федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**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 № 9 от 30.04.21 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплинесодержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

1. ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Инд.ОПК7.1. Способность составить план лечения с учетом стандартов оказания медицинской помощи

Инд.ОПК7.2. Способность определять основные и побочные действия лекарственных препаратов, с учетом морфофункциональных особенностей, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека

Инд.ОПК7.3. Способность определять эффективность применения лекарственных препаратов с учетом морфофункциональных особенностей, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека

1. ПК-1. Готовность выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме.

Инд.ПК1.1. Готовность выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.

Инд.ПК1.2. Готовность оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающиеся угрозой жизни пациента.

1. ПК-7. Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы.

Инд.ПК7.1. Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, обусловленной медицинскими или социальными причинами

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1: «Амбулаторная хирургия»**

**Тема 1:** «Организация работы хирургического отделения поликлиники»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

-наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля

- оформление перечня нормативных документов по специальности

-доклад

-собеседование

-ситуационные задачи

-тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для устного опроса и собеседования.***
2. Стационарозамещающие технологии, актуальность вопроса, сущность организации, перспектива развития. Формы стационарозамещающей хирургической помощи. Центр амбулаторной хирургии.
3. Устройство, структура и организация работы хирургического отделения поликлиники. Приказы, регламентирующие работу хирурга.
4. Оснащение хирургических кабинетов, перевязочных и операционных в поликлинике, организация их работы.
5. Документация хирургического кабинета поликлиники.
6. Диспансеризация хирургических больных с заболеваниями периферических артерий и вен, осложнениями язвенной болезни, грыжами, ЖКБ и др. Диспансерные группы. Документация.
7. Профилактические осмотры, участие хирурга поликлиники.
8. 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". ФЗ 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»
9. Порядок оформления больных на МСЭ, форма 088
10. ***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 УСТАНАВЛИВАЕТСЯ 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](#Par386) 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](#Par115) 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](#Par115) 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

***III. Темы для доклада.***

1). Правила оформления электронного листка нетрудоспособности

2). Диспансеризация хирургических больных

***IV. Перечень документов, предлагаемых студентам для письменного оформления:***

1. Медицинская карта пациента, получающего амбулаторную помощь.
2. Талон пациента, получающего амбулаторную помощь
3. Листок нетрудоспособности
4. Направление на госпитализацию, консультацию
5. Карта диспансерного учета
6. Карта стационарного больного (для пациентов дневного стационара)

***V. 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 1,5х1,5 см, спаянное с дермой и смещаемое относительно подлежащих тканей. Врач осмотрел больную, поставил диагноз и рекомендовал плановое оперативное лечение в условиях поликлиники. Но пациентка начала сомневаться в необходимости оперативного лечения, мотивируя тем, что она работает в двух учреждениях и много теряет в заработной плате по месту работы по совместительству, где работает в течение года.

ЗаданиЕ:

1) Как выписать лист нетрудоспособности в данной ситуации?

**Задача № 5 (тема ЭВН)**

К хирургу поликлиники 10.01.2017 г. обратился больной М., 35 л. с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, t=38ºС. Из анамнеза: 4 дня назад поранил голень проволокой во время работы на даче. Объективно: в средней трети левой голени определяется инфильтрат 6х6см. с четкими границами, болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, определяется флюктуация.

Врач признал больного нетрудоспособным и выписал листок нетрудоспособности с 10.01.2017 по 17.01.2017, затем ввиду необходимости лечения продлил листок нетрудоспособности с 18.01.2017 по 25.01.2017.

ЗаданиЕ:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Оцените правильность оформления листка нетрудоспособности.

**Задача № 6 (тема ЭВН)**

К хирургу поликлиники обратился больной М., 30 лет с жалобами на боль в области раны верхней трети правого бедра. Из анамнеза: 1 час назад случайно в быту порезался стеклом. Объективно: в верхней трети правого бедра определяется рана 5х3 см., зияет, кровоточит. Врач выполнил ПХО раны, мероприятия по профилактике столбняка. При оформлении листка нетрудоспособности выяснилось, что пациент работает в течение 1 года по основному месту работы преподавателем медицинского ВУЗа, на условиях внешнего совместительства на 0,25 ставки в течение 3 лет врачом-терапевтом в больнице и на 0,25 ставки в течение 1,5 лет преподавателем медицинского колледжа.

ЗАДАНИЕ:

Как правильно хирургу поликлиники осуществить экспертизу временной нетрудоспособности пациента?

**Тема 2** «Лечение больных в условиях дневного хирургического стационара»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

-наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- творческое задание

- УИРС

- презентация

- доклад

-собеседование

-ситуационные задачи

-тестирование

-демонстрация алгоритма выполнения практического навыка

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. 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",
3. Клиника, диагностика и лечение хронической артериальной недостаточности. Облитерирующий атеросклероз, эндартериит сосудов нижних конечностей. Клиника, диагностика и лечение больных с синдромом диабетической стопы. Классификация СДС.
4. Клиника, диагностика и лечение хронической венозной недостаточности. Варикозное расширение вен нижних конечностей, поверхностный и глубокий тромбофлебит, ПТФБ. Техника операций: флебэктомия, склеротерапия, ЭВЛО, криостриппинг,
5. Клиника, диагностика и консервативное лечение больных с ПХЭС.
6. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке на парентеральное введение лекарственных средств.
7. Предоперационная подготовка больных к плановому оперативному лечению в условиях ЦАХ, дневного стационара.
8. Подготовка хирурга к операции. Уровни деконтаминации рук. Техника мытья рук.
9. Обезболивание в амбулаторных условиях. Виды анестезии. Техника выполнения местной инфильтрационной и проводниковой анестезии.
10. Техника операций: грыжесечение при паховой, пупочной, грыжи белой линии живота, удаление липомы, атеромы, папилломы, гигромы, фиброаденомы.
11. Послеоперационный период, осложнения и их профилактика.
12. Вич-аварийные ситуации, алгоритм действий при них. СанПин 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции»
13. ***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 расширение вен нижних конечностей аспирин назначат 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?

