

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ
ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

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

1. Методические рекомендации к лекционному курсу

Модуль № 1: Амбулаторная хирургия

Лекция №1.

Тема: «Стационарозамещающие технологии в хирургии»

Цель: закрепление и расширение спектра знаний студентов по проблеме организации оказания амбулаторной хирургической помощи населению формирование и освоение основ профессиональной компетентности применительно к изучаемому разделу.

Аннотация лекции

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития РФ, одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи. От системы здравоохранения на современном этапе общество ожидает результативного противостояния тенденции роста смертности, особенно в трудоспособном возрасте, обеспечения доступа к медицинским услугам для неимущих и социально уязвимых групп, обеспечения безопасности и качества обслуживания пациентов, содействия реализации принципов здорового образа жизни.

В соответствии с “Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ”, которая одобрена правительством в 1997 году, в целях повышения эффективности использования ресурсов здравоохранении предусмотрена реорганизация медицинской помощи, позволяющая сократить длительность госпитального этапа перераспределить часть объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный.

Амбулаторно – поликлинический этап является основным при оказании медицинской помощи населению, а с учетом того, что до 70% обратившихся в учреждения составляют больные, не нуждающиеся стационарной медицинской помощи, вопросы совершенствования амбулаторной помощи представляются особенно актуальными. Сложившаяся ситуация остро ставит вопрос о необходимости более рационального соотношения амбулаторно – поликлинический и стационарной помощи. В современных условиях приоритетным направлением является расширение внебольничной квалифицированной хирургической помощи за счет внедрения новых организационных форм и прогрессивных технологий.

Отечественный и зарубежный опыт показывает, что в настоящее время до 50-55% плановых хирургических операций, целый ряд сложных диагностических исследований, а также комплексное консервативное лечение больных хирургического профиля можно выполнить в амбулаторно – поликлинических

условиях, при этом перечень оперативных вмешательств включает целый ряд гинекологических, ортопедических вмешательств, флебэктомий при варикозной болезни вен нижних конечностей, операций по поводу наружных грыж живота и оказание медицинской помощи больным с гнойно-воспалительными заболеваниями.

Перенос центра тяжести оказания медицинской помощи со стационарного на амбулаторно – поликлинический этап требует внедрения приоритетных, научно обоснованных форм организации работ медицинской помощи. Медицинская помощь, оказываемая с применением стационарозамещающих технологий, способствует улучшению качества жизни, поддержанию достаточного комфортного психоэмоционального состояния пациентов, представляющих, в первую очередь, активную трудоспособную часть населения. Больные считают амбулаторные хирургические центры комфортабельными и приспособленными к их потребностям. Амбулаторные хирургические центры приобретают репутацию центров высокого качества обслуживания, и она все больше возрастает. Дальнейшее развитие стационарозамещающих технологий в хирургии необходимо для совершенствования хирургической помощи обслуживаемому контингенту, повышение ее качества и доступности, активной профилактики и своевременного лечения хирургических больных, внедрение в практику современных методов диагностики и лечения, рационального использования коечного фонда и экономии значительной части материальных средств.

В то же время повышение качества оказания медицинской помощи населению на различных этапах применительно к хирургии требует решения ряда организационных проблем.

Функции амбулаторного хирургического отделения (кабинета) медицинской организации: оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным хирургическими заболеваниями; проведение мероприятий по профилактике развития хирургических заболеваний, осложнений и прогрессирующего течения хирургических заболеваний; отбор и направление в установленном порядке больных хирургическими заболеваниями на стационарное лечение в хирургические отделения медицинских организаций для оказания специализированной медицинской помощи; при выявлении заболеваний, требующих оказания высокотехнологичной медицинской помощи, осуществляет направление больных в соответствии с установленным порядком; осуществление экспертизы временной нетрудоспособности больных хирургическими заболеваниями; участие в организационно-методической и практической работе по диспансеризации населения; проведение периодических медицинских осмотров профессиональных контингентов; разработка и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению; внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения больных хирургическими заболеваниями; ведение учетной и отчетной документации, представление отчетов о своей деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством; диспансерный учет и динамическое наблюдение больных хроническими хирургическими заболеваниями.

В учреждениях амбулаторно-поликлинического типа используются следующие организационные этапы планового оперативного лечения больных с хирургическими заболеваниями: 1 этап: это первичный осмотр, предоперационное

обследование пациентов и определение показаний к операции. Огромное значение в хирургическом центре имеют деонтологические аспекты работы – умение хирурга войти в доверие к пациенту. От этого зависит настрой больного на хороший результат, появляется уверенность в качестве проводимого лечения и его исходе, спокойствие перед операцией и в дальнейшем нахождение дома. Обследование пациента предусматривает определенный диагностический минимум, необходимый для оперативного лечения – ОАК, ОАМ, свертывающая система крови, RW, HBS-Ag, ЭКГ, флюорография, осмотр стоматолога, ЛОР - врача, гинеколога и терапевта, при необходимости проводятся дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования и осмотр «узких» специалистов. Показание к оперативному лечению остаются одним из сложных вопросов в амбулаторной хирургии. При выполнении операций достаточной сложности в амбулаторных условиях всегда присутствует ситуационный риск, который не должен приближаться и превышать риск стационарной хирургии. Требование к оценке общего состояния пациента резко возрастает. Следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний и возможности адаптационных реакций организма, которые в домашних условиях после операции способны принять отрицательный характер. Поэтому сопутствующие заболевания должны находиться у больных в стадии компенсации и субкомпенсации. Следующим важным методом при отборе пациентов для оперативного лечения является их психо-эмоциональное состояние. Если в поведении пациента прослеживаются элементы истерии, неврастения, ипохондрии, при которых вероятность последующей неудовлетворенности оперативным лечением в амбулаторном центре может быть высокой, следует отказаться от операции в амбулаторных условиях и госпитализировать в стационар, где осуществляется непрерывный контроль за ходом лечения. В конечном итоге, пациент должен самостоятельно принять решение в каких условиях ему оперироваться. Уговаривать больного на операцию в условиях центра амбулаторной хирургии нельзя. Другим важным аспектом является высокий культурно-социальный статус пациентов, необходимый для адекватного самоконтроля за самочувствием и соблюдением всех рекомендаций хирурга в послеоперационном периоде дома, поскольку от этого зависит исход лечения.

Планируя оперативное лечение конкретного больного, всегда учитывается, чтобы продолжительность и объем вмешательства не превышал возможности адекватного местного обезболивания или кратковременного наблюдения при спинномозговой или внутривенной анестезии.

Кроме того, необходимо предусмотреть возможность госпитализации больного, при необходимости из дома в стационар, поэтому обязательным условием является наличие телефонной связи с больным и проживание с ним родственников. 2 этап: это подготовка больного к хирургическому лечению. Во-первых, это психологическая подготовка больного, результатом которой является заполнение письменного информированного согласия пациента на операцию. Во-вторых, это соматическая подготовка пациента, в качестве которой проводится санация очагов хронической инфекции. И третье – это непосредственная подготовка к операции, в этом во многом могут помочь квалифицированные медицинские сестры хирургического центра, которые разъясняют пациентам как правильно подготовиться к операции дома. Это подготовка операционного поля – накануне

вечером гигиенический душ и смена белья, утром так же душ и удаление, при необходимости волосяного покрова в зоне операционного поля, преимущественно депиляционными кремами. Недопустимо бритье поля накануне вечером или даже за несколько дней до операции, поскольку это приводит к возникновению ссадин и гнойничков. Вечером пациентам разрешается легкий ужин и после 20.00 нечего не есть. Утром не принимать пищу, не пить, не курить. Для подготовки кишечника удобно использовать в домашних условиях фортранс. На ночь пациент принимает снотворное. Уже непосредственно в палате дневного стационара перед операцией медсестра проводит премедикацию. Больного одевают в хирургическое белье – одноразовую сорочку, шапочку, бахилы и доставляют в операционный зал. *3 этап:* это само оперативное лечение. Все операции сопровождаются гистологическим исследованием. По окончании операции хирург должен записать протокол операции в амбулаторную карту или историю болезни (в случае нахождения пациента в дневном стационаре) больного. В протоколе операции должны быть отмечены: дата выполнения операции, вид обезболивания, продолжительность операции, точно и достаточно подробно описаны обнаруженные патологические изменения, ход произведенной операции и ее осложнения. *4 этап:* это ведение раннего послеоперационного периода в дневном стационаре. Уход за больным осуществляет квалифицированный средний медицинский персонал, пациент доставляется в палату на каталке, укладывается на кровать, застланную чистым бельем, на послеоперационную рану – пузырь со льдом, проводится мониторинг пульса, АД, ЧДД, температуры, контроль за повязкой. Больной отдыхает в палате в течение 3-5 часов, повторно осматривается оперирующим хирургом, анестезиологом, проводится перевязка. *5 этап:* транспортировка больного домой, осуществляется собственным транспортом, в сопровождении медицинской сестры, которая имеет набор для оказания неотложной помощи. *6 этап:* наблюдение в стационаре на дому. Пациента посещает врач стационара на дому, а при необходимости, оперирующий хирург и медицинская сестра, производится осмотр больного, перевязки. *7 этап:* амбулаторное долечивание в хирургическом отделении поликлиники.

Форма организации лекции: информационная (традиционная)

Методы обучения, применяемые на лекции: *1) словесные:* объяснение, разъяснение, рассказ, беседа, инструктаж; *2) наглядные:* иллюстрация, демонстрация

Средства обучения:

- дидактические: презентация
- материально-технические: мультимедийный проектор

Лекция № 2.

Тема: «Лечение заболеваний периферических сосудов в условиях поликлиники»

Цель: закрепление и расширение спектра знаний студентов по проблеме лечения заболеваний периферических артерий и вен в амбулаторных условиях, осложнениях заболеваний, тактике хирурга поликлиники, реабилитации больных и профилактике хронической артериальной и венозной недостаточности освоение основ профессиональной компетентности применительно к изучаемому разделу.

