федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ**

по специальности

*31.05.01 Лечебное дело*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.05.01 Лечебное дело*

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от « 25 » марта 2016 года

Оренбург

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

**Модуль 1**. Эндоскопические и стационарозамещающие технологии в хтрургии

**Тема 1. «**Стационарозамещающие технологии в хирургии»

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** Научить студентов современным аспектам организации стационарозамещиющей помощи хирургическим больным, порядку работы центра амбулаторной хирургии, дневного стационара, стационара на дому, умению отбора и направления больных хирургическими заболеваниями на оперативное лечение в условиях поликлиники и стационара, порядку подготовки больных к плановому оперативному лечению в условиях хирургического отделения поликлиники и цента амбулаторной хирургии, умению заполнять документацию в учреждениях амбулаторно-поликлинического типа, выбору способа обезболивания при проведении плановых оперативных вмешательств в амбулаторных условиях, технике безопасности в операционном блоке, алгоритму хирурга при ВИЧ-аварийных ситуациях, должностным обязанностям хирурга поликлиники, послеоперационному ведению больных, прооперированных в амбулаторных условиях и стационара.

**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. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**1. Закрепление теоретического материала

*Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад*Вопросы:1. Стационарозамещающие технологии в хирургии, направления, перспективы развития.
2. Формы стационарозамещающей помощи населению.
3. Виды медицинской помощи в условиях различных подразделений стационарозамещающих форм.
4. Нормативная документация, регламентирующая трудовую и медицинскую деятельность в условиях стационарозамещающих технологий.
5. Функциональные обязанности хирурга в условиях стационарозамещающих технологий.
6. Экспертиза временной нетрудоспособности в условиях стационарозамещающей хиургической помощи населению.

Тестовые задания*Выберите один или несколько правильных ответов.*1. Функции листа нетрудоспособности1. юридическая
2. статистическая
3. финансовая
4. административная

2. При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе по заключению врачебной комиссии граждане направляются на медико-социальную экспертизу НЕ ПОЗДНЕЕ1. 4 месяцев от даты начала временной нетрудоспособности
2. 6 месяцев от даты начала временной нетрудоспособности
3. 10 месяцев от даты начала временной нетрудоспособности
4. 12 месяцев от даты начала временной нетрудоспособности

3. Листок нетрудоспособности выдается1. лицам, работающим по трудовым договорам
2. государственным гражданским служащим
3. учащимся образовательных учреждений высшего профессионального образования
4. учащимся учреждений послевузовского профессионального образования

4. ХИРУРГ ПОЛИКЛИНИКИ ВЫДАЕТ несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы1. всегда
2. если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности, занят у нескольких работодателей
3. если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности, занят у нескольких работодателей и в два предшествующие календарные года до выдачи листка нетрудоспособности был занят у тех же работодателей
4. если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности, занят у нескольких работодателей и в течение 1 предшествующего календарного года до выдачи листка нетрудоспособности был занят у тех же работодателей

5. При амбулаторном лечении заболеваний (травм) лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком ДО1. 7 дней
2. 10 дней
3. 15 дней
4. 30 дней

6. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается1. лечащим врачом
2. заведующим отделением
3. по решению врачебной комиссии
4. МСЭК

7. По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан1. до дня восстановления трудоспособности
2. до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев
3. в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций) - на срок не более 12 месяцев
4. с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 календарных дней

8. выдача и продление листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником1. не допускается
2. может осуществляться в исключительных случаях лечащим врачом
3. может осуществляться в исключительных случаях заведующим отделением
4. может осуществляться в исключительных случаях по решению врачебной комиссии

9. Выдача и продление листка нетрудоспособности за прошедшее время при обращении гражданина в медицинскую организацию или посещении его медицинским работником на дому1. не допускается
2. может осуществляться в исключительных случаях лечащим врачом
3. может осуществляться в исключительных случаях заведующим отделением
4. может осуществляться в исключительных случаях по решению врачебной комиссии

10. Записи в листке нетрудоспособности выполняются на русском языке печатными заглавными буквами чернилами1. черного цвета
2. синего цвета
3. красного цвета
4. фиолетового цвета

11. Записи в листке нетрудоспособности выполняются с применением1. печатающих устройств
2. гелевой ручки
3. капиллярной или перьевой ручки
4. шариковой ручки

12. При заполнении листка нетрудоспособности медицинскими работниками ошибки1. не допускаются
2. допускается не более 1 исправления
3. допускается не более 2 исправлений
4. исправления допускаются, при этом заверяются печатью лечащего врача

13. При наличии ошибок в заполнении листка нетрудоспособности он считается испорченным и взамен него оформляется1. повторный листок нетрудоспособности
2. продолжение листка нетрудоспособности
3. дубликат
4. первичный листок нетрудоспособности

14. при направлении больного на медико-социальную экспертизу хирург поликлиники оформляет форму1. 025/у-04
2. 030/у-04
3. 070/у-04
4. 088/у-06

15. ОДНА ДОЛЖНОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО ВРАЧА-ХИРУРГА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА1. 1 000 человек населения
2. 5 000 человек населения
3. 10 000 человек населения
4. 20 000 человек населения

16. Функции амбулаторного хирургического отделения1. оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным хирургическими заболеваниями
2. проведение мероприятий по профилактике развития хирургических заболеваний
3. проведение экстренных оперативных вмешательств при абдоминальной патологии
4. осуществление экспертизы временной нетрудоспособности больных хирургическими заболеваниями

17. На больных, взятых под диспансерное наблюдение, хирург поликлиники заполняется учетную форму1. 025/у-04
2. 030/у-04
3. 070/у-04
4. 088/у-06

18. учетная форма [N 030/у-04](#Par386) ЭТО1. медицинская карта амбулаторного больного
2. контрольная карта диспансерного наблюдения
3. талон амбулаторного пациента
4. направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь

19. учетная форма [N 025/у-04](#Par115) это1. медицинская карта амбулаторного больного
2. контрольная карта диспансерного наблюдения
3. талон амбулаторного пациента
4. направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь

20. учетная форма [N 088/у-06](#Par115) это1. медицинская карта амбулаторного больного
2. контрольная карта диспансерного наблюдения
3. талон амбулаторного пациента
4. направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь

 Темы для доклада1). Правила оформления электронного листка нетрудоспособности2). Диспансеризация хирургических больныхII. Отработка практических умений и навыков*Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач, оформление перечня нормативных документов по специальности*Ситуационные задачи**Задача №1** К хирургу поликлиники в понедельник обратился больной К., 25 лет с жалобами на боль, кровоподтеки, припухлость в области лица. Накануне, в выходной день был избит неизвестными на улице. Обратился к дежурному нейрохирургу приемного отделения травматологической больницы, который установил диагноз «ушиб мягких тканей лица», оказал помощь больному и выдал справку с указанием даты и времени обращения, диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи, признал больного нетрудоспособным и рекомендовал дальнейшее лечение у хирурга по месту жительства. Пациент в воскресенье выйти на работу не смог.ЗаданиЕ:Как правильно оформить листок нетрудоспособности хирургу поликлиники?**Задача № 2** Больной Сидорков И.И., работает на стройке, обратился к хирургу поликлиники 02.02.2016 с жалобами на боли и отек в области правого коленного сустава, в анамнезе отмечает травму несколько лет назад. Врач осмотрел больного и поставил диагноз «посттравматический артрит правого коленного сустава», назначил R-графию, консервативное лечение и признал больного нетрудоспособным с 02.02.2016 по 12.02.2016. Выписывая лист нетрудоспособности синими чернилами, врач указал фамилию пациента – Сидоров И.И., обнаружил свою неточность и подписал сверху букву «к».ЗаданиЕ:1) Оцените правильность оформления листка нетрудоспособности.2) Как правильно оформить лист нетрудоспособности в данной ситуации?**Задача № 3** К хирургу поликлиники 15.03 2016 обратился больной с жалобами на рану в области правого бедра, кровоподтеки, ссадины правой голени и предплечья. Отмечает, что травму получил в быту накануне, самостоятельно обработал велтосептом и раствором перекиси водорода 3%, к врачам в этот день обратиться не смог, плохо себя чувствовал, на работу не пошел и пропустил рабочую смену. Врач осмотрел больного, провел первичную хирургическую обработку раны под местной анестезией и признал пациента нетрудоспособным на неделю.ЗаданиЕ:1) Как правильно оформить лист нетрудоспособности, если больной получил травму накануне, а в медицинское учреждение обратился на следующий день.2) Назовите даты нетрудоспособности больного.**Задача № 4** К хирургу поликлиники обратилась больная с жалобами на наличие округлого безболезненного образования на спине плотно-тестоватой консистенции размерами 1,5х1,5 см, спаянное с дермой и смещаемое относительно подлежащих тканей. Врач осмотрел больную, поставил диагноз и рекомендовал плановое оперативное лечение в условиях поликлиники. Но пациентка начала сомневаться в необходимости оперативного лечения, мотивируя тем, что она работает в двух учреждениях и много теряет в заработной плате по месту работы по совместительству, где работает в течение года.ЗаданиЕ:1) Как выписать лист нетрудоспособности в данной ситуации?**Задача № 5** К хирургу поликлиники 10.01.2017 г. обратился больной М., 35 л. с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, t=38ºС. Из анамнеза: 4 дня назад поранил голень проволокой во время работы на даче. Объективно: в средней трети левой голени определяется инфильтрат 6х6см. с четкими границами, болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, определяется флюктуация.Врач признал больного нетрудоспособным и выписал листок нетрудоспособности с 10.01.2017 по 17.01.2017, затем ввиду необходимости лечения продлил листок нетрудоспособности с 18.01.2017 по 25.01.2017.ЗаданиЕ:1) Ваш предположительный диагноз?2) Оцените правильность оформления листка нетрудоспособности.**Задача № 6 (**К хирургу поликлиники обратился больной М., 30 лет с жалобами на боль в области раны верхней трети правого бедра. Из анамнеза: 1 час назад случайно в быту порезался стеклом. Объективно: в верхней трети правого бедра определяется рана 5х3 см., зияет, кровоточит. Врач выполнил ПХО раны, мероприятия по профилактике столбняка. При оформлении листка нетрудоспособности выяснилось, что пациент работает в течение 1 года по основному месту работы преподавателем медицинского ВУЗа, на условиях внешнего совместительства на 0,25 ставки в течение 3 лет врачом-терапевтом в больнице и на 0,25 ставки в течение 1,5 лет преподавателем медицинского колледжа.ЗАДАНИЕ:Как правильно хирургу поликлиники осуществить экспертизу временной нетрудоспособности пациента?Перечень документов, предлагаемых студентам для письменного оформления:1. Медицинская карта пациента, получающего амбулаторную помощь.
2. Талон пациента, получающего амбулаторную помощь
3. Листок нетрудоспособности
4. Направление на госпитализацию, консультацию
5. Карта диспансерного учета
6. Карта стационарного больного (для пациентов дневного стационара)

III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические проспекты и каталоги лекарственных средств, Лечебные амбулаторные карты и истории болезней пациентов, таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал

-материально-технические: мел, доска

**Тема 2. «**Организация работы дневного хирургического стационара»

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** Научить студентов порядку работы дневного стационара, умению отбора и направления больных хирургическими заболеваниями на лечение в условиях дневного стационара, умению заполнять документацию дневного стационара, должностным обязанностям хирурга дневного стационара, послеоперационному ведению больных, прооперированных в центре амбулаторной хирургии, формулировать основной и предварительный диагноз согласно МКБ-10, выбирать способ консервативного лечения при варикозном расширении вен нижних конечностей, ПТФБ, сопровождающихся хронической лимфовенозной недостаточностью, облитерирующем атеросклерозе, эндартериите, диабетической ангиопатии, сопровождающимися хронической артериальной недостаточностью, при хирургических заболеваниях ЖКТ и гепатобилиарной зоны – ПХЭС, ЖКБ.

**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. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**1. Закрепление теоретического материала

*Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад*Вопросы:1. Порядок оказания помощи в дневном хирургическом стационаре. Приказ N 438 от 09.12.1999г. "Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях". Документация дневного хирургического стационара.
2. Клиника, диагностика и лечение хронической артериальной недостаточности. Облитерирующий атеросклероз, эндартериит сосудов нижних конечностей. Клиника, диагностика и лечение больных с синдромом диабетической стопы. Классификация СДС.
3. Клиника, диагностика и лечение хронической венозной недостаточности. Варикозное расширение вен нижних конечностей, поверхностный и глубокий тромбофлебит, ПТФБ. Техника операций: флебэктомия, склеротерапия, ЭВЛО, криостриппинг,
4. Клиника, диагностика и консервативное лечение больных с ПХЭС.
5. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке на парентеральное введение лекарственных средств.