1. антикоагулянт

2. антиагрегант

3. флеботоник

4. статин

8. Больному с варикозным расширением вен нижних конечностей диосмин назначают в дозе:

1) 2,5 мг в день

2) 75 мг в день

3) 600 мг в день

4) 10 мг в день

9. Диосмин назначают при:

1. хронической артериальной недостаточности

2. хронической венозной недостаточности

3. острой артериальной недостаточности

4. сердечной недостаточности

10. Диосмин назначают при:

1. атеросклерозе сосудов нижних конечностей

2. абсцесс бедра

3. панариций

4. варикозном расширении вен конечностей

11.Факторы риска в развитии хронической венозной недостаточности:

1. прием аспирина

2. прием оральных контрацептивов

3. прием диосмина

4. прием пентоксифиллина

12. На прием к хирургу поликлиники обратилась пациентка, чья наследственность отягощена по риску развития варикозного расширения вен нижних конечностей. Работает продавцом. Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете для профилактики развития ХВН:

1. I класс

2. II класс

3. III класс

4. IV класс

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.

 1. I класс

2. II класс

3. III класс

4. IV класс

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:

1. I класс

2. II класс

3. III класс

4. IV класс

15. К хирургу поликлиники обратилась пациентка, после обследования врач установил диагноз: «Варикозное расширение вен нижних конечностей. ХВН С2s». Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете для прогрессирования симптомов ХВН:

1. I 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 голенях. 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 мыщц голени

3. прием апирина

4. прием жидкости, упражнения на сокращение мыщц голени, прием апирина

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
5. ***Темы для доклада***

1). Антикоагулянты и антиагреганты в лечении больных с заболеваниями периферических сосудов нижних конечностей.

2). Синдром Лериша.

1. ***Творческое задание***

1). Составление раздаточного материала по тематике занятия

1. ***Темы для УИРС***

1). Лечение трофических язв в амбулаторных условиях

2). Лечение больных с заболеваниями периферических сосудов в амбулаторных условиях

1. ***Темы для презентации***

1). Профилактика ХВН.

2). Синдром диабетической стопы

1. ***Перечень практических навыков для демонстрации***

1). Функциональные пробы при хронической артериальной недостаточности

2). Функциональные пробы при хронической венозной недостаточнчости

3). Измерение ЛПИ.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1 (тема ДС)**

В дневной хирургический стационар поступил больной К 70 лет с жалобами на боли в ногах, возникающие при ходьбе на расстоянии 400 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать, зябкость ног. Много курит.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/90 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, волосяной покров обеднен, пульсация на a. dorsalis pedis и а. tibialis posterior снижена.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.

**Задача № 2 (тема ДС)**

В дневной хирургический стационар поступила больная М 60 лет с жалобами на боли в правой нижней конечности, отеки на голени и стопе, возникающих к концу дня, судороги по ночам.

Из анамнеза известно, что 1 год назад лечилась по поводу острых болей и выраженного отека в правой нижней конечности.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: правая нижняя конечность увеличена в объеме + 2 см по сравнению с левой, в нижней трети правой голени по медиальной поверхности определяется язвенный дефект размерами 3х2 см, с налетом фибрина, отделяемое серозное.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.

**Задача № 3 (тема ДС)**

В дневной хирургический стационар поступил больной М., 65 лет с жалобами на боли в икроножных мышцах, возникающие при ходьбе на расстоянии 230 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать, парастезии, зябкость стоп. Страдает в течение 5 лет СД II типа.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/90 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, кожа истончена, пульсация на a. dorsalis pedis и а. tibialis posterior снижена. На II пальце правой стопы по боковой поверхности определяется поверхностный язвенный дефект 1х1 см в переделах кожи, на дне его – налет фибрина.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Выполните перевязку данному пациенту.

**Задача № 4 (тема ДС)**

В дневной хирургический стационар поступил больной Н., 30 лет с жалобами боли в ногах, возникающие при ходьбе на расстоянии 150 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать. Ранее отмечал в холодное время года, при длительной ходьбе, появление ощущения похолодания в I пальце стопы. Работает бурильщиком в условиях Крайнего Севера, курит до 15 сигарет в день.

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

St.localis: кожные покровы нижних конечностей сухие, волосяной покров на передней поверхности голеней обеднен, ногтевые пластины ломкие, с участками онихомикоза, пульсация на a. dorsalis pedis практически не определяется.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.

**Задача № 5 (тема ДС)**

В дневной хирургический стационар поступила больная К., 55 лет с жалобами на периодические боли в правом подреберье после приема жирной пищи. Из анамнеза: 5 лет назад пациентке выполнена холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, слабо безболезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данной пациентке.

 4. Дайте рекомендации больной после выписки из ДС.

**Задача № 6 (тема ДС)**

В дневном хирургическом стационаре на лечении находится пациент с диагнозом «Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. ХАН II А ст». Больному назначено в/в капельное введение сулодексида, через 5 минут от начала введения препарата, пациент начал жаловаться на затрудненное дыхание, резкую слабость и головокружение. Процедурная медицинская сестра обратила внимание на бледность кожных покровов больного, измерила АД – 80/50 мм.рт.ст., PS 110 в минуту и пригласила врача.

Задание: 1. Определите состояние пациента.

 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Тема 3** «Лечение ран и острой гнойной инфекции мягких тканей, кисти и пальцев в условиях поликлиники».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

- наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- УИРС

- презентация

- доклад

- собеседование

- тестирование

- ситуационные задачи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. Оперативное лечение больных с острой гнойной хирургической инфекцией. Способы обезболивания в амбулаторной хирургии.
3. Консервативное лечение больных с острой гнойной хирургической инфекцией в условиях поликлиники.
4. Лечение гнойных ран по фазам раневого процесса.
5. Клиника, диагностика и лечение хирургической инфекции мягких тканей I и II уровня (D.H. Ahrenholz, 1991) – фурункула, карбункула, гидраденита, рожистого воспаления, эризипелоида, абсцесса, флегмоны.
6. Клиника, диагностика и лечение лимфангиита, лимфаденита. Тактика хирурга поликлиники.
7. Клиника, диагностика и лечение различных форм панариция в условиях поликлиники. Анатомия кисти.
8. ПХО ран, показания, ход операции.
9. Экстренная профилактика столбняка. Приказ N 174 от 17.05.1999 "О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка".
10. Классификация, этиология, патогенез пролежней. Лечение пролежней. Профилактика пролежней.
11. Трофические язвы нижних конечностей. Патогенез трофических язв. Лечение трофических язв.
12. ***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 ципрофлоксацин. К какой группе препаратов относят ципрофлоксацин?