Аннотация лекции

Хроническая венозная недостаточность – комплекс клинических признаков и симптомов, обусловленных венозной гипертензией вследствие нарушения оттока крови из вен нижних конечностей. Факторы риска: наследственность, женский пол, возраст, избыточная масса тела, недостаточная физическая активность, длительные статические нагрузки. Вероятность развития ХВН на 70-80% при тяжелом физическом труде, при работе в положении стоя или сидя в 2 раза после травм конечностей, при хронических запорах в 4,5 раза у мужчин при наличии варикозной болезни у отца в 3,5 раза у женщин при длительной гормонотерапии на 40% при одной беременности в анамнезе в 2,6 раза после 3 беременностей. Этиология и патогенез. Основная причина развития и прогрессирования микроциркуляторных нарушений заключается в нарушении мышечно-венозного насоса – если венозные клапаны плохо функционируют или разрушены, то часть крови под действием силы тяжести возвращается вниз – при этом в венах увеличивается давление крови, что приводит к расширению и повреждению стенки вены с развитием хронической венозной недостаточности. Отток крови из нижних конечностей осуществляется через сеть глубоких (90%) и поверхностных (10%) вен. Схема развития хронической венозной недостаточности: изменения венозной стенки (дилатация вены дистальное клапана), несостоятельность клапанов (дилатация вены проксимальное клапана), венозный рефлюкс (извращенный кровоток), стаз, венозная гипертензия, увеличение проницаемости венозной стенки, отек, нарушение трофики, воспаление, трофическая язва. Международная классификация CEAP Стадия 0. Отсутствие симптомов болезни вен при осмотре и пальпации Стадия 1. Телеангиоэктазии и/или ретикулярные вены Стадия 2. Варикозно расширенные вены Стадия 3. Отек Стадия 4. Кожные изменения, обусловленные заболеванием вен –А. обратимые: пигментация и/или венозная экзема –Б. необратимые: белая атрофия и/или склеротический гиподерматит (липодерматосклероз) Стадия 5. Кожные изменения стадии 4 и зажившая язва Стадия 6. Кожные изменения стадии 4 и активная язва. Клиническая картина. Жалобы: боль распирающего характера, чувство тяжести в ногах, жжение и зуд При осмотре – расширенные венулы или телеангиоэктазии («сосудистые звездочки») –При глубоком расположении поверхностных вен или повреждении глубоких вен видимых изменений не наблюдается Отек развивается к вечеру, локализуется в области лодыжек и тыльной поверхности стопы – кожа бледная, видны следы от ношения носков, чулок – степень отека зависит от

длительности статической нагрузки, времени года, фазы менструального цикла Ночные судороги в икроножных мышцах Появляются длительно не заживающие язвы, повышается риск острого тромбоза. Функциональные пробы По данным литературы, функциональные пробы дают около 20% ошибок, поэтому должны дополняться инструментальным исследованием Наиболее часто используются пробы: –Броди-Троянова-Тренделенбурга –Дельбе-Пертеса –Пратта-1 –Берроу-Шейниса –Пратта-2. Инструментальные методы исследования. Наиболее точным неинвазивным методом диагностики венозной патологии голени и бедра является цветное дуплексное ультразвуковое сканирование. Лечение. Эластическая компрессия. Склеротерапия Фармакотерапия. Физиотерапия. Хирургическое лечение. Эластическая компрессия является универсальным методом лечения ХВН и ее использование у всех пациентов. Лечебное действие эластической компрессии: – создается дополнительный каркас для больных вен, предотвращающий их дальнейшее расширение – в несколько раз ускоряется отток венозной крови из ног, что снижает риск трофических нарушений и образования тромбов – предотвращается развитие и прогрессирование отека – обеспечивается защита кожи от механических повреждений. Эластическая компрессия может быть обеспечена с помощью специальных бинтов или медицинского трикотажа. Эластические бинты должны иметь длину 2,5-3 м, ширину 8-10 см и не менее чем на 50% состоять из хлопка. Должны растягиваться только по длине, их ширина при этом должна оставаться постоянной. Медицинский трикотаж: гольфы, чулки, колготы Обеспечивают для ног режим физиологического распределения давления (более высокого у стопы, постепенно снижающегося по направлению к бедру). Физиологическое распределение давления создает оптимальные условия для оттока крови и разгружает вены. Принципиальным отличием медицинского компрессионного трикотажа является широкий диапазон уровней лечебного давления. Выделяют 3 класса компрессии I класс – обеспечивает уровень компрессии 18-22 мм рт.ст. Используется при наследственной предрасположенности, избыточной массе тела, беременности, работе, связанной с поднятием тяжестей, судорогах в икроножных мышцах, стабильном варикозе и телеангиоэктазиях II класс компрессии обеспечивает давление 23-32 мм рт.ст. Изделия этого класса показаны при наличии варикозно расширенных вен, тромбозе поверхностных вен и посттромбозной болезни, при наличии отеков, после вмешательства на венах III класс компрессии поддерживает давление на уровне 33-46 мм рт.ст. Показаны при наличии варикозно расширенных вен и трофических расстройств, лимфостаза, врожденных аномалий, после вмешательства на венах. Склеротерапия. Эффективный метод лечения варикозно расширенных вен и сосудистых «звездочек». Основан на введении в вену склерозанта (варикоцид, сострадакал, тромбовар и др.), который «пломбирует» больную вену, и она облитерируется. Количество инъекций зависит от поражения вены и вида препарата (в среднем 2-3) Осложнения: ТЭЛА, склерозирование глубоких вен. Фармакотерапия. Детралекс (450 мг диосмина и 50 мг гесперидина) –Назначают по 2 таблетки (1000 мг) в сутки –Курс лечения 8 недель –Курс повторяют 2-3 раза в год Троксевазин Капсулы по 0,3 г Ампилы 10% раствор по 5 мл. Механизм действия: – уменьшает проницаемость и ломкость капилляров, –обладает противовоспалительным эффектом. Антистакс- экстракт из листьев красного

винограда, оказывает противоотечное и капилляропротективное действие назначают по 2 капсулы в сутки до еды. Показания для оперативного закрытия язвенного дефекта Наличие язвы площадью более 6 см², существующей свыше 6 месяцев и не зажившей в результате 6 недель адекватного консервативного лечения. Хирургическое лечение. Операция Троянова-Тренделенбурга: из разреза в паховой области осуществляется перевязка большой подкожной вены, перевязываются и пересекаются все анастомозы из разреза в подколенной ямке перевязывается и резецируется малая подкожная вена у места ее впадения в подколенную, удаление или облитерация варикозно измененных подкожных вен, удаление стволов большой подкожной вены зондом по Бэбкоку или электрокоагуляция, удаление варикозных притоков из мелких разрезов по Нарату, облитерация лигатурным методом по Шеде-Кохеру, Соколову или при помощи экстравазальной электрокоагуляции. Первичная профилактика -1 для улучшения венозного оттока, рекомендовано: держать ноги в приподнятом положении во время сна и отдыха, принимать контрастный душ, если пациент вынужден сидеть или стоять в течение длительного времени: изменять положение ног, сгибать и разгибать их в голеностопных суставах, периодически ходить в быстром темпе, носить обувь с каблуком средней высоты (не более 4 см), при необходимости использовать ортопедические стельки вести подвижный образ жизни. Регулярно выполнять физические упражнения, ходьбу, бег, велосипед, самое лучшее – плавание, избегать травм нижних конечностей и занятий спортом, связанных с большими нагрузками на ноги (свод стопы): теннис, тяжелая атлетика, прыжки в высоту, избегать резкого повышения температуры окружающей среды, которое приводит к расширению вен: горячих ванн, саун, турецких бань, применения горячего воска в качестве эпилятора, длительного пребывания на солнце. Не затруднять венозную циркуляцию ношением слишком обтягивающей одежды (джинсов), тугих поясов и корсетов, чулок и носков с тугими резинками, обуви тесно облегающей голень, не сидеть закинув ногу на ногу Следить за весом: избыточная масса тела увеличивает нагрузку на вены, способствует их повреждению, избегать употребления эстрогенных препаратов, в том числе контрацептивных. По показаниям принимать венотонические лекарственные препараты.

Основным или базисным разделом лечения больных ХОЗАНК является терапия, проводимая в амбулаторных условиях. Дополнением к ней могут быть эпизоды интенсивного лечения в стационаре или же хирургическое вмешательство. Главными принципами консервативной терапии больных ХОЗАНК являются пожизненность и непрерывность лечения, дифференцированный подход с учетом нозологической формы и стадии заболевания, комплексность лечения с использованием всех вариантов лечебных воздействий. С современных позиций основными направлениями консервативной терапии больных ХОЗАНК нужно считать: 1) улучшение микроциркуляции, 2) подавление гиперпродукции цитокинов и свободных радикалов, 3) повышение антиоксидантной активности крови, 4) иммунокоррекция, 5) нормализация липидного обмена, 6) стимуляция развития коллатералей. Улучшение микроциркуляции достигается снижением агрегации эритроцитов и тромбоцитов, повышением пластических свойств эритроцитов и лейкоцитов, снижением адгезии тромбоцитов и лейкоцитов к сосудистой стенке, а также снижением гематокрита и вязкости крови. Подавление гиперпродукции

нейтрофильными лейкоцитами и тромбоцитами различных биологических активных субстанций, повреждающих эндотелий и способствующих как местному тромбообразованию, так и атерогенезу, является крайне важным при тяжелых стадиях артериальной недостаточности. Это же имеет отношение и к ингибированию деятельности свободных радикалов и необходимости повышения антиоксидантных свойств крови. Прежде всего следует отметить пентоксифиллин. Помимо выраженного влияния на тромбоцитарный гемостаз, он способствует снижению агрегации эритроцитов и повышению их пластических свойств, увеличивает содержание в тканях цАМФ, а также обладает простаглицлицистимулирующей активностью. Пентоксифиллин более эффективен в дозе 1200 мг/сут. Препарат, несмотря на высокую дозу, хорошо переносится больными благодаря постепенному всасыванию в желудочно-кишечном тракте, что не создает его высоких концентраций в крови. Перспективной при лечении заболеваний периферических сосудов является системная энзимотерапия, т.е. оральное применение специально составленных смесей гидролитических ферментов растительного и животного происхождения. Из них наибольшей известностью пользуются препараты вобэнзим и флогэнзим. В качестве тромбоцитарного дезагреганта широко используется ацетилсалициловая кислота в суточной дозе 100 - 325 мг. Именно этим обосновывается применение малых доз препарата, не угнетающих синтез простаглицлина в сосудистой стенке. Особое место занимает препарат алпростадил, являющийся наиболее эффективным фармакологическим средством лечения критической ишемии. Его действующим началом является простаглицлин E1. Алпростадил - мощный блокатор активности тромбоцитов, снижающий их агрегацию и адгезию к эндотелию и ингибирующий повышенную цитокинную гиперпродукцию клетками крови. Это уменьшает повреждение тканей и пристеночное тромбообразование. Активизируется тромболизис, улучшается микроциркуляция за счет повышения деформируемости эритроцитов, уменьшается их агрегация и снижается вязкость крови. Препарат также влияет на атерогенез, подавляя митотическую активность и снижая пролиферацию гладкомышечных клеток в сосудистой стенке. Отмечено также благоприятное влияние на липидный обмен (снижается уровень липопротеидов низкой плотности). Кроме того при ХОЗАНК применяют: солкосерил или актовегин, фосфаден, АТФ. Из препаратов метаболического действия - различные витамины (С, В1, В6 и др.), антиоксиданты (витамин Е, пробукол), различные противоатеросклеротические средства, к которым относятся ингибиторы синтеза холестерина.