Тестовые задания1. При облитерирующим атеросклерозе сосудов нижних конечностей аторвастатин назначают в дозе:1) 2,5 мг в день2) 1200 мг в день3) 10-20 мг в день4) 75 мг в день2. Больному с синдромом Лериша назначен аторвастатин. Аторвастатин назначают под контролем:1. АлАТ, АсАТ2. МНО3. глюкозы крови4. СРБ3. Больному с атеросклерозом сосудов нижних конечностей пентоксифиллин назначают в дозе:1) 2,5 мг в день2) 1200 мг в день3) 10-20 мг в день4) 75 мг в день4. Больному с тромбозом глубоких вен варфарин назначают в дозе:1) 2,5- 5 мг в день2) 1200 мг в день3) 20 мг в день4) 75 мг в день5. Больному с варикозным расширением вен нижних конечностей клопидогрель назначают в дозе:1) 2,5 мг в день2) 1200 мг в день3) 10-20 мг в день4) 75 мг в день6. Больному с варикозным расширение вен нижних конечностей аспирин назначат в дозе:1) 2,5 мг в день2) 1200 мг в день3) 10-20 мг в день4) 75-150 мг в день7. Пациенту с патологией сосудов нижних конечностей назначен диосмин. К какой группе препаратов относят диосмин?1. антикоагулянт2. антиагрегант3. флеботоник4. статин8. Больному с варикозным расширением вен нижних конечностей диосмин назначают в дозе:1) 2,5 мг в день2) 75 мг в день3) 600 мг в день4) 10 мг в день9. Диосмин назначают при:1. хронической артериальной недостаточности2. хронической венозной недостаточности3. острой артериальной недостаточности4. сердечной недостаточности10. Диосмин назначают при:1. атеросклерозе сосудов нижних конечностей2. абсцесс бедра3. панариций4. варикозном расширении вен конечностей11.Факторы риска в развитии хронической венозной недостаточности:1. прием аспирина2. прием оральных контрацептивов3. прием диосмина4. прием пентоксифиллина12. На прием к хирургу поликлиники обратилась пациентка, чья наследственность отягощена по риску развития варикозного расширения вен нижних конечностей. Работает продавцом. Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете для профилактики развития ХВН:1. I класс2. II класс3. III класс4. IV класс13. К хирургу поликлиники обратилась женщина 25 лет, беременность 20 недель, отмечает тяжесть в ногах к концу дня. Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете для профилактики развития симптомов хронической венозной недостаточности. 1. I класс2. II класс3. III класс4. IV класс14. К хирургу поликлиники обратилась пациентка 50 лет, планирует оперативное вмешательство на матке. Видимых изменений со стороны вен нижних конечностей не выявлено. Какой класс компрессионного трикотажа на нижние конечности вы порекомендуете с целью профилактики тромбообразования во время операции под наркозом:1. I класс2. II класс3. III класс4. IV класс15. К хирургу поликлиники обратилась пациентка, после обследования врач установил диагноз: «Варикозное расширение вен нижних конечностей. ХВН С2s». Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете для прогрессирования симптомов ХВН:1. I класс2. II класс3. III класс4. IV класс16. К хирургу поликлиники обратилась женщина 25 лет., жалуется на тяжесть в ногах к концу дня, отеки. Принимает оральные контрацептивы. При осмотре врач выявил венозный рисунок на голенях. Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете:1. I класс2. II класс3. III класс4. IV класс17. Какой вид спорта противопоказан пациентам с варикозным расширением вен нижних конечностей.1. плавание2. велоспорт3. спортивная ходьба4. тяжелая атлетика18. Во время длительных авиаперелетов для профилактики тромбообразования в венах нижних конечностей вы порекомендуете:1. прием жидкости2. упражнения на сокращение мыщц голени3. прием апирина4. прием жидкости, упражнения на сокращение мыщц голени, прием апирина19. Пациенту с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей вы рекомендуете ЗОЖ - тренировочную ходьбу. Для чего?1. улучшает работу мышечной помпы2. улучшает работу клапанного аппарата3. улучшает развитие коллатералей4. замедляет формирование бляшки20. ВЫ - ВРАЧ ХИРУРГ ПОЛИКЛИНИКИ. ВАМ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ ПАЦИЕНТА НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР. ВЫ ЗАПОЛНИТЕ ФОРМУ:1. 025/у-04
2. 030/у-04
3. 057/у-04
4. 088/у-06
5. Отработка практических умений и навыков

*Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач*Ситуационные задачи:**Задача № 1 (тема ДС)**В дневной хирургический стационар поступил больной К 70 лет с жалобами на боли в ногах, возникающие при ходьбе на расстоянии 400 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать, зябкость ног. Много курит.Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/90 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, волосяной покров обеднен, пульсация на a. dorsalis pedis и а. tibialis posterior снижена.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар. 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту. 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.**Задача № 2 (тема ДС)**В дневной хирургический стационар поступила больная М 60 лет с жалобами на боли в правой нижней конечности, отеки на голени и стопе, возникающих к концу дня, судороги по ночам. Из анамнеза известно, что 1 год назад лечилась по поводу острых болей и выраженного отека в правой нижней конечности.Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: правая нижняя конечность увеличена в объеме + 2 см по сравнению с левой, в нижней трети правой голени по медиальной поверхности определяется язвенный дефект размерами 3х2 см, с налетом фибрина, отделяемое серозное.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар. 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту. 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.**Задача № 3 (тема ДС)**В дневной хирургический стационар поступил больной М., 65 лет с жалобами на боли в икроножных мышцах, возникающие при ходьбе на расстоянии 230 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать, парастезии, зябкость стоп. Страдает в течение 5 лет СД II типа.Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/90 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, кожа истончена, пульсация на a. dorsalis pedis и а. tibialis posterior снижена. На II пальце правой стопы по боковой поверхности определяется поверхностный язвенный дефект 1х1 см в переделах кожи, на дне его – налет фибрина.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар. 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту. 4. Выполните перевязку данному пациенту.**Задача № 4 (тема ДС)**В дневной хирургический стационар поступил больной Н., 30 лет с жалобами боли в ногах, возникающие при ходьбе на расстоянии 150 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать. Ранее отмечал в холодное время года, при длительной ходьбе, появление ощущения похолодания в I пальце стопы. Работает бурильщиком в условиях Крайнего Севера, курит до 15 сигарет в день.Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: кожные покровы нижних конечностей сухие, волосяной покров на передней поверхности голеней обеднен, ногтевые пластины ломкие, с участками онихомикоза, пульсация на a. dorsalis pedis практически не определяется. Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар. 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту. 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.**Задача № 5 (тема ДС)**В дневной хирургический стационар поступила больная К., 55 лет с жалобами на периодические боли в правом подреберье после приема жирной пищи. Из анамнеза: 5 лет назад пациентке выполнена холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита.Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, слабо безболезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар. 3. Заполните лист назначений в истории болезни данной пациентке. 4. Дайте рекомендации больной после выписки из ДС.**Задача № 6 (тема ДС)**В дневном хирургическом стационаре на лечении находится пациент с диагнозом «Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. ХАН II А ст». Больному назначено в/в капельное введение сулодексида, через 5 минут от начала введения препарата, пациент начал жаловаться на затрудненное дыхание, резкую слабость и головокружение. Процедурная медицинская сестра обратила внимание на бледность кожных покровов больного, измерила АД – 80/50 мм.рт.ст., PS 110 в минуту и пригласила врача.Задание: 1. Определите состояние пациента. 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические: проспекты и каталоги лекарственных средств, Лечебные амбулаторные карты и истории болезней пациентов, таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал

-материально-технические: мел, доска

**Тема 3. «**Организация работы стационара на дому**».**

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** Научить студентов умению диагностировать заболевания пациентов стационара на дому, лечению и профилактике пролежней, клинику асцита и технику лапароцентеза , формулировать основной и предварительный диагноз согласно МКБ-10, выбирать способ лечения, намечать план консервативного лечения, формулировать показания к оперативному лечению, проводить местную анестезию при оперативных вмешательствах у больных стационара на дому, определять план послеоперационного ведения и реабилитации больных, дифференциально составлять план местного лечения пролежней в зависимости от фазы раневого процесса, проводить перевязки больных стационара на дому

**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. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**1. Закрепление теоретического материала

*Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад*Вопросы:1. Порядок работы стационара на дому, функции стационара на дому.
2. Классификация, этиология, патогенез пролежней. Лечение пролежней
3. Профилактика пролежней.
4. Трофические язвы нижних конечностей. Патогенез трофических язв. Лечение трофических язв.
5. Асцит, этиология, патогенез, клиника. Техника лапароцентеза при асците.