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. паранихий

# 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. паранихий

# 3. пандактилит

# 4. флегмона пальца

9. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:

1. температура >39ºС

2. температура <35ºС

3. температура >38ºС и <36ºС

4. температура >40ºС

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\*10⁹/л

2. лейкопения <3\*10⁹/л

3. лейкоцитоз >12\*10⁹/л и лейкопения <4\*10⁹/л

4. лейкопения <2\*10⁹/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

1. ***Темы для доклада***

1). Экстренная профилактика столбняка

2). Метициллинорезистентные стафилококки в этиологии хирургической инфекции мягких тканей.

1. ***Темы для УИРС***

1). Видовой состав и антибиотикочувствительность возбудителей панарициев.

2). Видовой состав и антибиотикочувствительность возбудителей абсцессов мягких тканей.

1. ***Темы для презентации***

1). Анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей.

2). Дифференциальная диагностика карбункула мягких тканей.

1. ***Перечень практических навыков для демонстрации***

1). Выполнение ПХО на симуляторе.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1 (тема ХИМТ)**

К хирургу поликлиники в в сентябре 2016г., обратился больной М., 46 л с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, t=38ºС. Из анамнеза: 4 дня назад поранил голень проволокой во время работы на даче. Объективно: в средней трети левой голени определяется инфильтрат 20х6см., болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, определяется флюктуация.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5мл в 1997,

АДС-М 0,5 мл в июне 2009г.,

АДС-М 0,5 мл в июле 2009г.,

АДС-М 0,5 мл в январе 2010г.

**Задача № 2 (тема ХИМТ)**

К хирургу поликлиники в июне 2016г. обратился больной К., 36 г. с жалобами на припухлость в области раны и боль правого плеча, t= 37,9ºC. Из анамнеза: 4 дня назад в быту получил рану плеча, лечился самостоятельно. Объективно: на передней поверхности правого плеча в нижней трети имеется рана 2х2 см, глубиной до 1 см с умеренным серозно-гнойным отделяемым, кожа вокруг раны гиперемирована, отечна, горячая на ощупь, проксимальнее раны – “дорожка” гиперемии в виде сеточки, подмышечные лимфоузлы справа увеличены, болезненны, мягкой консистенции, кожа над ними не изменена.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5 мл в 1996г,

АДС-М 0,5 мл в марте 2012г.,

АДС-М 0,5 мл в апреле 2012г.,

АДС-М 0,5 мл в сентябре 2013г.

**Задача № 3 (тема ХИМТ)**

К хирургу поликлиники в октябре 2016г., обратился подросток 16 лет с жалобами на сильные боли во II пальце левой кисти, от которых не смог уснуть предыдущую ночь. Из анамнеза: 5 дней назад занозил палец щепкой, самостоятельно ее удалил, обработал спиртом, 3 дня назад появились припухлость, гиперемия, болезненность II пальца левой кисти. Объективно: ногтевая фаланга на ладонной поверхности II пальца левой кисти отечна, гиперемирована, горячая на ощупь, при пальпации пуговчатым зондом определяется локальная болезненность, размягчение тканей на участке 0,5х0,3 см.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Последняя прививка АДС-М 0,5 мл. была в мае 2006г. Ваши мероприятия по профилактике столбняка?

**Задача № 4 (тема ХИМТ)**

Больной К., 41 год обратился в ноябре 2016г., к хирургу поликлиники с жалобами на боль в области резаной раны левого бедра.

Из анамнеза: 1 час назад на улице был ранен ножом неизвестным.

Объективно: в с/3 левого бедра рана 3х2 см с ровными краями, кровоточит.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5 мл в 1991г.,

АДС-М 0,5 мл в 2001г.,

АДС-М 0,5 мл в июне 2012г.,

АДС-М 0,5 мл в июле 2012г..

**Задача № 5 (тема ХИМТ)**

К хирургу поликлиники в феврале 2016г., обратился больной Н., 39 лет с жалобами на боль, покраснение, припухлость правой голени, t=39ºС. Из анамнеза: неделю назад ушиб правую стопу керамической плиткой на стройке, рану 0,5х1 см обработал 5% иодом, наложил повязку, к врачам не обращался. Объективно: на тыле стопы рана 0,5х1 см со скудным серозным отделяемым, в средней трети правой голени определяется гиперемия с четкими, неровными краями, как «языки пламени», голень увеличена в объеме, горячая на ощупь, при пальпации - болезненность.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) В чем заключается профилактика столбняка, если больной получил:

АДС-М 0,5 мл в июне 2004г,

АДС-М 0,5 мл в январе 2015г.?

**Задача № 6 (тема ХИМТ)**

К хирургу поликлиники в декабре 2016г. обратился военнослужащий К.,40 лет с жалобами на боль, покраснение вокруг раны левого предплечья, полученную в результате термического ожога 4 дня тому назад. Объективно: в средней трети левого предплечья имеется рана 3х4 см с гнойным отделяемым, кожа вокруг раны на участке 10х8 см гиперемирована, отечна, горячая на ощупь, определяется болезненность при пальпации, t=39,2ºС.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если сведений о прививках у больного нет.

**Тема 4 «**Лечение заболеваний прямой кишки и параректальной клетчатки в условиях поликлиники**».**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

-наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- презентация

- доклад

- собеседование

- тестирование

- ситуационные задачи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. Анатомия прямой кишки, параректальных клетчаточных пространств.
3. Методы диагностики заболеваний прямой кишки и параректальной клетчатки. Подготовка больных к колоноскопии, ректороманоскопии, ирригографии.
4. Классификация парапроктита. Клиника, диагностика различных видов парапроктита.
5. Методы лечения острого и хронического парапроктита.
6. Клиника, диагностика и лечение острого геморроя в условиях поликлиники.
7. Клиника, диагностика и лечение трещины заднего прохода в условиях поликлиники.
8. Эпителиальный копчиковый ход. Клиника, диагностика и лечение.
9. ***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

* 1. 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 39ºС. 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 назначении препаратов:

1. антибиотики

2. флеботоники

3. бета-блокаторы

4. ноотропы

1. ***Темы для доклада***

1). Эпителиальный копчиковый ход

2). Лекарственные препараты для лечения хронического геморроя

1. ***Темы для презентации***

1). Параректальные свищи

2). Эпителиальная копчиковая киста

1. ***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 лечения.