Форма организации лекции: информационная (традиционная)

Методы обучения, применяемые на лекции: 1) *словесные*: объяснение, разъяснение, рассказ, беседа, инструктаж; 2) *наглядные*: иллюстрация, демонстрация

Средства обучения:

- дидактические: презентация
- материально-технические: мультимедийный проектор

Лекция №3.

Тема: «Лечение ран, острой гнойной инфекции мягких тканей, кисти и пальцев в амбулаторных условиях».

Цель: закрепление и расширение спектра знаний студентов по проблеме лечения ран, острой гнойной инфекции мягких тканей, кисти и пальцев в условиях поликлиники, по вопросам экстренной профилактики столбняка и освоение основ профессиональной компетентности применительно к изучаемому разделу.

Аннотация лекции

За последние годы под влиянием различных факторов, в первую очередь мощного селективного действия антибиотиков, произошли значительные изменения этиологии раневых инфекций. В настоящее время ведущими возбудителями являются:

стафилококки, -гемолитические и негемолитические стрептококки; представители семейства *Enterobacteriaceae*, неферментирующие грамотрицательные бактерии, облигатные неспорообразующие анаэробные микроорганизмы. Отчетливо прослеживается зависимость видового состава ран от их происхождения. Так, например, если в группе с острыми гнойными заболеваниями стафилококк в монокультуре выявляется в 69,5% случаев, то у больных с посттравматическими гнойными ранами, хроническими гнойными заболеваниями кожи и мягких тканей, а также у больных с гнойными ранами и развившимся из ран сепсисом выявляются сразу несколько патогенных микроорганизмов в 31,5, 48,8, 55,6% случаев соответственно. Остальную часть составляют представители семейства *Enterobacteriaceae* в монокультуре. Результаты многолетних исследований качественного состава микрофлоры разных ран свидетельствуют об устойчивом преобладании стафилококков (*S. aureus*, *S. epidermidis*) и неферментирующих грамотрицательных бактерий. В последние годы значительно чаще из ран стали выделяться грибы (9,9%), что, по-видимому, связано с недостаточным вниманием к этой проблеме, отсутствием надежной профилактики грибковой инвазии. Системная антибактериальная терапия чаще всего начинается после выполнения хирургического этапа вмешательства на гнойном очаге. До получения данных бактериологических исследований качественного и количественного состава микрофлоры в биоптатах ран препараты назначают эмпирически, ориентируясь на их происхождение и наиболее часто встречающуюся при данном процессе микрофлору. В экстренных ситуациях при выборе антибиотика можно ориентироваться на локализацию ранения, "тропизм" определенных антибиотиков к тканям, распространенность и характер поражения, характер раневого отделяемого, которые в определенной мере свидетельствуют о виде микроба. Известно, что при ранениях и гнойных процессах верхней половины тела преобладающим возбудителем раневой инфекции является стафилококк и грамположительная кокковая флора; при ранениях нижних конечностей - чаще грамотрицательная и смешанная флора. Традиционно длительность курсов системной антибактериальной

терапии определяется тяжестью течения инфекционного процесса, формированием нескольких локусов инфекции, риском реинфицирования госпитальными штаммами раневой поверхности, органов дыхания и мочеполовой системы. Такая тактика чаще всего приводит к неоправданно длительному использованию системных антибактериальных препаратов, формированию резистентности микроорганизмов к антибиотикам, развитию аллергических реакций, появлению грибов в раневом отделяемом.

В настоящее время имеется возможность значительно сократить длительность системной антибактериальной терапии за счет активного внедрения в практику лечения ран под повязками с современными препаратами, ориентированными не только на фазу раневого процесса, но и видовой состав микроорганизмов ран. Такая тактика при своевременном адекватном хирургическом вмешательстве и лечении правильно подобранными препаратами для местной терапии позволяет локализовать гнойный процесс, избежать генерализации инфекционного процесса. Использование современных препаратов для местного лечения ран на всех этапах комплексного лечения позволяет сократить сроки системной антимикробной терапии, избежать развития побочных явлений, значительно уменьшить расходы на дорогостоящие антибактериальные препараты, избежать формирования резистентности микрофлоры к используемым системным антибиотикам. В настоящее время разработано несколько групп препаратов для местного лечения ран в I и II фазах раневого процесса. Основными группами препаратов являются антисептики, мази на полиэтиленгликолевой основе, современные биологически активные перевязочные средства, ферментные препараты.

Препараты для лечения ран в I фазе раневого процесса. Успехи профилактики и лечения раневой инфекции во многом зависят от развития асептики и антисептики, своевременного внедрения в практику комплексного лечения ран новых групп антисептиков. При выборе антисептиков, используемых как с профилактической, так и с лечебной целью, предпочтение отдается препаратам с универсальным, широким или умеренным спектром действия, активным против смешанной микрофлоры, обладающих микробоцидным или микростатическим действием. В практике лечения ран достаточно широко используются новые комплексные соединения йода с поливинилпирролидоном, выпускаемые разными фирмами под названием Повидон-йод, Бетадин, Йодопирон, Йодовидон и др., обладающие микробоцидным и микростатическим действием. Йодофоры обладают почти универсальным спектром активности: подавляют грамположительные бактерии, включая энтерококки и микобактерии; подавляют грамотрицательные бактерии, в том числе псевдомонады, ацетобактерии, клебсиеллы, протей; подавляют споры бактерий, грибы, вирусы, включая вирусы гепатита В и С, энтеро- и аденовирусы, а также анаэробные, спорообразующие и аспорогенные бактерии. Все возбудители раневой инфекции не обладают к йодофорам ни естественной, ни приобретенной резистентностью. На активность комплекса с поливинилпирролидоном не влияет присутствие крови, гнойного отделяемого или некротических тканей. В отдельных случаях, по жизненным показаниям, при неэффективности или непереносимости антибактериальных препаратов других фармакологических групп для лечения больных с раневой инфекцией, вызванной полирезистентной флорой, синегнойной палочкой и

возбудителями неклостридиальной анаэробной инфекции, целесообразно назначать 0,5% раствор диоксидина. Этот препарат наиболее активен в отношении анаэробных бактерий *Clostridium spp.*, *Bacteroides spp.*, *P. melaninogenicus*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, а также аэробных грамотрицательных бактерий - *Ps. aeruginosa*, *E. coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Serratia spp.* Диоксидин хорошо совместим с другими антимикробными препаратами. Единичные побочные эффекты (головная боль, тошнота, рвота) обусловлены в основном неправильно определенной для больного суточной дозой и нарушением правила введения препарата (его суточная доза при системном внутривенном применении не должна превышать 10 мг/кг - 700 мг для больного с массой тела 70 кг, препарат необходимо вводить внутривенно капельно и очень медленно - одно введение (200 мл готового раствора) в течение 90-120 мин). В последние годы в комплексном лечении гнойных ран используется антисептик из класса поверхностно-активных веществ - Мирамистин. Препарат активно воздействует на грамположительные, грамотрицательные бактерии, грибы, вирусы, простейшие, аэробные и анаэробные, спорообразующие и аспорогенные микроорганизмы. При обильной гнойной экссудации не следует использовать растворы антисептиков для местного лечения ран в виде марлевых тампонов, так как помещенные в рану они быстро высыхают, не имеют необходимой длительной осмотической активности, которая требуется для удаления гноя. В крайнем случае рана может заполняться комбинированным тампоном: в центр марлевого тампона помещается силиконовая трубка, через которую 2-3 раза в сутки шприцем в рану вводится по 10-20 мл антисептика. Для лечения поверхностных инфицированных, гнойных и гнойно-некротических ран разной этиологии в фазе воспаления с успехом применяются биологически активные дренирующие сорбенты (аниловин, диовин, анилодиовин, диотевин, анилодиотевин, колласорб, колладиасорб), основным компонентом которых является гелевин с антимикробным препаратом (диоксидин), протеолитическими ферментами (террилитин, коллагеназа из гидробионтов), местным анестетиком (анилокаин), что позволяет проводить целенаправленную терапию раневого процесса в зависимости от выраженности тех или иных симптомов. Для лечения обширных и глубоких ран с гнойным процессом в I фазе целесообразна терапия под повязками с мазями на полиэтиленгликолевой основе (левомеколь, левосин, диоксиколь, 1% йодопионовая мазь, 10% мазь мафенида ацетата, нитацид, стрептонитол, стрептолавен).