Тестовые задания1. Пациент стационара на дому находится длительно на постельном режиме. В крестцовой области определяется постоянное красное пятно. У кажите стадию пролежня?1. первая2. вторая3. третья4 четвертая2. Пациент стационара на дому находится длительно на постельном режиме. В крестцовой области определяется некроз кожи. У кажите стадию пролежня?1. первая2. вторая3. третья4 четвертая3. Пациент стационара на дому находится длительно на постельном режиме. В крестцовой области определяется некроз кожи и подкожножировой клетчатки без вовлечения фасции. У кажите стадию пролежня?1. первая2. вторая3. третья4 четвертая4. Пациент стационара на дому находится длительно на постельном режиме. В крестцовой области определяется некроз кожи, подкожножировой клетчатки, мышц. У кажите стадию пролежня?1. первая2. вторая3. третья4 четвертая5. Для симптоматической терапии после операции в стационаре на дому по поводу абсцедирующего фурункула ибупрофен назначают в дозе: 1. 15 мг 1 раз в день2. 100 мг 2 раза в день3. 8 мг 2 раза в день4. 400 мг 2 раза в день6. Больному после вскрытия подкожного панариция в стационаре на дому назначен цефтриаксон. К какой группе препаратов относят цефтриаксон?1. антигистаминный препарат 2. антибиотик группы макролидов3. антибиотик группы бета-лактамов4. антибиотик группы фторхинолонов7. Больному после вскрытия абсцесса в стационаре на дому назначен ципрофлоксацин. К какой группе препаратов относят ципрофлоксацин?1. антигистаминный препарат 2. антибиотик группы макролидов3. антибиотик группы бета-лактамов4. антибиотик группы фторхинолонов8. Больному после вскрытия паранихия в стационаре на дому назначен азитромицин. К какой группе препаратов относят азитромицин?1. антигистаминный препарат 2. антибиотик группы макролидов3. антибиотик группы бета-лактамов4. антибиотик группы фторхинолонов9. Для симптоматической терапии после операции в стационаре на дому по поводу гидраденита больному назначен нимесулид. К какой группе препаратов относят нимесулид?1. антикоагулянт2. антиагрегант3. флеботоник4. НПВС10. Для симптоматической терапии после операции по поводу подкожного панариция больному назначен лоратадин. К какой группе препаратов относят лоратадин?1. антигистаминный препарат2. антиагрегант3. флеботоник4. НПВС1. Отработка практических умений и навыков

*Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач*Ситуационные задачи:**Задача № 1 (тема СнД)**Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 74 лет, с жалобами на наличие раны в области крестца. Из анамнеза известно, что 2 года назад больной перенес геморрагический инсульт, парализована правая рука и нога, находится на постельном режиме.Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: в области крестца определяется язвенный дефект 5х5 см, на всю толщу подкожно-жировой клетчатки без вовлечения фасции, отделяемое серозно-гнойное, по краям дефекта ткани тусклые, темно-серого цвета, местами с линией демаркации.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту. 3. Выполните перевязку больному.**Задача № 2 (тема СнД)**Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту К., 84 лет, с жалобами на наличие, незаживающего в течение 3 месяцев, язвенного дефекта по медиальной поверхности левой голени. Из анамнеза известно, что 5 лет назад больной перенес тромбофлебит глубоких вен левой голени. Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/100 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: левая голень + 2,5 см по сравнению с правой, по медиальной поверхности левой голени определяется язвенный дефект 5х5 см, отделяемое серозно-гнойное, на дне – фибрин, местами вялые грануляции.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту. 3. Выполните перевязку больному.**Задача № 3 (тема СнД)**Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту Н., 80 лет, которому выполнена ампутация правой нижней конечности на уровне в/3 бедра по поводу гангрены правой стопы на фоне облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Пациент находится на постельном режиме, подвижность его ограничена, аппетит плохой, родственники переживают, что у пациента могут возникнуть пролежни. Пациент курит по 10 сигарет в день.Объективно: телосложение пациента ниже среднего, кожные покровы сухие. дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание самостоятельное, стул не нарушен.Задание: 1. Оцените риск развития пролежней по шкале Ватерлоу. (шкала прилагается) 2. Дайте рекомендации родственникам по профилактике пролежней у больного. 3. Наметьте план мероприятий по диспансеризации больного. **Задача № 4 (тема СнД)**Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 78 лет, с жалобами на боль, припухлость в с/3 правого бедра, беспокоит в течение 5 суток. Из анамнеза известно, что пациент в течение 20 лет страдает СД II типа.Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: в области с/3 правого бедра определяется участок гиперемии 2х2 см, с гнойным стержнем в центре, кожа вокруг отечна, болезненна при пальпации, горячая на ощупь, определяется размягчении тканей.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Лечение больного. 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.**Задача № 5 (тема СнД)**Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 80 лет, с жалобами на увеличение живота. Из анамнеза известно, что пациент страдает циррозом печени, 3 месяца назад находился на стационарном лечении, тогда отмечал наличие черного стула.Объективно: состояние больного удовлетворительное, АД 130/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот увеличен в объеме, перкуторно – свободная жидкость в брюшной полости. Печень + 4 см из под края реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Лечение больного. 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.**Задача № 6 (тема СнД)**Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту К., 78 лет, ранее выписан из сосудистого отделения, где находился с жалобами на боль, припухлость, уплотнение в виде шнура по медиальной поверхности левой голени. Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: в области с/3 левой голени определяется участок 3х0,5 см плотной консистенции, практически безболезненный, кожа на этом участке слегка гиперпигментирована, гиперемии, отека нет.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Лечение больного. 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические: проспекты и каталоги лекарственных средств, Лечебные амбулаторные карты и истории болезней пациентов, таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал

-материально-технические: мел, доска

**Тема 4. «**Организация плановой оперативной помощи населению в условиях стационарозамещающих технологий»

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** Научить студентов умению диагностировать заболевания, нуждающихся в плановом оперативном лечении в условиях стационарозамещающих технологий, проводить физикальное обследование больных с паховыми, пупочными, грыжами белой линии живота, варикозным расширением поверхностных вен, доброкачественными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, формулировать основной и предварительный диагноз согласно МКБ-10, выбирать способ оперативного лечения больных с заболеваниями, формулировать показания к оперативному лечению, определять план послеоперационного ведения и реабилитации больных с заболеваниями, проводить диспансеризацию таких пациентов, намечать план консервативного лечения.