**Задача № 3**

В хирургическое отделение поступила больная К., 40 лет с жалобами на боли в нижних отделах живота, t=39°С, 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.

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

**Задача № 4**

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 1,0х0,8 см., покрытая пленкой фибрина.

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

**Задача № 5**

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 3х2 см геморроидальные узлы, багрово-синюшного цвета. Узлы напряжены, плотные на ощупь, резко болезненные.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2)Какие инструментальные методы исследования Вы предложите больному? 3) План лечения.

**Задача № 6**

Больной 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки в конце акта лефекации, 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 аноскопии выше гребешковой линии на 3,7 и 11 часах выявлены геморроидальные узлы, спадающиеся, с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 107 г/л.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2)Какие инструментальные методы исследования Вы предложите больному? 3) План лечения.

**Тема 5 «**Амбулаторное лечение воспалительных и дегенеративных хирургических заболеваний стопы и мягких тканей опорно-двигательного аппарата»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

-наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- презентация

- доклад

- собеседование

- тестирование

- ситуационные задачи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. Клиника, диагностика и лечение эпикондилита.
3. Клиника, диагностика и лечение серозного и гнойного бурсита.
4. Клиника, диагностика и лечение периартрита
5. Клиника, диагностика и лечение кисты Бейкера.
6. Клиника, диагностика и лечение остеофита пяточной кости.
7. Клиника, диагностика и лечение остеоартрозов крупных суставов. Показания для эндопротезирования суставов. Техника пункции суставов.
8. Клиника, диагностика и лечение контрактуры Дюпюитрена, болезни Де Кервена. Остеохондропатии.
9. Клиника, диагностика и лечение вросшего ногтя.
10. ***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. Основной метод лечения гнойного препателлярного бурсита:

1. анттибиотикотерапия

2. пункция сумки

3. вскрытие, дренирование сумки

4. дезинтоксикационная терапия

3. Основной метод лечения серозного бурсита

1. атибиотикотерапия

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 cт

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

4. 100 мг 2 раза

 10. Пациент с остеоартрозом IV ст направляется на оперативное лечение. Какую учетную форму заполнит хирург для направления на госпитализацию?

1. 025/у

2. 030/у

3. 057/у

4. 027/у

11. Пациенту трудоспособного возраста с остеоартрозом IV ст. выполнили эндопротезирование правого тазобедренного сустава. Трудовой прогноз его – благоприятный. Пациент будет находится на листке нетрудоспособности:

1. 15 дней

2. 2 месяца

3. 4 месяца

4. 10 месяцев

12. Пациенту с серозным бурситом выполнили пункцию бурсы с аспирацией содержимого и в полость сумки ввели бетаметазон. К какой группе препаратов относят бетаметазон?

1. антибиотик

2. НПВС

3. антигистаминный препарат

4. глюкокортикостероид

13. Пациенту с эпикондилиом правого локтевого сустава назначен лорноксикам. К какой группе препаратов относят лорноксикам?

1. антибиотик

2. НПВС

3. антигистаминный препарат

4. антикоагулянт

14. Пациенту с остеоартрозом коленного сустава назначен лорноксикам. В какой суточной дозе назначают лорноксикам?

1. 2,5-5 мг

2. 8 мг 2 раза

3. 100 мг 2 раза

4. 1200 мг

15. Больному после вскрытия гнойного бурсита назначен цефтриаксон. К какой группе препаратов относят цефтриаксон?

1. антигистаминный препарат

2. антибиотик группы макролидов

3. антибиотик группы бета-лактамов

4. антибиотик группы фторхинолонов

17. Больному после вскрытия гнойного бурсита назначен ципрофлоксацин. К какой группе препаратов относят ципрофлоксацин?

1. антигистаминный препарат

2. антибиотик группы макролидов

3. антибиотик группы бета-лактамов

4. антибиотик группы фторхинолонов

18. Больному после вскрытия гнойного бурсита назначен азитромицин. К какой группе препаратов относят азитромицин?

1. антигистаминный препарат

2. антибиотик группы макролидов

3. антибиотик группы бета-лактамов

4. антибиотик группы фторхинолонов

19. Больному после вскрытия гнойного бурсита 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

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

1. инфильтрационная

2. по Оберсту-Лукашевичу

3. спинальная анестезия

4. наркоз

1. ***Темы для доклада***
2. Болезнь Пертеса.
3. Болезнь Осгут-Шлаттера
4. ***Темы для презентации***
5. Эндопротезирование коленного сустава.
6. Эндопротезирование тазобедренного сустава
7. ***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 4х4 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 болезненность., кожа не изменена..

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. План обследования.

 3. Лечение больного.

**Задача № 4**

К хирургу поликлиники обратился больной К., 45 лет с жалобами на боль, припухлость в области левого локтевого сустава, t=37,8С.

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 левого локтевого сустава определяется участок гиперемии 5х5 см, отечный, горячий и болезненный при пальпации, определяется флюктуация.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. План обследования. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в амбулаторной карте больного.

**Задача № 5**

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.

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.

St.localis: область правого коленного сустава деформирована, движения ограничены, при пальпации и движении – резкая болезненность, отека мягких тканей не определяется.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. План обследования. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в амбулаторной карте больного.

**Задача № 6**

К хирургу поликлиники обратился больной М., 35 лет с жалобами на боль в I пальце правой стопы.