Лечение ран во II фазе раневого процесса. Для лечения умеренно или мало экссудирующих гнойных ран в стадии перехода во II фазу раневого процесса, а также при лечении донорских ран во время свободной кожной пластики аутодермотрансплантатом показано применение биологически активных гелевых повязок Апполо ПАК и Апполо ПАА, в состав которых включены йодовидон или мирамистин, а также местный анестетик анилокаин. Основу гидрогеля составляют сополимер акриламида и акриловой кислоты. При выявлении признаков регенераторного процесса на фоне отсутствия обильного гноетечения и остающихся не резко выраженных симптомов воспаления возможно лечение ран под повязками с использованием содержащих йод растворов: 10% Йодопирон, 1% Йодовидон, 1% повидон-йод, Сульйодопирон. После купирования клиники острого гнойного процесса, исчезновения симптомов интоксикации, подтвержденного как

клиническими, так и лабораторными тестами, возможна отмена общей антибактериальной терапии. В этих случаях местное лечение ран на этапе подготовки к окончательному закрытию швами или методом пластики проводится под повязками с препаратами: биологически активные стимулирующие раневые покрытия с антимикробным и местно-анестезирующим действием (Дигиспон-А, Альгикол-ФА, Коллахит-ФА, Анишиспон); коллагенсодержащие раневые покрытия (Гентацикол); раневые покрытия на основе альгинатов (Альгипор, Альгимаф); раневое покрытие на основе коллагена и регенерированной целлюлозы (Промогран); пенообразующие аэрозоли (Диоксизоль); мази с незначительной осмотической активностью (Метилдиоксилин, Аргосульфам, Катацел А, Бактробан 2%, Фузимет, Стрептонитол, Биопин 5%, 10%; Банеоцин); масла (Милицаил). Появление в стационарах новой мази Фузимет (комбинация фузидина натрия с метилурацилом) позволяет успешно лечить больных с выявленными в ранах метициллинорезистентных *S. aureus* (MRSA), не включая в комплексную терапию ванкомицин или линезолид.

Форма организации лекции: информационная (традиционная)

Методы обучения, применяемые на лекции: 1) *словесные*: объяснение, разъяснение, рассказ, беседа, инструктаж; 2) *наглядные*: иллюстрация, демонстрация

Средства обучения:

- дидактические: презентация
- материально-технические: мультимедийный проектор

Лекция № 4.

Тема: «Лечение заболеваний прямой кишки, параректальной клетчатки и пролежней».

Цель: закрепление и расширение спектра знаний студентов по проблеме лечения заболеваний прямой кишки, параректальной клетчатки, пролежней в условиях поликлиники и освоение основ профессиональной компетентности применительно к изучаемому разделу.

Аннотация лекции

Острый парапроктит представляет собой острое гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки. Возбудителем инфекции является в большинстве случаев смешанная микрофлора. Чаще всего обнаруживают стафилококки и стрептококки в сочетании с кишечной палочкой, протеем. Нередко присутствие бактероидов, пептококков, фузобактерий, относящихся к неспорообразующим анаэробам. Острый парапроктит, обусловленный смешанной микрофлорой, обычно называют простым, банальным. В 1—2% случаев возникает специфическая инфекция (газовая, туберкулёзная, актиномикотическая). При простом парапроктите присутствуют все признаки острого воспаления: боль, отёк, гиперемия, гной. Если парапроктит вызван ассоциацией микроорганизмов, но главную роль при этом играют неспорообразующие анаэробы, возникает гнилостный парапроктит, при котором поражается клетчатка на большом протяжении. Может развиваться и настоящий неклостридиальный анаэробный парапроктит с поражением не только клетчатки, но и фасции, и мышц. Такие парапроктиты характеризуются быстрым распространением процесса с выраженной отёчностью тканей, некрозом, вместо гноя выделяется зловонная жидкость с детритом. Иногда парапроктит вызывается клостридиями — возбудителями газовой гангрены. Факторы, предрасполагающие к возникновению гнойного процесса в параректальной клетчатке, — ослабление местного и гуморального иммунитета при истощении, алкоголизме, вследствие острой или хронической инфекции (ангина, грипп, сепсис); сосудистые изменения при сахарном диабете, атеросклерозе; функциональные нарушения (запоры, диарея); наличие геморроя, трещин заднего прохода, криптита и др.

Классификация. Локализация гнойника: подкожный; подслизистый; межмышечный (располагается между внутренним и наружным сфинктерами); седалишно-прямокишечный (ишиоректальный); тазово-прямокишечный (пельвиоректальный). Заболевание, как правило, начинается остро. Вслед за коротким продромальным периодом с недомоганием, слабостью, головными болями появляется нарастающая боль в прямой кишке, промежности или в тазу, сопровождающаяся повышением температуры тела и ознобом. Степень выраженности симптомов острого парапроктита зависит от локализации воспалительного процесса, его распространённости, характера возбудителя, реактивности организма. При локализации гнойника в подкожной клетчатке (подкожный парапроктит)

клинические проявления выражены более ярко и определённы: болезненный инфильтрат в области заднего прохода, гиперемия кожи, повышение температуры тела вынуждают, как правило, обратиться к врачу вскоре после начала заболевания. Ишиоректальный парапроктит в первые дни болезни проявляется общими симптомами: познабливанием, плохим самочувствием, тупыми болями в тазу и прямой кишке, усиливающимися при дефекации. Характерны местные изменения: асимметрия ягодиц, инфильтрация, гиперемия кожи, они появляются в более поздней стадии (5—6-й день). Наиболее тяжело протекает пельвиоректальный парапроктит, при котором гнойник располагается глубоко в тазу. В первые дни болезни преобладают общие симптомы воспаления: лихорадка, ознобы, головная боль, боли в суставах. Боли локализуются в тазу, в низу живота. Часто пациент обращается к хирургу или урологу, женщины — к гинекологу. Нередко их лечат по поводу острых респираторных заболеваний, гриппа. Продолжительность этого периода иногда достигает 10—12 дней. В дальнейшем отмечаются усиление болей в тазу и прямой кишке, задержка стула и мочи. Присутствуют симптомы тяжёлой системной воспалительной реакции.

Лечение острого парапроктита только хирургическое. Операция должна быть выполнена тотчас после установления диагноза, она относится к разряду неотложных вмешательств. Вид анестезиологического пособия играет важную роль. Нужны полное обезболивание и хорошая релаксация. Чаще всего применяют внутривенный наркоз, перидуральную и сакральную анестезии, масочный наркоз. Местная анестезия при операциях по поводу острого парапроктита противопоказана из-за опасности распространения инфекции во время инъекции анестетика, неадекватности обезболивания и усложнения ориентирования в связи с инфильтрацией тканей анестезирующим раствором. Основные задачи радикальной операции — обязательное вскрытие гнойника и его дренирование. Поиск и нахождение поражённой крипты и гнойного хода, ликвидация крипты и хода целесообразны только при наличии опытного хирурга-колопроктолога. Если ликвидировать связь с кишкой, можно рассчитывать на полное выздоровление пациента.

Хронический парапроктит — хроническое воспаление параректальной клетчатки и анальной крипты с формированием свищевого хода между просветом прямой кишки и кожей. Подавляющее большинство больных (до 95%) связывают начало заболевания с перенесённым острым парапроктитом. Классификация. В зависимости от расположения свищевого хода по отношению¹ к наружному сфинктеру заднего прохода выделяют интрасфинктерный, трансфинктерный и экстрасфинктерный свищи прямой кишки.

Клинические проявления. Заболевание протекает, как правило, волнообразно. На фоне существования свища при закупорке наружного отверстия или свищевого хода гнойно-некротическими массами или грануляционной тканью происходит обострение воспалительного процесса. При этом может возникнуть абсцесс, после вскрытия и опорожнения которого острые воспалительные явления стихают, количество отделяемого из раны уменьшается, исчезают боли, улучшается общее состояние, однако рана полностью не заживает, остаётся ранка не более 1 см в диаметре, из которой продолжают поступать сукровично-гнойные выделения, это —

наружное отверстие свища. При коротком свищевом ходе отделяемое обычно скудное, если выделения обильные, гнойного характера, скорее всего, по ходу свища есть гнойная полость. В периоды ремиссий общее состояние больных не страдает, боли не беспокоят, выделений из свища или нет, или они очень незначительны. При тщательном соблюдении гигиенических мероприятий больные долгое время особых затруднений не испытывают. Но всё меняется в период обострений — появляются боли, повышается температура тела, ухудшается общее состояние. Возникновение новых очагов воспаления, вовлечение в процесс сфинктера заднего прохода приводят к появлению нового симптома — недержание газов. Кроме того, беспокоят головные боли, плохой сон, снижение работоспособности, отмечаются психические расстройства, снижается половая потенция.

Наличие свища прямой кишки, особенно сложного, с инфильтратами, частыми обострениями воспалительного процесса может приводить к значительным нарушениям в организме больного. Кроме того, могут возникнуть и местные рубцовые изменения, приводящие к деформации анального канала и промежности, рубцовым изменениям мышц, сжимающих задний проход, в результате чего может развиваться недостаточность анального сфинктера. Ещё одним осложнением хронического парапроктита является пектеноз — рубцовые изменения в стенке анального канала, приводящие к снижению эластичности и рубцовой структуре. При длительном существовании болезни (более 5 лет) в ряде случаев наблюдается озлокачествление свища. Лечение Единственный радикальный метод лечения свищей прямой кишки — хирургический. Наиболее распространённые операции при свищах прямой кишки: рассечение свища в просвет прямой кишки; иссечение свища в просвет прямой кишки (операция Габриэля); иссечение свища в просвет прямой кишки со вскрытием и дренированием затёков; иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны;

- иссечение свища с проведением лигатуры; иссечение свища с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки для ликвидации внутреннего свищевого отверстия.

Пролежни – некроз мягких тканей от воздействия:

А) давления - на определенный участок тела приводит к компрессии сосудов, гипоксии и повреждению тканей.

Положение лежа на спине – затылок, лопатки, крестец, пятки, локти

Положение лежа на животе – брови, ушные раковины, ключицы, акромиальный отросток, молочные железы, подвздошные кости, гениталии, надколенники, пальцы ног

Положение на боку – ушные раковины, подвздошный гребень, большой вертел бедренной кости, латеральная область коленного сустава, лодыжки.

Кроме того, в результате давления может произойти сдавление нервов, которое ведет к потере чувствительности и выпадению двигательной функции, обычно временного характера. При отведении руки, более чем на 90° происходит натяжение плечевых нервов и сдавление их на головке плечевой кости с нарушением кровообращения нервов плечевого сплетения. Срединный, радиальный и локтевой нерв могут быть пережаты при использовании металлического кольца для фиксации руки. Эти дисфункциональные изменения могут быстро

восстановиться до нормы или привести к повреждению нерва с фиброзным замещением нервной ткани и полной потери функции.

