно представить, чтобы морально-этические нормы, правила и требования существовали сами по себе, не вплетаясь в сложнейшую канву взаимоотношений врача с пациентом, с его семьей, родственниками, коллегами по работе.

Как во время лекций, так и на практических занятиях преподаватели кафедры стремятся воспитать у студентов чуткое и бережное отношение к больному ребенку, научить их с уважением относиться к родителям детей. Во время обходов и самостоятельной курации пациентов мы учим студентов как нужно правильно подойти к больному ребенку, чтобы вступить с ним в контакт, заслужить доверие, аккуратно, но тщательно обследовать его, не вызывая болезненных ощущений.

Во время теоретической части занятий разбирается ФЗ № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», в частности, статьи о добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство, об отказе от него, о законных представителях ребенка. Подробно разбирается вопрос о действиях врача при отказе от медицинской помощи.

Элементы медицинской этики и деонтологии в хирургии новорожденных имеют существенные особенности. Современная ультразвуковая техника позволяет еще в пренатальном периоде диагностировать многие пороки развития как внутренних органов, так и наружной локализации. Беременные уже на сроках 21 – 30 недель уже часто знают о имеющихся у плода пороках и консультируются у хирургов и генетиках о возможных исходах беременности, а также о вероятности развития пороков при последующих беременностях. при рождении ребенка, в частности, с атрезией пищевода, мать попадает в хирургическое отделение только после перевода дитя из отделения ИТАР. Согласие на медицинское вмешательство она дает, находясь еще в родильном доме. Именно от акушеров или неонатологов она должна получить информацию о характере порока у ее ребенка, наличии сопутствующих пороков, методах лечения и возможных исходах. мать необходимо предупредить о возможности выполнения только паллиативной операции (гастростомия, колостомия) с необходимым последующим специальным уходом, высокой вероятности летального исхода и пр. Иногда множественные пороки развития делают такого новорожденного инкурабельным. Особое внимание в хирургии новорожденным необходимо уделять и другим родственникам, в частности, бабушкам и дедушкам, которых интересуют причины возникновения порока, кто из родителей может быть «виновным» в этом. Нельзя жалеть времени и сил на беседы с родителями и родственниками новорожденных.