Объективно: состояние больнго удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 120/70 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

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.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. План обследования. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в амбулаторной карте больного.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
|  Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам, в устной форме

 **Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет: Рд=Рт+Рб+Рз,*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен: Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -****текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

*Образец критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга.*

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Стационарозамещающие технологии, актуальность вопроса, сущность организации, перспектива развития. Формы стационарозамещающей хирургической помощи. Центр амбулаторной хирургии.Документация.
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. Документация
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. Приказы, регламентирующие проведение профосмотров.
7. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Оформление листка нетрудоспособности, справки учащегося. Приказы, регламентирующие проведение экспертизы нетрудоспособности.
8. Порядок оформления больных на МСЭ.
9. Предоперационный период, этапы. Предоперационное обследование плановых больных. Виды предоперационной подготовки больного, препараты для премедикации. Оформление документации при направлении на оперативное лечение
10. Подготовка хирурга к операции. Уровни деконтаминации рук. Техника мытья рук. Использование кожных антисептиков.
11. Обезболивание в амбулаторных условиях. Виды анестезии. Техника выполнения местной инфильтрационной и проводниковой анестезии.
12. Клиника, диагностика и лечение паховой, пупочной, грыжи белой линии живота, удаление липомы, атеромы, папилломы, гигромы, фиброаденомы. Техника операций: флебэктомия, склеротерапия, ЭВЛО, криостриппинг, грыжесечение при паховой, пупочной, грыжи белой линии живота, удаление липомы, атеромы, папилломы, гигромы, фиброаденомы.
13. Послеоперационный период, осложнения и их профилактика. Использование препаратов для симптоматической терапии в послеоперационном периоде.
14. Вич-аварийные ситуации, алгоритм действий при них. Препараты укладки для экстренной профилактики парентеральных инфекций.
15. Порядок оказания помощи в дневном хирургическом стационаре. Документация дневного хирургического стационара.
16. Синдром «перемежающейся хромоты» Классификация ХАН по Фонтейну-Покровскому. Диагностика. Функциональные пробы, ЛПИ.
17. Клиника, диагностика и лечение облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Диспансеризация. Профилактика.
18. Клиника, диагностика и лечение облитерирующего эндартериита сосудов нижних конечностей. Диспансеризация. Профилактика.
19. Клиника, диагностика и лечение болезни Рейно. Диспансеризация.
20. Клиника, диагностика и лечение больных с синдромом диабетической стопы. Классификация СДС по Wagner.
21. ХВН. Этиология, патогенез, классификация ХВН по СЕАР. Функциональные пробы.
22. Клиника, диагностика и лечение варикозного расширения вен нижних конечностей. Диспансеризация. Профилактика.
23. Клиника, диагностика и лечение острого поверхностного тромбофлебита нижних конечностей. Тактика хирурга поликлиники.
24. Клиника, диагностика и лечение острого глубокого тромбофлебита нижних конечностей. Тактика хирурга поликлиники.
25. Клиника, диагностика и лечение ПТФБ.
26. Клиника, диагностика и консервативное лечение больных с ПХЭС.
27. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке на парентеральное введение лекарственных средств.
28. Этиология, патогенез острой гнойной хирургической инфекции мягких тканей. ССВО, критерии.
29. Оперативное лечение больных с острой гнойной хирургической инфекцией. Способы обезболивания в амбулаторной хирургии.
30. Консервативное лечение больных с острой гнойной хирургической инфекцией в условиях поликлиники.
31. Лечение гнойных ран по фазам раневого процесса.
32. Клиника, диагностика и лечение фурункула.
33. Клиника, диагностика и лечение карбункула мягких тканей.
34. Клиника, диагностика и лечение гидраденита
35. Клиника, диагностика и лечение рожистого воспаления, эризипелоида.
36. Клиника, диагностика и лечение абсцесса, флегмоны.
37. Клиника, диагностика и лечение лимфангиита, лимфаденита. Тактика хирурга поликлиники.
38. Клиника, диагностика и лечение различных форм панариция в условиях поликлиники. Анатомия кисти. Флегмоны кисти.
39. ПХО ран, показания, ход операции.
40. Экстренная профилактика столбняка. Показания, схемы.
41. Порядок работы стационара на дому, функции стационара на дому.
42. Классификация, этиология, патогенез пролежней. Лечение пролежней
43. Профилактика пролежней.
44. Трофические язвы нижних конечностей. Патогенез трофических язв. Лечение трофических язв.
45. Асцит, этиология, патогенез, клиника. Техника лапароцентеза при асците.
46. Методы диагностики заболеваний прямой кишки и параректальной клетчатки. Подготовка больных к колоноскопии, ректороманоскопии, ирригографии.
47. Клиника, диагностика и лечение подкожного, подслизистого, ишиоректального, пельвиоректального парапроктита.
48. Клиника, диагностика и лечение острого геморроя в условиях поликлиники.
49. Клиника, диагностика и лечение трещины заднего прохода в условиях поликлиники.
50. Эпителиальный копчиковый ход. Клиника, диагностика и лечение.
51. Клиника, диагностика и лечение эпикондилита.
52. Клиника, диагностика и лечение серозного и гнойного бурсита.
53. Клиника, диагностика и лечение периартрита
54. Клиника, диагностика и лечение кисты Бейкера.
55. Клиника, диагностика и лечение остеофита пяточной кости.
56. Клиника, диагностика и лечение остеоартрозов крупных суставов. Показания для эндопротезирования суставов. Техника пункции суставов.
57. Клиника, диагностика и лечение контрактуры Дюпюитрена, болезни Де Кервена. Остеохондропатии.
58. Клиника, диагностика и лечение вросшего ногтя.
59. Клиника, диагностика (авторские симптомы) и тактика при о.аппендиците, о.холецистите, о.панкреатите, осложнениях язвенной болезни, ущемленной грыжи, о.кишечной непроходимости, гемоперитонеуме, перитоните.
60. Оказание неотложной помощи при состояниях: анафилактический шок, коллапс, обморок, отек Квинке, гипо- и гипергликемическая кома, гипертонический криз, эпиприступ, кровотечение, клиническая смерть.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Ситуационная задача 1**

К хирургу поликлиники обратилась больная К., 50 лет, с жалобами на тяжесть в ногах, отеки, периодически судороги.

Объективно: состояние удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм.рт.ст., пульс 70 в минуту, живот мягкий, безболезненный, мочеиспускание, стул не нарушены.