Б) трения – повреждения от воздействия трения возникают тогда, когда тело передвигают по грубой поверхности (покрывало на операционном столе). В результате трения на коже образуются микронадрывы, и, как следствие, возможно их инфицирование. В условиях операционной кожные повреждения от трения могут создавать ремни, которыми фиксируют пациента, анестезиологическое оборудование (маски) и неаккуратное обращение с кожными покровами пациента самих членов хирургической бригады.

В) срывающей силы (сдвиг тканей) – возникают, когда кожные покровы остаются неподвижны, а происходит смещение подлежащих тканей. Это может случиться, когда изголовье операционного стола приподнято более чем на 30°. Кожа и поверхностная фасция остаются неподвижными, а глубокая фасция и скелет «сползают» по направлению к ножному концу операционного стола, сосуды перегибаются кровоснабжение тканей нарушается возникает некроз изнутри, который может быть незамечен в первые 48-96 часов.

Шкала Ватерлоу оценивает риск развития пролежней.

Клиническая картина различна при разных стадиях развития пролежней:

1 стадия: устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

2 стадия: стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку.

3 стадия: разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.

4 стадия: поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

Профилактика пролежней. При каждом перемещении, любом ухудшении или изменении состояния осматривайте регулярно кожу в области крестца, пяток, лодыжек, лопаток, локтей, затылка, большого вертела бедренной кости, внутренней поверхности коленных суставов.

Не подвергайте уязвимые участки тела, трению. Обмывайте уязвимые участки не менее 1 раза в день, если необходимо соблюдать обычные правила личной гигиены, а также при недержании мочи, сильном потоотделении. Пользуйтесь мягким и жидким мылом. Убедитесь, что моющее средство смыто, высушите этот участок кожи. Если кожа слишком сухая, пользуйтесь увлажняющим кремом. Мойте кожу теплой водой. Пользуйтесь защитными кремами, если это показано. Не делайте массаж в области выступающих костных выступов. Изменяйте положение пациента каждые 2 ч. (даже ночью): положение Фаулера; положение Симса; "на левом боку"; "на правом боку"; "на животе" (по разрешению врача). Виды положений зависят от заболевания и состояния конкретного пациента. Обсудите это с врачом. Изменяйте положение пациента, приподнимая его над постелью. Проверяйте состояние постели (складки, крошки и т.п.). Исключите контакт кожи с жесткой частью кровати. Используйте поролон в чехле (вместо ватно-марлевых и резиновых кругов) для уменьшения давления на кожу. Ослабьте давление на участки нарушения целостности кожи. Пользуйтесь соответствующими приспособлениями. Опустите

изголовье кровати на самый низкий уровень (угол не более 30 град.). Приподнимайте изголовье на короткое время для выполнения каких-либо манипуляций. Не допускайте, чтобы в положении "на боку" пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра. Не допускайте непрерывного сидения в кресле или инвалидной коляске. Напоминайте изменять положение через каждый час, самостоятельно менять положение тела, подтягиваться, осматривать уязвимые участки кожи. Посоветуйте ему ослаблять давление на ягодицы каждые 15 мин: наклоняться вперед, в сторону, приподниматься, опираясь на ручки кресла. Уменьшайте риск повреждения ткани под действием давления: - регулярно изменяйте положение тела; - используйте приспособления, уменьшающие давление тела; - соблюдайте правила приподнимания и перемещения; - осматривайте кожу не реже 1 раза в день; - осуществляйте правильное питание и адекватный прием жидкости. Контролируйте качество и количество пищи и жидкости, в том числе при недержании мочи. Максимально расширяйте активность своего подопечного. Если он может ходить, побуждайте его прогуливаться через каждый час. Используйте непромокаемые пеленки, подгузники (для мужчин - наружные мочеприемники) при недержании.

Форма организации лекции: информационная (традиционная)

Методы обучения, применяемые на лекции: 1) *словесные*: объяснение, разъяснение, рассказ, беседа, инструктаж; 2) *наглядные*: иллюстрация, демонстрация

Средства обучения:

- дидактические: презентация
- материально-технические: мультимедийный проектор

2. Методические рекомендации по проведению практических занятий

Модуль 1. Амбулаторная хирургия

Тема 1. «Организация работы хирургического отделения поликлиники»

Вид учебного занятия: практическое занятие

Цель: Научить студентов современным аспектам организации поликлинической 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 центра 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. (<i>письменный опрос, тестирование</i>)
3	Основная часть учебного занятия I. Закрепление теоретического материала <i>Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад</i> Вопросы: 1. Стационарозамещающие технологии, актуальность вопроса, сущность организации, перспектива развития. Формы стационарозамещающей хирургической помощи. Центр амбулаторной хирургии. 2. Устройство, структура и организация работы хирургического отделения поликлиники. Приказы, регламентирующие работу хирурга. 3. Оснащение хирургических кабинетов, перевязочных и операционных в поликлинике, организация их работы. 4. Документация хирургического кабинета поликлиники.

5. Диспансеризация хирургических больных с заболеваниями периферических артерий и вен, осложнениями язвенной болезни, грыжами, ЖКБ и др. Диспансерные группы. Документация.
6. Профилактические осмотры, участие хирурга поликлиники.
7. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Оформление листка нетрудоспособности, справки учащегося. Электронный листок нетрудоспособности. Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н (ред. от 24.01.2012 № 31н) "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности". Ф3 86 от 01.05.17 "О внесении изменений в статью 13 Федерального закона "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности в связи с материнством»
8. Порядок оформления больных на МСЭ, форма 088

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ФУНКЦИИ ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1) 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 ПОЗДНЕЕ

- 1) 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 ВЫДАЕТСЯ

- 1) 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 РАБОТЫ

- 1) 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 ДО

- 1) 7 дней
- 2) 10 дней
- 3) 15 дней
- 4) 30 дней

6. ПРИ СРОКАХ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПРЕВЫШАЮЩИХ 15

КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ

- 1) 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 ВЫДАН

- 1) 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 РАБОТНИКОМ

- 1) 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 ДОМУ

- 1) 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 ЧЕРНИЛАМИ

- 1) черного цвета
- 2) синего цвета
- 3) красного цвета
- 4) фиолетового цвета

11. ЗАПИСИ В ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫПОЛНЯЮТСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ

- 1) печатающих устройств
- 2) гелевой ручки
- 3) капиллярной или перьевой ручки
- 4) шариковой ручки

12. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ОШИБКИ

- 1) 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 ОФОРМЛЯЕТСЯ

- 1) повторный листок нетрудоспособности
- 2) продолжение листка нетрудоспособности
- 3) дубликат
- 4) первичный листок нетрудоспособности

14. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ БОЛЬНОГО НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ХИРУРГ ПОЛИКЛИНИКИ ОФОРМЛЯЕТ ФОРМУ

- 1) 025/у-04
- 2) 030/у-04
- 3) 070/у-04
- 4) 088/у-06

15. ОДНА ДОЛЖНОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО ВРАЧА-ХИРУРГА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА

- 1) 1 000 человек населения
- 2) 5 000 человек населения
- 3) 10 000 человек населения
- 4) 20 000 человек населения

16. ФУНКЦИИ АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

- 1) 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 ФОРМУ

- 1) 025/у-04
- 2) 030/у-04
- 3) 070/у-04
- 4) 088/у-06

18. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 030/У-04 ЭТО

- 1) 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 ЭТО

- 1) 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 ЭТО

- 1) 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 доклада

- 1). Правила оформления электронного листка нетрудоспособности
- 2). Диспансеризация хирургических больных

II. Отработка практических умений и навыков

Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач, оформление перечня нормативных документов по специальности

Ситуационные задачи

Задача №1 (тема ЭВН)

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 (тема ЭВН)

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 (тема ЭВН)

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 (тема ЭВН)

К хирургу поликлиники обратилась больная с жалобами на наличие округлого безболезненного образования на спине плотно-тестоватой консистенции размерами 1,5x1,5 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

	<p>года.</p> <p>ЗАДАНИЕ: 1) Как выписать лист нетрудоспособности в данной ситуации? Задача № 5 (тема ЭВН)</p> <p>К хирургу поликлиники 10.01.2017 г. обратился больной М., 35 л. с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, t=38°C. 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.</p> <p>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.</p> <p>ЗАДАНИЕ: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Оцените правильность оформления листка нетрудоспособности. Задача № 6 (тема ЭВН)</p> <p>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.</p> <p>ЗАДАНИЕ: Как правильно хирургу поликлиники осуществить экспертизу временной нетрудоспособности пациента?</p> <p><u>Перечень документов, предлагаемых студентам для письменного оформления:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций).</p>
4	<p>Заключительная часть занятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. «Лечение больных в условиях 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, сопровождающимся 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 I. Закрепление теоретического материала <i>Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад</i> Вопросы: <ol style="list-style-type: none">1. Документация дневного хирургического стационара. Порядок оказания помощи в дневном хирургическом стационаре. Приказ N 438 от 09.12.1999г. "Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях",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.

6. Предоперационная подготовка больных к плановому оперативному лечению в условиях ЦАХ, дневного стационара.
7. Подготовка хирурга к операции. Уровни деконтаминации рук. Техника мытья рук.
8. Обезболивание в амбулаторных условиях. Виды анестезии. Техника выполнения местной инфильтрационной и проводниковой анестезии.
9. Техника операций: грыжесечение при паховой, пупочной, грыжи белой линии живота, удаление липомы, атеромы, папилломы, гигромы, фиброаденомы.
10. Послеоперационный период, осложнения и их профилактика.
11. Вич-аварийные ситуации, алгоритм действий при них. СанПин 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции»

Тестовые задания

1. При облитерирующим атеросклерозе сосудов нижних конечностей аторвастатин назначают в дозе:
 - 1) 2,5 мг в день
 - 2) 1200 мг в день
 - 3) 10-20 мг в день
 - 4) 75 мг в день
2. Больному с синдромом Лериша назначен аторвастатин. Аторвастатин назначают под контролем:
 1. АлАТ, АсАТ
 2. МНО
 3. глюкозы крови
 4. СРБ
3. Больному с атеросклерозом сосудов нижних конечностей пентоксифиллин назначают в дозе:
 - 1) 2,5 мг в день
 - 2) 1200 мг в день
 - 3) 10-20 мг в день
 - 4) 75 мг в день
4. Больному с тромбозом глубоких вен варфарин назначают в дозе:
 - 1) 2,5- 5 мг в день
 - 2) 1200 мг в день
 - 3) 20 мг в день
 - 4) 75 мг в день
5. Больному с варикозным расширением вен нижних конечностей клопидогрель назначают в дозе:
 - 1) 2,5 мг в день
 - 2) 1200 мг в день
 - 3) 10-20 мг в день
 - 4) 75 мг в день
6. Больному с варикозным расширением вен нижних конечностей аспирин назначают в дозе:
 - 1) 2,5 мг в день
 - 2) 1200 мг в день
 - 3) 10-20 мг в день
 - 4) 75-150 мг в день
7. Пациенту с патологией сосудов нижних конечностей назначен диосмин. К какой группе препаратов относят диосмин?