**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. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**1. Закрепление теоретического материала

*Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад*Вопросы:1. Предоперационный период, этапы. Предоперационное обследование плановых больных. Виды предоперационной подготовки больного, препараты для премедикации. Заполнение информированного согласия на операцию.
2. Подготовка хирурга к операции. Уровни деконтаминации рук. Техника мытья рук.
3. Обезболивание в амбулаторных условиях. Виды анестезии. Техника выполнения местной инфильтрационной и проводниковой анестезии.
4. Техника операций: флебэктомия, склеротерапия, ЭВЛО, криостриппинг, грыжесечение при паховой, пупочной, грыжи белой линии живота, удаление липомы, атеромы, папилломы, гигромы, фиброаденомы, лигирование геморроидальных узлов.
5. Послеоперационный период, осложнения и их профилактика.
6. Вич-аварийные ситуации, алгоритм действий при них. СанПин 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции»

Тестовые задания1. Больному, прооперированному по поводу паховой грыжи в условиях стационарозамещающих технологий мелоксикам назначают в дозе:1. 15 мг 1 раз в день2. 100 мг 2 раза в день3. 8 мг 2 раза в день4. 400 мг 2 раза в день2. Пациенту, прооперированному по поводу паховой грыжи в условиях стационарозамещающих технологий назначен ибупрофен. К какой группе препаратов относят ибупрофен?1. антибиотик2. НПВС3. антигистаминный препарат4. антикоагулянт3. Пациенту, прооперированному в Центре амбулаторной хирургии назначен ибупрофен, его суточная доза составляет?1. 2,5-5 мг2. 1200 мг3. 400 мг 2 раза4. 100 мг 2 раза4. Пациенту, прооперированному в Центре амбулаторной хирургии назначен ацеклофенак. К какой группе препаратов относят ацеклофенак?1. антибиотик2. НПВС3. антигистаминный препарат4. антикоагулянт5. Пациенту, прооперированному в Центре амбулаторной хирургии с левосторонней паховой грыжей назначен ацеклофенак, его суточная доза составляет?1. 2,5-5 мг2. 1200 мг3. 400 мг 2 раза4. 100 мг 2 раза 6. Какую учетную форму заполнит хирург для направления на госпитализацию на оперативное лечение в Центр амбулаторной хирургии?1. 025/у2. 030/у3. 057/у4. 027/у7. У больного пупочная грыжа. Какой метод анестезии используют?1. инфильтрационная2. по Оберсту-Лукашевичу3. спинальная анестезия4. наркоз8. Для инфильтрационной анестезии используют?1. новокаин 0.25%2. лидокаин 5%3. новокаин 5%4. наропин 7%9. Пациенту в качестве премедикации перед операции по поводу грыжи белой линии живот в ЦАХ назначен димедрол 1% -1,0 мл. К какой группе препаратов относят димедрол?1. антибиотик2. НПВС3. антигистаминный препарат4. антикоагулянт10. Грыжесечение по Лихтенштейну - это?1. пластика передней стенки пахового канала местными тканями2. пластика задней стенки пахового канала местными тканями3. пластика пупочного кольца4. пластика задней стенки пахового канала полипропиленовой сеткой1. Отработка практических умений и навыков

*Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач*Ситуационные задачи:**Задача № 1 (тема ОБ)**В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступила пациентка М, 45 лет с жалобами на тяжесть в ногах, отеки к вечеру на голенях и стопах, судороги по ночам. Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: на медиальной поверхности правой голени и бедра определяется варикозно-расширенные вены, пастозность голеней.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Предоперационная подготовка и обследование больного. 3.Напишите протокол операции, проведенной данной пациентке.**Задача № 2 (тема ОБ)**В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступил пациент Н, 40 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой паховой области, беспокоит в течении 1 года, возникло после подъема тяжестей.Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: в правой паховой области определяется опухолевидное образование 3х3см, мягкоэластической консистенции, вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок передается, дефект апоневроза 2,5см.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Предоперационная подготовка и обследование больного. 3.Напишите протокол операции, проведенной данному пациенту.**Задача № 3 (тема ОБ)**К хирургу поликлиники на плановое оперативное лечение поступил пациент К, 35 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в средней трети правого бедра, беспокоит в течении 10 лет, постепенно увеличивалось в размерах.Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: в средней трети правого бедра определяется образование 2х2 см, мягко-эластической консистенции, подвижное, безболезненное, кожа над ним не изменена.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Предоперационная подготовка и обследование больного. 3.Напишите протокол операции, проведенной данному пациенту.**Задача № 4 (тема ОБ)**В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступила больная К., 26 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой молочной железе, обследована в онкодиспансере – при гистологическом исследовании выявлен доброкачественный характер патологии.Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: в нижненаружном квадранте правой молочной железы определяется образование 2х2 см, плотной консистенции, подвижное, не спаяно с кожей, безболезненное, кожа над ним не изменена, регионарные лимфоузлы не пальпируются.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Предоперационная подготовка и обследование больной. 3.Напишите протокол операции, проведенной данной пациентке.**Задача № 5 (тема ОБ)**В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступил пациент М, 50 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в пупочной области, беспокоит в течении 3 месяцев, возникло после подъема тяжестей.Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: в пупочной области определяется опухолевидное образование 3х3см, мягкоэластической консистенции, вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок передается, дефект апоневроза 2,5см.Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. Предоперационная подготовка и обследование больного. 3.Напишите протокол операции, проведенной данному пациенту.**Задача № 6 (тема ОБ)**В ЦАХ во время планового грыжесечения при выполнении разреза подкожножировой клетчатки, хирургу в глаз струей попала кровь больного, при этом он случайно порезался скальпелем. Хирург снял перчатку, выдавил кровь из ранки, обработал 70% спиртом, одел стерильную перчатку и продолжил оперативное вмешательство.Задание: 1. Оцените действия хирурга. 2. Ваши действия.III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические: проспекты и каталоги лекарственных средств, Лечебные амбулаторные карты и истории болезней пациентов, таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал

-материально-технические: мел, доска

**Тема 5.** «Организация экстренной оперативной помощи населению в условиях стационарозамещающих технологий».

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** научить студентов умению диагностировать раны и хирургическую инфекцию мягких тканей в условиях поликлиники, проводить физикальное обследование больных с ранами и острой гнойной инфекции мягких тканей, кисти и пальцев, проводить дифференциальную диагностику ран и острой гнойной инфекции мягких тканей, кисти и пальцев с другими заболеваниями, формулировать основной и предварительный диагноз согласно МКБ-10, выбирать способ лечения ран и острой гнойной инфекции мягких тканей, кисти и пальцев, формулировать показания к оперативному лечению, выбирать способ обезболивания при оперативном лечении ран и острой гнойной инфекции мягких тканей, кисти и пальцев, определять план послеоперационного ведения и реабилитации больных с ранами и острой гнойной инфекции мягких тканей, кисти и пальцев.