St. localis: по медиальной поверхности правой голени и бедра определяются «извитые шнуры», пастозность голеней, трофических нарушений нет, кожа не изменена, пульсация на артериях стопы отчетливая.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

* 1. План обследования.
	2. Лечение, профилактика, диспансеризация.
	3. Дайте рекомендации по профилактике прогрессирования заболевания.

**Ситуационная задача 2**

К хирургу поликлиники обратилась больной К., 32 лет с жалобами на боль, припухлость в правой подмышечной области, беспокоит в течение 5 дней.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 120/80 мм рт ст., PS 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание стул, не нарушены.

St.localis: в левой подмышечной области определяется участок гиперемии 3х3 см, болезненный при пальпации, отечный, кожа горячая на ощупь, определяется размягчение тканей.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования больного.

 3) Лечение.

**Ситуационная задача 3**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 80 лет, с жалобами на наличие раны в области правой лопатки, больной находится на постоянном постельном режиме.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в области правой лопатки определяется язвенный дефект 7х7 см, на всю толщу подкожно-жировой клетчатки с вовлечением фасции, отделяемое серозно-гнойное, по краям дефекта ткани тусклые, темно-серого цвета, местами с линией демаркации.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования больного.

 3) Лечение, профилактика.

**Ситуационная задача 4**

К хирургу поликлиники обратилась больная К., 35 лет с жалобами на боли в области I пальца правой кисти, беспокоят в течение 3 дней.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в области латерального ногтевого валика I пальца правой кисти определяется участок гиперемии 1х0,8 см, болезненный при пальпации, кожа горячая на ощупь, определяется размягчение тканей.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования больного.

 3) Лечение.

**Ситуационная задача 5**

Больной М., 45 лет обратился к хирургу поликлиники с жалобами на сильные боли при дефекации, запоры.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в анальной области определяется дефект слизистой оболочки 1х0,3 см, под фибрином, отделяемое серозное.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования больного.

 3) Лечение.

**Ситуационная задача 6**

К хирургу поликлиники обратилась больной Н., 38 лет с жалобами на боль, покраснение, припухлость правой голени, t=39ºС. Из анамнеза: месяц назад ушиб правую стопу керамической плиткой на стройке, рану 0,5х1 см обработал 5% иодом, наложил повязку, к врачам не обращался.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: на тыле стопы рана 0,5х1 см со скудным серозным отделяемым, в средней трети правой голени определяется гиперемия с четкими, неровными краями, как «языки пламени», голень увеличена в объеме, горячая на ощупь, при пальпации - болезненность.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования больного.

 3) Лечение.

**Ситуационная задача 7**

К хирургу поликлиники обратился больной М., 28 л. с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, t=38ºС. Из анамнеза: 4 дня назад поранил голень проволокой во время работы на даче. Объективно: в средней трети левой голени определяется участок гиперемии 5х5см., болезненный при пальпации, кожа над ним горячая на ощупь, определяется размягчение тканей.

При оформлении листка нетрудоспособности выяснилось, что пациент работает в течение 1 года по основному месту работы водителем и в течение 1,5 лет совмещает преподавателем в автошколе.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

 2) Как правильно хирургу поликлиники осуществить экспертизу временной нетрудоспособности пациента?

**Ситуационная задача 8**

К хирургу поликлиники 10.01.2019 г. обратился больной М., 35 л. с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени. Объективно: в средней трети левой голени определяется участок гиперемии 5х5см., болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, в центре определяется флюктуация.

Врач признал больного нетрудоспособным и выписал листок нетрудоспособности с 10.01.2019 по 25.01.2019, затем ввиду необходимости долечивания через ВК продлил листок нетрудоспособности с 26.01.2019 по 29.01.2019.

Задание:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Оцените правильность оформления листка нетрудоспособности.

**Ситуационная задача 9**

К хирургу поликлиники обратился больной К., 37 лет с жалобами на отек левой нижней конечности, наличие трофической язвы левой голени. Из анамнеза известно, что 3 года назад после грыжесечения развился отек и цианоз левой нижней конечности, боли в левой паховой области. Постепенно отек уменьшился, однако появились варикозно-расширенные поверхностные вены в левой паховой области и нижней части живота. Год назад на медиальной поверхности голени открылась трофическая язва. Несмотря на проводимое консервативное лечение, язва постоянно рецидивирует. Пробы Дельбе-Пертеса, Пратта-I отрицательные.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования больного.

 3) Лечение.

**Ситуационная задача 10**

К хирургу поликлиники 20.03.19г. обратилась больная М., 50 лет с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени.

Из анамнеза известно, что с 10.03.19 по 21.03.19 открыт листок нетрудоспособности у терапевта по поводу гипертонической болезни, динамика положительная. Больной передан для дальнейшего лечения хирургу.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, хрипов нет, АД 140/80 мм рт ст., PS 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание не нарушены.

St.localis: в средней трети левой голени определяется участок гиперемии 1,5х1,5см., болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, в центре определяется флюктуация.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

 2). Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

 пациентки до 30.03.19г.

**Ситуационная задача 11**

Больная М., 30 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, беспокоит в течение 5 суток.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, хрипов нет, АД 130/80 мм рт ст., PS 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в средней трети левой голени определяется участок гиперемии 1,5х1,5см., болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, в центре определяется флюктуация.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования больного.

 3) Лечение.

**Ситуационная задача 12**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 84 лет, с жалобами на наличие раны в левой пяточной области. Из анамнеза известно, что 2 года назад больной перенес ишемический инсульт, парализована левая рука и нога, находится на постельном режиме.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в левой пяточной области определяется язвенный дефект 3х3 см, на всю толщу подкожно-жировой клетчатки с вовлечением фасции, отделяемое серозно-гнойное, по краям дефекта ткани тусклые, темно-серого цвета, местами с линией демаркации.

Задание: 1. Ваш предположительный диагноз?

 2. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

**Ситуационная задача 13**

К хирургу поликлиники в марте 2016г., обратился больной М., 41 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 0,5х0,3см.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Тактика хирурга

3) Необходимо ли провести профилактику столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5 мл в 1992г

АДС-М 0,5 мл в 2002г.,

АДС-М 0,5 мл в октябре 2013г.?