	<ol style="list-style-type: none"> 1. антикоагулянт 2. антиагрегант 3. флеботоник 4. статин <p>8. Больному с варикозным расширением вен нижних конечностей диосмин назначают в дозе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2,5 мг в день 2) 75 мг в день 3) 600 мг в день 4) 10 мг в день <p>9. Диосмин назначают при:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. хронической артериальной недостаточности 2. хронической венозной недостаточности 3. острой артериальной недостаточности 4. сердечной недостаточности <p>10. Диосмин назначают при:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. атеросклерозе сосудов нижних конечностей 2. абсцесс бедра 3. панариций 4. варикозном расширении вен конечностей <p>11. Факторы риска в развитии хронической венозной недостаточности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. прием аспирина 2. прием оральных контрацептивов 3. прием диосмина 4. прием пентоксифиллина <p>12. На прием к хирургу поликлиники обратилась пациентка, чья наследственностьотягощена по риску развития варикозного расширения вен нижних конечностей. Работает продавцом. Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете для профилактики развития ХВН:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I класс 2. II класс 3. III класс 4. IV класс <p>13. 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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I класс 2. II класс 3. III класс 4. IV класс <p>14. 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I класс 2. II класс 3. III класс 4. IV класс <p>15. К хирургу поликлиники обратилась пациентка, после обследования врач установил диагноз: «Варикозное расширение вен нижних конечностей. ХВН C2s». Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете для прогрессирования симптомов ХВН:</p>
--	---

1. I класс
2. II класс
3. III класс
4. IV класс

16. 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 голеньях. Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете:

1. I класс
2. II класс
3. III класс
4. IV класс

17. Какой вид спорта противопоказан пациентам с варикозным расширением вен нижних конечностей.

1. плавание
2. велоспорт
3. спортивная ходьба
4. тяжелая атлетика

18. Во время длительных авиаперелетов для профилактики тромбообразования в венах нижних конечностей вы порекомендуете:

1. прием жидкости
2. упражнения на сокращение мышц голени
3. прием аспирина
4. прием жидкости, упражнения на сокращение мышц голени, прием аспирина

19. Пациенту с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей вы рекомендуете ЗОЖ - тренировочную ходьбу. Для чего?

1. улучшает работу мышечной помпы
2. улучшает работу клапанного аппарата
3. улучшает развитие коллатералей
4. замедляет формирование бляшки

20. 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

II. 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, волосистой покров обеднен, пульсация на a. dorsalis pedis и a. 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 3x2 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, парестезии, 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 a. tibialis posterior снижена. На II пальце правой стопы по боковой поверхности определяется поверхностный язвенный дефект 1x1 см в пределах 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

	<p>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.</p> <p>Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.</p> <p>St.localis: кожные покровы нижних конечностей сухие, волосяной покров на передней поверхности голени обеднен, ногтевые пластины ломкие, с участками онихомикоза, пульсация на a. dorsalis pedis практически не определяется.</p> <p>Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.</p> <p>2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.</p> <p>3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.</p> <p>4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 5 (тема ДС)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.</p> <p>2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.</p> <p>3. Заполните лист назначений в истории болезни данной пациентке.</p> <p>4. Дайте рекомендации больной после выписки из ДС.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 6 (тема ДС)</p> <p>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.</p> <p>Задание: 1. Определите состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p> <p>III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций).</p>
4	<p>Заключительная часть занятия:</p> <p>- подведение итогов занятия;</p>

	<ul style="list-style-type: none">- 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. «Лечение ран и острой гнойной инфекции мягких тканей, кисти и пальцев в условиях поликлиники».

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	<p>Организационный момент. Объявление темы, цели занятия. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)</p>
2	<p>Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков. (письменный опрос, тестирование)</p>
3	<p>Основная часть учебного занятия I. Закрепление теоретического материала <i>Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад</i></p> <p style="text-align: center;">Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оперативное лечение больных с острой гнойной хирургической инфекцией. Способы обезболивания в амбулаторной хирургии. 2. Консервативное лечение больных с острой гнойной хирургической инфекцией в условиях поликлиники. 3. Лечение гнойных ран по фазам раневого процесса. 4. Клиника, диагностика и лечение хирургической инфекции мягких тканей I и II уровня (D.H. Ahrenholz, 1991) – фурункула, карбункула, гидраденита, рожистого воспаления, эризипелоида, абсцесса, флегмоны. 5. Клиника, диагностика и лечение лимфангиита, лимфаденита. Тактика хирурга поликлиники. 6. Клиника, диагностика и лечение различных форм панариция в условиях поликлиники. Анатомия кисти. 7. ПХО ран, показания, ход операции.

8. Экстренная профилактика столбняка. Приказ N 174 от 17.05.1999 "О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка".
9. Классификация, этиология, патогенез пролежней. Лечение пролежней. Профилактика пролежней.
10. Трофические язвы нижних конечностей. Патогенез трофических язв. Лечение трофических язв.

Тестовые задания

1. Больному после вскрытия абсцесса бедра назначен цефтриаксон. К какой группе препаратов относят цефтриаксон?
 1. антигистаминный препарат
 2. антибиотик группы макролидов
 3. антибиотик группы бета-лактамов
 4. антибиотик группы фторхинолонов
2. Больному после вскрытия флегмоны кисти назначен цiproфлоксацин. К какой группе препаратов относят цiproфлоксацин?
 1. антигистаминный препарат
 2. антибиотик группы макролидов
 3. антибиотик группы бета-лактамов
 4. антибиотик группы фторхинолонов
3. Больному после вскрытия подкожного панариция назначен азитромицин. К какой группе препаратов относят азитромицин?
 1. антигистаминный препарат
 2. антибиотик группы макролидов
 3. антибиотик группы бета-лактамов
 4. антибиотик группы фторхинолонов
4. Больному после вскрытия флегмоны бедра цефтриаксон назначают в дозе:
 1. 1 гр в день
 2. 2,5 мг в день
 3. 10 мг в день
 4. 100 мг дважды в день
5. Для симптоматической терапии после операции по поводу хирургической инфекции мягких тканей больному назначен мелоксикам. К какой группе препаратов относят мелоксикам?
 1. антикоагулянт
 2. антиагрегант
 3. флеботоник
 4. НПВС
6. Для симптоматической терапии после операции по поводу хирургической инфекции мягких тканей больному назначен лоратадин. К какой группе препаратов относят лоратадин?
 1. антигистаминный препарат
 2. антиагрегант
 3. флеботоник
 4. НПВС
7. Пациент жалуется на боль, припухлость, покраснение околоногтевого валика II пальца правой кисти. Диагноз?
 1. панариций
 2. паронихий
 3. пандактилит
 4. флегмона пальца

8. Пациент жалуется на боль, припухлость, покраснение на дистальной фаланге ладонной поверхности III пальца левой кисти. Болен в течение 4 дней. Диагноз?
1. панариций
 2. паронихий
 3. пандактилит
 4. флегмона пальца
9. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:
1. температура $>39^{\circ}\text{C}$
 2. температура $<35^{\circ}\text{C}$
 3. температура $>38^{\circ}\text{C}$ и $<36^{\circ}\text{C}$
 4. температура $>40^{\circ}\text{C}$
10. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:
1. брадикардия < 60 в минуту
 2. брадикардия < 50 в минуту
 3. тахикардия > 80 в минуту
 4. тахикардия > 90 в минуту
11. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:
1. тахипное >16 в минуту
 2. тахипное >18 в минуту
 3. тахипное >20 в минуту
 4. тахипное >22 в минуту
12. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:
1. лейкоцитоз $>10 \cdot 10^9/\text{л}$
 2. лейкопения $<3 \cdot 10^9/\text{л}$
 3. лейкоцитоз $>12 \cdot 10^9/\text{л}$ и лейкопения $<4 \cdot 10^9/\text{л}$
 4. лейкопения $<2 \cdot 10^9/\text{л}$
13. Пациент получил инфицированную рану. Полный курс профилактических прививок от столбняка проведен менее 5 лет назад. Как проведут экстренную профилактику от столбняка?
1. вакцинация не проводится
 2. АС 0,5 мл
 3. АС 1 мл
 4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ
14. 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 проводится
 2. АС 0,5 мл
 3. АС 1 мл
 4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ
15. 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 проводится
 2. АС 0,5 мл
 3. АС 1 мл
 4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ
16. Военнослужащий получил инфицированную рану. Сведений о прививках от столбняка нет. Как проведут экстренную профилактику от столбняка?
1. вакцинация не проводится

2. АС 0,5 мл
3. АС 1 мл
4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ

17. При вскрытии внутрикожного панариция используют следующий метод анестезии:

1. инфильтрационная анестезия
2. по Лукашевичу-Оберсту
3. общая анестезия
4. без анестезии

18. При вскрытии подкожного панариция используют следующий вид анестезии:

1. инфильтрационная анестезия
2. по Лукашевичу-Оберсту
3. общая анестезия
4. без анестезии

19. При вскрытии паранихии используют следующий вид анестезии:

1. инфильтрационная анестезия
2. по Лукашевичу-Оберсту
3. общая анестезия
4. без анестезии

20. Пациенту вскрыли абсцесс правого бедра. Установили пассивный дренаж. Выберите, что относят к пассивному дренажу.