**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. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**1. Закрепление теоретического материала

*Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад*Вопросы:1. Оперативное и консервативное лечение больных с острой гнойной хирургической инфекцией. Способы обезболивания в условиях стационарозамещающей хирургической помощи.
2. Лечение гнойных ран по фазам раневого процесса.
3. Клиника, диагностика и лечение хирургической инфекции мягких тканей I и II уровня (D.H. Ahrenholz, 1991) – фурункула, карбункула, гидраденита, рожистого воспаления, эризипелоида, абсцесса, флегмоны.
4. Клиника, диагностика и лечение лимфангиита, лимфаденита. Тактика хирурга поликлиники.
5. Клиника, диагностика и лечение различных форм панариция в условиях стационарозамещающих технологий. Анатомия кисти.
6. ПХО ран, показания, ход операции.
7. Экстренная профилактика столбняка. Приказ N 174 от 17.05.1999 "О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка".

Тестовые задания1. Больному после вскрытия абсцесса бедра назначен цефтриаксон. К какой группе препаратов относят цефтриаксон?1. антигистаминный препарат 2. антибиотик группы макролидов3. антибиотик группы бета-лактамов4. антибиотик группы фторхинолонов2. Больному после вскрытия флегмоны кисти назначен ципрофлоксацин. К какой группе препаратов относят ципрофлоксацин?1. антигистаминный препарат 2. антибиотик группы макролидов3. антибиотик группы бета-лактамов4. антибиотик группы фторхинолонов3. Больному после вскрытия подкожного панариция назначен азитромицин. К какой группе препаратов относят азитромицин?1. антигистаминный препарат 2. антибиотик группы макролидов3. антибиотик группы бета-лактамов4. антибиотик группы фторхинолонов4. Больному после вскрытия флегмоны бедра цефтриаксон назначают в дозе:1. 1 гр в день2. 2,5 мг в день3. 10 мг в день4. 100 мг дважды в день5. Для симптоматической терапии после операции по поводу хирургической инфекции мягких тканей больному назначен мелоксикам. К какой группе препаратов относят мелоксикам?1. антикоагулянт2. антиагрегант3. флеботоник4. НПВС6.Для симптоматической терапии после операции по поводу хирургической инфекции мягких тканей больному назначен лоратадин. К какой группе препаратов относят лоратадин?1. антигистаминный препарат2. антиагрегант3. флеботоник4. НПВС7. Пациент жалуется на боль, припухлость, покраснение околоногтевого валика II пальца правой кисти. Диагноз?1. панариций2. паранихий3. пандактилит4. флегмона пальца8.Пациент жалуется на боль, припухлость, покраснение на дистальной фаланге ладонной поверхности III пальца левой кисти. Болен в течение 4 дней. Диагноз?1. панариций2. паранихий3. пандактилит4. флегмона пальца9. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:1. температура >39ºС2. температура <35ºС3. температура >38ºС и <36ºС4. температура >40ºС10. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:1. брадикардия < 60 в минуту2. брадикардия < 50 в минуту3. тахикардия > 80 в минуту4. тахикардия > 90 в минуту11. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:1. тахипное >16 в минуту2. тахипное >18 в минуту3. тахипное >20 в минуту4. тахипное >22 в минуту12. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:1. лейкоцитоз >10\*10⁹/л2. лейкопения <3\*10⁹/л3. лейкоцитоз >12\*10⁹/л и лейкопения <4\*10⁹/л4. лейкопения <2\*10⁹/л13. Пациент получил инфицированную рану. Полный курс профилактических прививок от столбняка проведен менее 5 лет назад. Как проведут экстренную профилактику от столбняка?1. вакцинация не проводится2. АС 0,5 мл3. АС 1 мл4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ14. Пациент получил инфицированную рану. Полный курс профилактических прививок от столбняка проведен более 5, но менее 10 лет лет назад. Как проведут экстренную профилактику от столбняка?1. вакцинация не проводится2. АС 0,5 мл3. АС 1 мл4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ15. Пациент получил инфицированную рану. Полный курс профилактических прививок от столбняка проведен более 10 лет лет назад. Как проведут экстренную профилактику от столбняка?1. вакцинация не проводится2. АС 0,5 мл3. АС 1 мл4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ16. Военнослужащий получил инфицированную рану. Сведений о прививках от столбняка нет. Как проведут экстренную профилактику от столбняка?1. вакцинация не проводится2. АС 0,5 мл3. АС 1 мл4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ17. При вскрытии внутрикожного панариция используют следующий метод анестезии:1. инфильтрационная анестезия2. по Лукашевичу-Оберсту3. общая анестезия4. без анестезии18. При вскрытии подкожного панариция используют следующий вид анестезии:1. инфильтрационная анестезия2. по Лукашевичу-Оберсту3. общая анестезия4. без анестезии19. При вскрытии паранихии используют следующий вид анестезии:1. инфильтрационная анестезия2. по Лукашевичу-Оберсту3. общая анестезия4. без анестезии20. Пациенту вскрыли абсцесс правого бедра. Установили пассивный дренаж. Выберите, что относят к пассивному дренажу.1. марлевая турунда2. резиновая полоска3. ирригационная система4. вакуум-аспирационная система1. Отработка практических умений и навыков

*Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач*Ситуационные задачи:**Задача № 1 (тема ХИМТ)**К хирургу поликлиники в в сентябре 2016г., обратился больной М., 46 л с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, t=38ºС. Из анамнеза: 4 дня назад поранил голень проволокой во время работы на даче. Объективно: в средней трети левой голени определяется инфильтрат 20х6см., болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, определяется флюктуация.Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Тактика хирурга? 3) Каков объем по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок: АДС-М 0,5мл в 1997, АДС-М 0,5 мл в июне 2009г., АДС-М 0,5 мл в июле 2009г., АДС-М 0,5 мл в январе 2010г.**Задача № 2 (тема ХИМТ)**К хирургу поликлиники в июне 2016г. обратился больной К., 36 г. с жалобами на припухлость в области раны и боль правого плеча, t= 37,9ºC. Из анамнеза: 4 дня назад в быту получил рану плеча, лечился самостоятельно. Объективно: на передней поверхности правого плеча в нижней трети имеется рана 2х2 см, глубиной до 1 см с умеренным серозно-гнойным отделяемым, кожа вокруг раны гиперемирована, отечна, горячая на ощупь, проксимальнее раны – “дорожка” гиперемии в виде сеточки, подмышечные лимфоузлы справа увеличены, болезненны, мягкой консистенции, кожа над ними не изменена.Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Тактика хирурга? 3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок: АДС-М 0,5 мл в 1996г, АДС-М 0,5 мл в марте 2012г., АДС-М 0,5 мл в апреле 2012г., АДС-М 0,5 мл в сентябре 2013г.**Задача № 3 (тема ХИМТ)**К хирургу поликлиники в октябре 2016г., обратился подросток 16 лет с жалобами на сильные боли во II пальце левой кисти, от которых не смог уснуть предыдущую ночь. Из анамнеза: 5 дней назад занозил палец щепкой, самостоятельно ее удалил, обработал спиртом, 3 дня назад появились припухлость, гиперемия, болезненность II пальца левой кисти. Объективно: ногтевая фаланга на ладонной поверхности II пальца левой кисти отечна, гиперемирована, горячая на ощупь, при пальпации пуговчатым зондом определяется локальная болезненность, размягчение тканей на участке 0,5х0,3 см.Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Тактика хирурга? 3) Последняя прививка АДС-М 0,5 мл. была в мае 2006г. Ваши мероприятия по профилактике столбняка?**Задача № 4 (тема ХИМТ)**Больной К., 41 год обратился в ноябре 2016г., к хирургу поликлиники с жалобами на боль в области резаной раны левого бедра.Из анамнеза: 1 час назад на улице был ранен ножом неизвестным.Объективно: в с/3 левого бедра рана 3х2 см с ровными краями, кровоточит.Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Тактика хирурга? 3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:АДС-М 0,5 мл в 1991г., АДС-М 0,5 мл в 2001г., АДС-М 0,5 мл в июне 2012г.,АДС-М 0,5 мл в июле 2012г..**Задача № 5 (тема ХИМТ)**К хирургу поликлиники в феврале 2016г., обратился больной Н., 39 лет с жалобами на боль, покраснение, припухлость правой голени, t=39ºС. Из анамнеза: неделю назад ушиб правую стопу керамической плиткой на стройке, рану 0,5х1 см обработал 5% иодом, наложил повязку, к врачам не обращался. Объективно: на тыле стопы рана 0,5х1 см со скудным серозным отделяемым, в средней трети правой голени определяется гиперемия с четкими, неровными краями, как «языки пламени», голень увеличена в объеме, горячая на ощупь, при пальпации - болезненность.Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Тактика хирурга? 3) В чем заключается профилактика столбняка, если больной получил: АДС-М 0,5 мл в июне 2004г, АДС-М 0,5 мл в январе 2015г.?**Задача № 6 (тема ХИМТ)**К хирургу поликлиники в декабре 2016г. обратился военнослужащий К.,40 лет с жалобами на боль, покраснение вокруг раны левого предплечья, полученную в результате термического ожога 4 дня тому назад. Объективно: в средней трети левого предплечья имеется рана 3х4 см с гнойным отделяемым, кожа вокруг раны на участке 10х8 см гиперемирована, отечна, горячая на ощупь, определяется болезненность при пальпации, t=39,2ºС.Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Тактика хирурга? 3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если сведений о прививках у больного нет.III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические: проспекты и каталоги лекарственных средств, Лечебные амбулаторные карты и истории болезней пациентов, таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал

-материально-технические: мел, доска

**Тема 6.** «История эндоскопии, обзор основных эндоскопических методов диагностики и лечения, оборудование и инструменты. Диагностическая и лечебная эндоскопия».

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** Научить студентов современным основам эндоскопической и минимально инвазивной хирургии, порядку работы эндоскопического отделения, умению отбора и направления больных с хирургическими заболеваниями на оперативное лечение в условиях стационара, порядку подготовки больных к плановому оперативному лечению, умению заполнять документацию, выбору способа обезболивания при проведении плановых оперативных вмешательств при эндоскопических и минимально инвазивных операциях, технике безопасности в операционном блоке, алгоритму хирурга при ВИЧ-аварийных ситуациях, должностным обязанностям хирурга стационара, послеоперационному ведению больных, перенесших эндоскопические и минимально инвазивные операциив.

**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. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**1. Закрепление теоретического материала

*Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад*Вопросы:1. Исторический обзор.
2. Инструменты для эндоскопии и лапароскопии.
3. Обработка и стерилизация инструментов.
4. Общие принципы эндоскопических вмешательств.
5. Ларингоскопия
6. Бронхоскопия
7. Медиастиноскопия
8. Эзофагоскопия
9. Гастродуоденоскопия, биопсия, осмотр БДС
10. Гастродуоденоскопия кровотечений, эндоскопические при-знаки ГДК, эндоскопические способы гемостаза.
11. Ректороманоскопия
12. Колоноскопия
13. Гистероскопия

III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические: проспекты и каталоги лекарственных средств, Лечебные амбулаторные карты и истории болезней пациентов, таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал

-материально-технические: мел, доска

**Тема 7.** «Эндоскопическая и минимально инвазивная хирургия при лечении заболеваний поджелудочной железы».

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** Закрепить знания по хирургической анатомии и физиологии поджелудочной железы, полученные на предыдущих курсах. Расширить объем информации о клинических проявлениях различных заболеваний поджелудочной железы с разбором представленных на микрокурацию больных; уточнить методы лабораторных исследований функции под-желудочной железы, специальных исследований (РХПГ, рентгенологические и эндоскопические методы диагностики, компьютерная томография, ЯМР, УЗИ). Разобрать дифференциальную диагностику. Усвоить вопросы консервативного лечения, ознакомиться с основными операциями (радикальными и паллиативными) применяемых у больных. Познакомить студентов с медицинской документацией и организацией амбулаторной помощи больным с различными заболеваниями поджелудочной железы, научить в условиях поликлиники методике сбора анамнеза, обследования больных, закрепить навыки выполнения перевязок, познакомить с принципами проведения врачебной трудовой экспертизы, правилами оформления и выдачи больничных листов, принципами организации диспансерного наблюдения за больными.