**Ситуационная задача 14**

Больной Петров А.И.., работает на стройке, обратился к хирургу поликлиники 02.02.2019 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 02.02.2019 по 16.02.2019. Выписывая лист нетрудоспособности синими чернилами, врач указал фамилию пациента – Петеров, обнаружил свою неточность, зачеркнул букву «е».

ЗаданиЕ:

1) Оцените правильность оформления листка нетрудоспособности.

2) Как правильно оформить лист нетрудоспособности в данной ситуации?

**Ситуационная задача 15**

К хирургу поликлиники 15.03 2019обратился 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.

**Ситуационная задача 16**

К хирургу поликлиники обратился больной М., 30 лет с жалобами на боль в области раны верхней трети правого бедра. Из анамнеза: 1 час назад случайно в быту порезался стеклом. Объективно: в верхней трети правого бедра определяется рана 5х3 см., зияет, кровоточит. Врач выполнил ПХО раны, мероприятия по профилактике столбняка. При оформлении листка нетрудоспособности выяснилось, что пациент работает в течение 1 года по основному месту работы преподавателем медицинского ВУЗа, на условиях внешнего совместительства на 0,25 ставки в течение 3 лет врачом-терапевтом в больнице и на 0,25 ставки в течение 1,5 лет преподавателем медицинского колледжа.

ЗАДАНИЕ:

Как правильно хирургу поликлиники осуществить экспертизу временной нетрудоспособности пациента?

**Ситуационная задача 17**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступила пациентка М, 45 лет с жалобами на тяжесть в ногах, отеки к вечеру на голенях и стопах, судороги по ночам.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: на медиальной поверхности правой голени и бедра определяется варикозно-расширенные вены, пастозность голеней.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3. Расскажите ход операции, проведенной данной пациентке.

**Ситуационная задача 18**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступил пациент Н, 40 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой паховой области, беспокоит в течении 1 года, возникло после подъема тяжестей.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в правой паховой области определяется опухолевидное образование 3х3см, мягкоэластической консистенции, вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок передается, дефект апоневроза 2,5см.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3. Расскажите ход операции, проведенной данному пациенту.

**Ситуационная задача 19**

К хирургу поликлиники на плановое оперативное лечение поступил пациент К, 35 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в средней трети правого бедра, беспокоит в течении 10 лет, постепенно увеличивалось в размерах.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в средней трети правого бедра определяется образование 2х2 см, мягко-эластической консистенции, подвижное, безболезненное, кожа над ним не изменена.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3. Расскажите ход операции, проведенной данному пациенту.

**Ситуационная задача 20**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступила больная К., 26 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой молочной железе, обследована в онкодиспансере – при гистологическом исследовании выявлен доброкачественный характер патологии.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в нижненаружном квадранте правой молочной железы определяется образование 2х2 см, плотной консистенции, подвижное, не спаяно с кожей, безболезненное, кожа над ним не изменена, регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больной.

 3. Расскажите ход операции, проведенной данной пациентке.

**Ситуационная задача 21**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступил пациент М, 50 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в пупочной области, беспокоит в течении 3 месяцев, возникло после подъема тяжестей.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в пупочной области определяется опухолевидное образование 3х3см, мягкоэластической консистенции, вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок передается, дефект апоневроза 2,5см.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3. Расскажите ход операции, проведенной данному пациенту.

**Ситуационная задача 22**

В ЦАХ во время планового грыжесечения при выполнении разреза подкожножировой клетчатки, хирургу в глаз струей попала кровь больного, при этом он случайно порезался скальпелем. Хирург снял перчатку, выдавил кровь из ранки, обработал 70% спиртом, одел стерильную перчатку и продолжил оперативное вмешательство.

Задание: 1. Оцените действия хирурга.

 2. Ваши действия.

**Ситуационная задача 23**

В дневной хирургический стационар поступил больной К 60 лет с жалобами на боли в ногах, возникающие при ходьбе на расстоянии 300 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать, зябкость ног. Много курит.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/90 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, волосяной покров обеднен, пульсация на a. dorsalis pedis и а. tibialis posterior снижена.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС по профилактике прогрессирования заболевавния.

**Ситуационная задача 24**

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 + 2,5 см по сравнению с левой, в нижней трети правой голени по медиальной поверхности определяется язвенный дефект размерами 3х2 см, с налетом фибрина, отделяемое серозное.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.

**Ситуационная задача 25**

В дневной хирургический стационар поступил больной М., 65 лет с жалобами на боли в икроножных мышцах, возникающие при ходьбе на расстоянии 40 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать, парастезии, зябкость стоп. Страдает в течение 5 лет СД II типа.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/90 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, кожа истончена, пульсация на a. dorsalis pedis и а. tibialis posterior снижена. На II пальце правой стопы по боковой поверхности определяется глубокий язвенный дефект 1х1 см без вовлечения кости, 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.

**Ситуационная задача 26**

В дневной хирургический стационар поступил больной Н., 30 лет с жалобами боли в ногах, возникающие при ходьбе на расстоянии 50 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать. Ранее отмечал в холодное время года, при длительной ходьбе, появление ощущения похолодания в I пальце стопы. Работает бурильщиком в условиях Крайнего Севера, курит до 15 сигарет в день.

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

St.localis: кожные покровы нижних конечностей сухие, волосяной покров на передней поверхности голеней обеднен, ногтевые пластины ломкие, с участками онихомикоза, пульсация на a. dorsalis pedis практически не определяется.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.

5. Какие факторы риска могли привести к данному заболеванию?

**Ситуационная задача 27**

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 пентоксифиллина, через 5 минут от начала введения препарата, пациент начал жаловаться на затрудненное дыхание, резкую слабость и головокружение. Процедурная медицинская сестра обратила внимание на бледность кожных покровов больного, измерила АД – 80/50 мм.рт.ст., PS 110 в минуту и пригласила врача.

Задание: 1. Определите состояние пациента.