1. марлевая турунда
2. резиновая полоска
3. ирригационная система
4. вакуум-аспирационная система

II. 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, $t=38^{\circ}\text{C}$. 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, $t= 37,9^{\circ}\text{C}$. 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=39°C. Из анамнеза: неделю назад ушиб правую стопу керамической плиткой на стройке, рану 0,5х1 см

	<p>обработал 5% иодом, наложил повязку, к врачам не обращался. Объективно: на тыле стопы рана 0,5x1 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.</p> <p><u>Задания:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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.? <p style="text-align: center;">Задача № 6 (тема ХИМТ)</p> <p>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 3x4 см с гнойным отделяемым, кожа вокруг раны на участке 10x8 см гиперемирована, отечна, горячая на ощупь, определяется болезненность при пальпации, t=39,2°C.</p> <p><u>Задания:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Тактика хирурга? 3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если сведений о прививках у больного нет. <p style="text-align: center;">III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций).</p>
4	<p>Заключительная часть занятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. «Лечение заболеваний прямой кишки и параректальной клетчатки в условиях поликлиники».

Вид учебного занятия: практическое занятие

Цель: Научить студентов умению диагностировать заболевания прямой кишки и параректальной клетчатки, встречающихся в амбулаторных условиях, проводить физикальное обследование больных с заболеваниями прямой кишки и параректальной клетчатки, проводить дифференциальную диагностику заболеваний прямой кишки и параректальной клетчатки с другими заболеваниями: воспалительными заболеваниями придатков, острой абдоминальной хирургической патологией, воспалительными и невоспалительными заболеваниями мочеполовых органов, формулировать основной и предварительный диагноз согласно МКБ-10, выбрать способ лечения заболеваний прямой кишки и параректальной клетчатки, намечать план консервативного лечения, формулировать показания к оперативному лечению, проводить местную анестезию при оперативных вмешательствах у больных с заболеваниями прямой кишки и параректальной клетчатки, определять план послеоперационного ведения и реабилитации больных с заболеваниями прямой кишки и параректальной клетчатки, дифференциально составлять план местного лечения гнойной раны после вскрытия парапроктита в зависимости от фазы раневого процесса, проводить перевязки больных с заболеваниями прямой кишки и параректальной клетчатки.

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 I. Закрепление теоретического материала <i>Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад</i> Вопросы: 1. Анатомия прямой кишки, параректальных клетчаточных пространств. 2. Методы диагностики заболеваний прямой кишки и параректальной клетчатки. Подготовка больных к колоноскопии, ректороманоскопии,

ирригографии.

3. Классификация парапроктита. Клиника, диагностика различных видов парапроктита.
4. Методы лечения острого и хронического парапроктита.
5. Клиника, диагностика и лечение острого геморроя в условиях поликлиники.
6. Клиника, диагностика и лечение трещины заднего прохода в условиях поликлиники.
7. Эпителиальный копчиковый ход. Клиника, диагностика и лечение.

Тестовые задания

1. Пациент страдает геморроем. Вы проводите беседу о профилактике обострений. От какой пищи порекомендуете отказаться пациенту?
 1. сладкая
 2. соленая
 3. кислая
 4. острая
2. Пациент страдает геморроем. Вы проводите беседу о профилактике обострений. Какая пища должна быть в рационе?
 1. сладкая
 2. соленая
 3. богатая клетчаткой
 4. белковая пища
3. Пациент жалуется на сильные боли при акте дефекации. Отмечает небольшое выделение крови на туалетной бумаге. При аноскопии выявлен дефект слизистой размерами 1х0,3см. Диагноз?
 1. геморрой I ст
 2. анальная трещина
 3. парапроктит
 4. свищ прямой кишки
4. Пациент жалуется на боли при дефекации, температуру 39°C. При ректальном пальцевом исследовании выявлены выбухание и резкая болезненность передней стенки. Диагноз?
 1. анальная трещина
 2. свищ прямой кишки
 3. подкожный парапроктит
 4. подслизистый парапроктит
5. Больной отмечает периодическое выделение алой крови поверх каловых масс в конце акта дефекации, при осмотре анальной области геморроидальные узлы не определяются. Диагноз?
 1. хронический геморрой, 1 стадия
 2. хронический геморрой, 2 стадия
 3. хронический геморрой, 3 стадия
 4. хронический геморрой, 4 стадия
6. Больной отмечает периодическое выделение алой крови поверх каловых масс в конце акта дефекации, при осмотре анальной области определяются геморроидальные узлы, которые самостоятельно вправляются. Диагноз?
 1. хронический геморрой, 1 стадия
 2. хронический геморрой, 2 стадия
 3. хронический геморрой, 3 стадия
 4. хронический геморрой, 4 стадия

7. Больной отмечает периодическое выделение алой крови поверх каловых масс в конце акта дефекации, при осмотре анальной области определяются геморроидальные узлы, которые самостоятельно не вправляются, требуют вправление руками. Диагноз?
1. хронический геморрой, 1 стадия
 2. хронический геморрой, 2 стадия
 3. хронический геморрой, 3 стадия
 4. хронический геморрой, 4 стадия
8. Больной отмечает периодическое выделение алой крови поверх каловых масс в конце акта дефекации, при осмотре анальной области определяются геморроидальные узлы, которые совсем не вправляются. Диагноз?
1. хронический геморрой, 1 стадия
 2. хронический геморрой, 2 стадия
 3. хронический геморрой, 3 стадия
 4. хронический геморрой, 4 стадия
9. У больного острый гнойный подкожный парапроктит. Главный принцип лечения?
1. антибиотикотерапия
 2. вскрытие парапроктита со стороны кожи
 3. вскрытие парапроктита со стороны слизистой оболочки
 4. дезинтоксикационная терапия
10. У больного острый гнойный подслизистый парапроктит. Главный принцип лечения?
1. антибиотикотерапия
 2. вскрытие парапроктита со стороны кожи
 3. вскрытие парапроктита со стороны слизистой оболочки
 4. дезинтоксикационная терапия
11. У больного острый гнойный ишиоректальный парапроктит. Главный принцип лечения?
1. антибиотикотерапия
 2. вскрытие парапроктита со стороны кожи
 3. вскрытие парапроктита со стороны слизистой оболочки
 4. дезинтоксикационная терапия
12. У больного острый гнойный пельвиоректальный парапроктит. Главный принцип лечения?
1. антибиотикотерапия
 2. вскрытие парапроктита со стороны кожи с разведением волокон мышцы, поднимающую анус
 3. вскрытие парапроктита со стороны слизистой оболочки
 4. дезинтоксикационная терапия
13. Для симптоматической терапии после операции по поводу острого ишиоректального парапроктита ибупрофен назначают в дозе:
1. 15 мг 1 раз в день
 2. 100 мг 2 раза в день
 3. 8 мг 2 раза в день
 4. 400 мг 2 раза в день
14. Больному после вскрытия подкожного парапроктита назначен цефтриаксон. К какой группе препаратов относят цефтриаксон?
1. антигистаминный препарат
 2. антибиотик группы макролидов
 3. антибиотик группы бета-лактамов
 4. антибиотик группы фторхинолонов
15. Больному после вскрытия подслизистого парапроктита назначен ципрофлоксацин. К какой группе препаратов относят ципрофлоксацин?

1. антигистаминный препарат
2. антибиотик группы макролидов
3. антибиотик группы бета-лактамов
4. антибиотик группы фторхинолонов

16. Больному после вскрытия подкожного парапроктита назначен азитромицин. К какой группе препаратов относят азитромицин?

1. антигистаминный препарат
2. антибиотик группы макролидов
3. антибиотик группы бета-лактамов
4. антибиотик группы фторхинолонов

17. Для симптоматической терапии после операции по поводу подслизистого парапроктита больному назначен нимесулид. К какой группе препаратов относят нимесулид?

1. антикоагулянт
2. антиагрегант
3. флеботоник
4. НПВС

18. Для симптоматической терапии после операции по поводу подкожного парапроктита больному назначен лоратадин. К какой группе препаратов относят лоратадин?

1. антигистаминный препарат
2. антиагрегант
3. флеботоник
4. НПВС

19. Открытая геморроидэктомия – это операция по:

1. Канавелу
2. Фонтейну
3. Миллигану-Моргану
4. Вагнеру

20. При геморрое обосновано назначение препаратов:

1. антибиотики
2. флеботоники
3. бета-блокаторы
4. ноотропы

II. Отработка практических умений и навыков

Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач

Ситуационные задачи:

Задача № 1

В проктологическое отделение поступил больной К., 38 лет с жалобами на запоры, сильные боли при дефекации. При осмотре на 6 часах определяется дефект слизистой оболочки заднего прохода размерами 1х0,5 см, на каловых массах алая кровь, подобные симптомы отмечает в течении недели.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Тактика хирурга?
3) План лечения.