**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. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**1. Закрепление теоретического материала

*Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад*Вопросы:1. Хирургическая анатомия поджелудочной железы.2. Клиническая симптоматика заболеваний поджелудочной железы.3. Лабораторная диагностика заболеваний поджелудочной железы (исследование внешней и внутренней секреции поджелудочной железы, определение маркеров опухолей поджелудочной железы).4. Лучевые методы исследования поджелудочной железы.5. Классификация, патогенез, симптоматика острого панкреатита.6. Консервативная терапия острого панкреатита.7. Показания к хирургическому лечению острого панкреатита. 8. Основные методы оперативного лечения острого панкреатита.9. Классификация кист ПЖ. Стадии формирования кисты по Карагюляну. 10. Клиническая картина кист ПЖ.11. Показания к хирургическому лечению кист ПЖ. 12. Наружное и внутреннее дренирование, радикальные и паллиативные операции.III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические: проспекты и каталоги лекарственных средств, Лечебные амбулаторные карты и истории болезней пациентов, таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал

-материально-технические: мел, доска

**Тема 8.** «Эндохирургия желчного пузыря и желчных протоков».

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** Определить различные осложнения желчно-каменной болезни (ЖКБ), уточнить причины их развития, патогенез, классификацию, подробно разобрать клинику различных осложнений ЖКБ, выяснить возможности клинико-лабораторных, рентгенологических, эндоскопических методов исследования и определить оптимальный алгоритм использования этих исследований при различных состояниях (осложненный холеистит, перитонит, абсцессы, свищи, печеночная недостаточность, холангит, панкреатит и др.). Разобрать дифференциальную диагностику этих заболеваний, определить лечебную тактику при этих осложнениях ЖКБ, детально разобрать возможности эндоскопических методов диагностики и лечения, определить сроки и характер оперативных вмешательств при различных осложнениях ЖКБ, разобрать оперативные доступы, радикальные и паллиативные вмешательства, предоперационную подготовку и особенности послеоперационного ведения этой категории больных.

**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. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**1. Закрепление теоретического материала

*Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад*Вопросы:1. Этиология и патогенез ЖКБ.2. Эпидемиология ЖКБ.3. Хирургическая анатомия печени, желчных путей и поджелудочной железы.4. Нормальная физиология органов панкреатобилиарной зоны, патофизиологические изменения при ЖКБ и ее осложнениях5. Классификация ЖКБ и ее осложнений.6. Клиника различных осложнений калькулезного холецистита.7. Клиника холангита.8. Клиника механической желтухи.9. Клиника холецистопанкреатита.10. Клиника стриктур желчевыводящих путей.11. Клиника наружных и внутренних желчных свищей.12. Клиника печеночной недостаточности.13. Диагностика осложнений ЖКБ.14. Лабораторно-инструментальная ЖКБ, диагностика осложнений ЖКБ. 15. Эндоскопическая диагностика осложнений ЖКБ.16. Консервативное лечение ЖКБ и ее осложнений.17. Хирургические и эндоскопические методы лечения ЖКБ и ее осложнений.III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические: проспекты и каталоги лекарственных средств, Лечебные амбулаторные карты и истории болезней пациентов, таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал

-материально-технические: мел, доска

**Тема 9.** «Эндоскопические и минимально инвазивные операции при лечении грыж передней брюшной стеки и диафрагмы».

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** Выяснить знания студентов по топографической анатомии паховой, бедренной, пупочной областей. Разобрать клинику, диагностику грыж различных локализаций и их осложнения, тактику ведения больных осложненными грыжами на догоспитальном этапе: при осмотре на дому, в амбулатории. Разобрать и закрепить лечебно-диагностическую тактику при этой патологии в условиях стационара, обратить внимание на тактико-технические ошибки и меры их профилактики. Разобрать принципы хирургических операций при различных осложнениях грыж и принципы ведения послеоперационного периода.

**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. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**1. Закрепление теоретического материала

*Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад*Вопросы:1. Строение передней брюшной стенки, пахового и бедренного каналов, пупочного кольца, анатомию кишечника;2. Этиология и патогенез грыж передней брюшной стенки;3. Классификация грыж по происхождению, локализации, клиническому течению, анатомию грыжевого мешка;4. Клиническая картина грыж различной локализации;5. Диагностика грыж передней брюшной стенки, методы обследования больных;6. Дифференциальная диагностика грыж передней брюшной стенки;7. Осложнения грыж: невправимость, ущемление, воспаление, флегмона грыжевого мешка;8. Механизмы и виды ущемления грыж, особенности оперативного лечения ущемленных грыж;9. Критерии жизнеспособности ущемленной кишки, техника и границы ее резекции;10. Тактика хирурга при самопроизвольно и насильственно вправленной ущемленной грыже;11. Врожденные и приобретенные, косые и прямые паховые грыжи, консервативное и оперативное лечение, пластика передней и задней стенок пахового канала;12. Особенности диагностики и лечения при врожденной грыже, скользящей грыже;13. Анатомия бедренного канала, хирургическое лечение бедренных грыж бедренным и паховым способами; 14. Анатомия пупочной области, грыжи белой линии живота, операции Мейо, Сапежко, Лексера, Грекова;15. Ненатяжные и эндоскопические методы лечения грыж передней брюшной стенки;16. Рецидивные и послеоперационные грыжи, этиология, диагностика, принципы лечения;17. Осложнения во время грыжесечения и в раннем послеоперационном периоде, ведение больных в послеоперационном периоде;18. Классификация осложнений (ранние и поздние), причины;19. Синдром “малого живота”. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика;20. Клиника и лечение различных осложнений;21. Профилактика осложнений при грыжесечении.III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические: проспекты и каталоги лекарственных средств, Лечебные амбулаторные карты и истории болезней пациентов, таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал

-материально-технические: мел, доска

**Тема 10.** «Эдноскопические и минимально инвазивные методы лечения язвенной болезни желудка и ДПК».

**Вид учебного занятия**: практическое занятие

**Цель:** Закрепить знания студентов по хирургической анатомии желудка и клиническим проявлениям осложнений язвенной болезни желудка и ДПК, полученным на предыдущих курсах, расширить объем информации о клинических проявлениях этих заболеваний с разбором на микрокурации больных; уточнить методы специальных исследований, применяемых для диагностики (рентгенография, ФГДС); разобрать дифференциальную диагностику данных заболевантй; освоить хирургическую и лечебную тактику в случае выявления данной патологии у больных; ознакомиться с основными операциями (радикальными и паллиативными), применяемыми у больных.

**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. (***письменный опрос, тестирование)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**1. Закрепление теоретического материала

*Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад*Вопросы:1. Анатомо-физиологические сведения о желудке и 12-перстной кишке;2. Классификация осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;3. Рубцовые деформации желудка и ДПК, пилородуоденальный стеноз. Патогенез. 4. Нарушения обменных процессов при пилородуоденальном стенозе.5. Клиника пилородуоденального стеноза.6. Диагностика и диф. диагностика пилородуоденального стеноза.7. Принципы консервативного лечения, предоперационной подготовки, методы операций.8. Перфоративная язва желудка и ДПК. Классификация прободений. Стадии прободения, клиника.9. Диагностика, диф. диагностика, прикрытые перфорации.10. Принципы оперативного лечения.11. Гастродуоденальное кровотечение. Клиника. Степени тяжести кровопотери.12. Диагностика. Степени угрозы рецидива ГДК по Forrest. Диф. диагностика.13. Консервативное лечение. Эндоскопические методы гемостаза.14. Показания к операции. Способы оперативного лечения.III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций). |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические: проспекты и каталоги лекарственных средств, Лечебные амбулаторные карты и истории болезней пациентов, таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал

-материально-технические: мел, доска