Задача № 2

К хирургу поликлиники обратилась женщина К., 23 лет, с жалобами на слабость, ломкость ногтей, зуд и жжение в области заднего прохода, запоры, периодически обнаруживает алую кровь на каловых массах. Из анамнеза врач выяснил, что пациентка кормит грудью, ребенку 7 месяцев. При осмотре больная бледная, кожа сухая, отмечается ломкость ногтей.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) План обследования и

	<p>лечения.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 3</p> <p>В хирургическое отделение поступила больная К., 40 лет с жалобами на боли в нижних отделах живота, $t=39^{\circ}\text{C}$, недомогание, боли при дефекации. При общении медсестра выяснила, что больная с целью очищения кишечника ставит самостоятельно клизмы. При ректальном осмотре определяется резкая болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.</p> <p><u>Задания:</u> 1) Ваш предположительный диагноз? 2) План обследования и лечения.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 4</p> <p>У больного 39 лет, страдающего запорами, в течение последнего месяца стали появляться сильные боли после дефекации, кожный зуд в анальной области. При осмотре анальной патологии не обнаружено. При анаскопии и ректоскопии, произвести которые удалось только после перианальной новокаиновой блокады, на задней стенке анального канала выявлена поверхностная рана 1,0x0,8 см., покрытая пленкой фибрина.</p> <p><u>Задания:</u> 1) Ваш предположительный диагноз? 2) План лечения.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 5</p> <p>Больной 42 лет поступил с жалобами на резкие боли в заднем проходе, которые усиливаются при ходьбе, акте дефекации. Боли возникли 3 суток назад. Ранее периодически отмечал небольшие кровотечения алой кровью из прямой кишки. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 92 ударов в минуту, температура нормальная. Кожные покровы анальной области гиперемированы, по всей окружности анального отверстия выступают крупные, размерами до 3x2 см геморроидальные узлы, багрово-синюшного цвета. Узлы напряжены, плотные на ощупь, резко болезненные.</p> <p><u>Задания:</u> 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Какие инструментальные методы исследования Вы предложите больному? 3) План лечения.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 6</p> <p>Больной 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки в конце акта дефекации, которые наблюдаются в течение 7 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые. При исследовании брюшной полости патологии не выявлено. При осмотре анальной области и пальцевом исследовании каких-либо образований не обнаружено. При анаскопии выше гребешковой линии на 3,7 и 11 часах выявлены геморроидальные узлы, спадающиеся, с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 107 г/л.</p> <p><u>Задания:</u> 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Какие инструментальные методы исследования Вы предложите больному? 3) План лечения.</p> <p style="text-align: center;">III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций).</p>
4	<p>Заключительная часть занятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. «Амбулаторное лечение воспалительных и дегенеративных хирургических заболеваний стопы и мягких тканей опорно-двигательного аппарата»

Вид учебного занятия: практическое занятие

Цель: Научить студентов умению диагностировать воспалительные и дегенеративные хирургические заболевания стопы и мягких тканей опорно-двигательного аппарата в амбулаторных условиях, проводить физикальное обследование больных с воспалительными и дегенеративными хирургическими заболеваниями стопы и мягких тканей опорно-двигательного аппарата, проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, формулировать основной и предварительный диагноз согласно МКБ-10, выбирать способ лечения больных с воспалительными и дегенеративными хирургическими заболеваниями стопы и мягких тканей опорно-двигательного аппарата, формулировать показания к оперативному лечению, определять план послеоперационного ведения и реабилитации больных с воспалительными и дегенеративными хирургическими заболеваниями стопы и мягких тканей опорно-двигательного аппарата, 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 I. Закрепление теоретического материала <i>Формы организации учебной деятельности - устный опрос, собеседование, тестирование, доклад</i> Вопросы: 1. Клиника, диагностика и лечение эпикондилита. 2. Клиника, диагностика и лечение серозного и гнойного бурсита. 3. Клиника, диагностика и лечение периаартрита 4. Клиника, диагностика и лечение кисты Бейкера. 5. Клиника, диагностика и лечение остеофита пяточной кости. 6. Клиника, диагностика и лечение остеоартрозов крупных суставов. Показания для эндопротезирования суставов. Техника пункции суставов. 7. Клиника, диагностика и лечение контрактуры Дюпюитрена, болезни Де

Кервена. Остеохондропатии.

8. Клиника, диагностика и лечение вросшего ногтя.

Тестовые задания

1. Больному с посттравматическим остеоартрозом коленного сустава мелоксикам назначают в дозе:
 1. 15 мг 1 раз в день
 2. 100 мг 2 раза в день
 3. 8 мг 2 раза в день
 4. 400 мг 2 раза в день
2. Основным методом лечения гнойного препателлярного бурсита:
 1. антибиотикотерапия
 2. пункция сумки
 3. вскрытие, дренирование сумки
 4. дезинтоксикационная терапия
3. Основным методом лечения серозного бурсита:
 1. антибиотикотерапия
 2. пункция сумки, введение в полость бетаметазона
 3. вскрытие, дренирование сумки
 4. дезинтоксикационная терапия
4. Киста Бейкера локализуется:
 1. в подколенной ямке
 2. в яичниках
 3. в головном мозге
 4. в области локтевого сустава
5. Показаниями для эндопротезирования суставов является:
 1. остеоартроз I ст
 2. остеоартроз II ст
 3. остеоартроз III ст
 4. остеоартроз IV ст
6. Пациенту с периартритом коленного сустава назначен ибупрофен. К какой группе препаратов относят ибупрофен?
 1. антибиотик
 2. НПВС
 3. антигистаминный препарат
 4. антикоагулянт
7. Пациенту с эпикондилитом назначен ибупрофен, его суточная доза составляет?
 1. 2,5-5 мг
 2. 1200 мг
 3. 400 мг 2 раза
 4. 100 мг 2 раза
8. Пациенту с серозным бурситом назначен ацеклофенак. К какой группе препаратов относят ацеклофенак?
 1. антибиотик
 2. НПВС
 3. антигистаминный препарат
 4. антикоагулянт
9. Пациенту с серозным бурситом назначен ацеклофенак, его суточная доза составляет?
 1. 2,5-5 мг
 2. 1200 мг
 3. 400 мг 2 раза

<p>4. 100 мг 2 раза</p> <p>10. Пациент с остеоартрозом IV ст направляется на оперативное лечение. Какую учетную форму заполнит хирург для направления на госпитализацию?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 025/у 2. 030/у 3. 057/у 4. 027/у <p>11. Пациенту трудоспособного возраста с остеоартрозом IV ст. выполнили эндопротезирование правого тазобедренного сустава. Трудовой прогноз его – благоприятный. Пациент будет находиться на листке нетрудоспособности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 15 дней 2. 2 месяца 3. 4 месяца 4. 10 месяцев <p>12. Пациенту с серозным бурситом выполнили пункцию бурсы с аспирацией содержимого и в полость сумки ввели бетаметазон. К какой группе препаратов относят бетаметазон?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. антибиотик 2. НПВС 3. антигистаминный препарат 4. глюкокортикостероид <p>13. Пациенту с эпикондилитом правого локтевого сустава назначен лорноксикам. К какой группе препаратов относят лорноксикам?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. антибиотик 2. НПВС 3. антигистаминный препарат 4. антикоагулянт <p>14. Пациенту с остеоартрозом коленного сустава назначен лорноксикам. В какой суточной дозе назначают лорноксикам?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2,5-5 мг 2. 8 мг 2 раза 3. 100 мг 2 раза 4. 1200 мг <p>15. Больному после вскрытия гнойного бурсита назначен цефтриаксон. К какой группе препаратов относят цефтриаксон?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. антигистаминный препарат 2. антибиотик группы макролидов 3. антибиотик группы бета-лактамов 4. антибиотик группы фторхинолонов <p>17. Больному после вскрытия гнойного бурсита назначен ципрофлоксацин. К какой группе препаратов относят ципрофлоксацин?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. антигистаминный препарат 2. антибиотик группы макролидов 3. антибиотик группы бета-лактамов 4. антибиотик группы фторхинолонов <p>18. Больному после вскрытия гнойного бурсита назначен азитромицин. К какой группе препаратов относят азитромицин?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. антигистаминный препарат 2. антибиотик группы макролидов 3. антибиотик группы бета-лактамов 4. антибиотик группы фторхинолонов <p>19. Больному после вскрытия гнойного бурсита цефтриаксон назначают в дозе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 гр в день 2. 2,5 мг в день

3. 10 мг в день
4. 100 мг дважды в день

20. У больного выросший ноготь, хирург планирует выполнить удаление ногтевой пластины. Какой метод анестезии используют?

1. инфильтрационная
2. по Оберсту-Лукашевичу
3. спинальная анестезия
4. наркоз

II. Отработка практических умений и навыков

Формы организации учебной деятельности - решение ситуационных задач

Ситуационные задачи:

Задача № 1

К хирургу поликлиники обратился больной М., с жалобами на припухлость в области правого локтевого сустава.

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: по задней поверхности правого локтевого сустава определяется припухлость размерами 4x4 см, с жидкостным компонентом, кожа над ним не изменена.

- Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.
2. План обследования. Лечение больного.
3. Заполните лист назначений в амбулаторной карте больного.

Задача № 2

К хирургу поликлиники обратился больной М., 26 лет с жалобами на боли в области правого локтевого сустава. Из анамнеза известно, что занимается спортом, накануне посещал тренажерный зал.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: по задней поверхности правого локтевого сустава в области надмыщелка при пальпации определяется болезненность, кожа не изменена. .

- Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.
2. План обследования.
3. Лечение больного.

Задача № 3

К хирургу поликлиники обратилась больная М., 53 лет с жалобами на боли в левой пяточной области.

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: при пальпации левой пяточной области определяется

	<p>болезненность., кожа не изменена.</p> <p>Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. План обследования. 3. Лечение больного.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 4</p> <p>К хирургу поликлиники обратился больной К., 45 лет с жалобами на боль, припухлость в области левого локтевого сустава, t=37,8С.</p> <p>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.</p> <p>St.localis: по задней поверхности левого локтевого сустава определяется участок гиперемии 5x5 см, отечный, горячий и болезненный при пальпации, определяется флюктуация.</p> <p>Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. План обследования. Лечение больного. 3. Заполните лист назначений в амбулаторной карте больного.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 5</p> <p>К хирургу поликлиники обратилась больная М., 60 лет с жалобами на боли к области правого коленного сустава, хруст при движениях, несколько лет назад отмечала травму правого коленного сустава.</p> <p>Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.</p> <p>St.localis: область правого коленного сустава деформирована, движения ограничены, при пальпации и движении – резкая болезненность, отека мягких тканей не определяется.</p> <p>Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. План обследования. Лечение больного. 3. Заполните лист назначений в амбулаторной карте больного.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 6</p> <p>К хирургу поликлиники обратился больной М., 35 лет с жалобами на боль в I пальце правой стопы.</p> <p>Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 120/70 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.</p> <p>St.localis: в области медиального валика I пальца правой стопы определяется припухлость, покраснение болезненность при пальпации, флюктуации нет, ногтевая пластина вплотную прилегает к ногтевому валику, где определяется раневой дефект, отделяемое скудное, серозное.</p> <p>Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания. 2. План обследования. Лечение больного. 3. Заполните лист назначений в амбулаторной карте больного.</p> <p style="text-align: center;">III. Практическая подготовка на клинической базе (курация больного, отработка манипуляций).</p>
4	Заключительная часть занятия:

	<ul style="list-style-type: none">- 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