2.Составьте алгоритм оказания неотложной помощи

**Ситуационная задача 28**

К хирургу поликлиники в в сентябре 2016г., обратился больной М., 46 л с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, t=38ºС. Из анамнеза: 4 дня назад поранил голень проволокой во время работы на даче. Объективно: в средней трети левой голени определяется инфильтрат 20х6см., болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, определяется флюктуация.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5мл в 1997,

АДС-М 0,5 мл в июне 2009г.,

АДС-М 0,5 мл в июле 2009г.,

АДС-М 0,5 мл в январе 2010г.

**Ситуационная задача 29**

К хирургу поликлиники в июне 2016г. обратился больной К., 36 г. с жалобами на припухлость в области раны и боль правого плеча, t= 37,9ºC. Из анамнеза: 4 дня назад в быту получил рану плеча, лечился самостоятельно. Объективно: на передней поверхности правого плеча в нижней трети имеется рана 2х2 см, глубиной до 1 см с умеренным серозно-гнойным отделяемым, кожа вокруг раны гиперемирована, отечна, горячая на ощупь, проксимальнее раны – “дорожка” гиперемии в виде сеточки, подмышечные лимфоузлы справа увеличены, болезненны, мягкой консистенции, кожа над ними не изменена.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5 мл в 1996г,

АДС-М 0,5 мл в марте 2012г.,

АДС-М 0,5 мл в апреле 2012г.,

АДС-М 0,5 мл в сентябре 2013г.

**Ситуационная задача 30**

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?

**Ситуационная задача 31**

К хирургу поликлиники в октябре 2016г., обратился больной К., 34 лет с жалобами на боль, припухлость, почернение I пальца правой стопы. Из анамнеза: страдает сахарным диабетом 5 лет, коррегирует гликемию инсулином. Объективно: I палец правой стопы багрово-синюшного цвета, на ногтевой фаланге – трофическая язва 1х1см с гнойным отделяемым с неприятным запахом, на дне – некротические ткани, пульсация на a. dorsalis pedis и a.tibialis posterior отсутствуют.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Необходимо ли проводить профилактику столбняка, если больной получил:

АДС-М 0,5мл в 1998г.,

АДС-М 0,5 мл в феврале 2009г.,

АДС-М 0,5 мл в марте 2009г.?

**Ситуационная задача 32**

К хирургу поликлиники в марте 2016г., обратился больной М., 41 лет с жалобами на боли и припухлость I пальца левой кисти, t=38\*С.

Из анамнеза: 4 дня назад больного укусила своя собака за I палец левой кисти, к врачам не обращался, рану самостоятельно обработал иодом.

Объективно: на проксимальной фаланге I пальца левой кисти рана 0,5х0,5 см с гнойным отделяемым. I палец гиперемирован, отечен, находится в полусогнутом положении. При внимательном осмотре врач обнаружил, что V палец левой кости тоже несколько отечен, слегка согнут, движения болезненные, в области тенора и гипотенора – гиперемия кожи, болезненность при пальпации.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз? Какое осложнение возникло у пациента?

2) Тактика хирурга?

3) Необходимо ли провести профилактику столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5 мл в 2002г.,

**Ситуационная задача 33**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту К., 84 лет, с жалобами на наличие, незаживающего в течение 3 месяцев, язвенного дефекта по медиальной поверхности левой голени. Из анамнеза известно, что 5 лет назад больной перенес тромбофлебит глубоких вен левой голени.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/100 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: левая голень + 2,5 см по сравнению с правой, по медиальной поверхности левой голени определяется язвенный дефект 5х5 см, отделяемое серозно-гнойное, на дне – фибрин, местами вялые грануляции.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 3. Выполните перевязку больному.

**Ситуационная задача 34**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту Н., 80 лет, которому выполнена ампутация правой нижней конечности на уровне в/3 бедра по поводу гангрены правой стопы на фоне облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Пациент находится на постельном режиме, подвижность его ограничена, аппетит плохой, родственники переживают, что у пациента могут возникнуть пролежни. Пациент курит по 10 сигарет в день.

Объективно: телосложение пациента ниже среднего, кожные покровы сухие. дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание самостоятельное, стул не нарушен.

Задание: 1. Оцените риск развития пролежней по шкале Ватерлоу. (шкала прилагается)

 2. Дайте рекомендации родственникам по профилактике пролежней у больного.

 3. Наметьте план мероприятий по диспансеризации больного.

**Ситуационная задача 35**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 78 лет, с жалобами на боль, припухлость в с/3 правого бедра, беспокоит в течение 5 суток. Из анамнеза известно, что пациент в течение 20 лет страдает СД II типа.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в области с/3 правого бедра определяется участок гиперемии 2х2 см, с гнойным стержнем в центре, кожа вокруг отечна, болезненна при пальпации, горячая на ощупь, определяется размягчении тканей.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

**Ситуационная задача 36**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 80 лет, с жалобами на увеличение живота. Из анамнеза известно, что пациент страдает циррозом печени, 3 месяца назад находился на стационарном лечении, тогда отмечал наличие черного стула.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, АД 130/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот увеличен в объеме, перкуторно – свободная жидкость в брюшной полости. Печень + 4 см из под края реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

**Ситуационная задача 37**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту К., 78 лет, ранее выписан из сосудистого отделения, где находился с жалобами на боль, припухлость, уплотнение в виде шнура по медиальной поверхности левой голени.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в области с/3 левой голени определяется участок 3х0,5 см плотной консистенции, практически безболезненный, кожа на этом участке слегка гиперпигментирована, гиперемии, отека нет.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

**Ситуационная задача 38**

В хирургическое отделение поступила больная К., 40 лет с жалобами на боли в нижних отделах живота, t=39°С, 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.

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

**Ситуационная задача 39**

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 3х2 см геморроидальные узлы, багрово-синюшного цвета. Узлы напряжены, плотные на ощупь, резко болезненные.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2)Какие инструментальные методы исследования Вы предложите больному? 3) План лечения.

**Ситуационная задача 40**

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 4х4 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.

**Ситуационная задача 41**

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.

**Ситуационная задача 42**

К хирургу поликлиники обратилась больная М., 43 года., с жалобами на боль, покраснение, уплотнение на медиальной поверхности левой голени и бедра, t=38,6ºС.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание не нарушены.

St.localis: на медиальной поверхности левой голени и средней трети бедра по ходу варикозно-расширенных поверхностных вен определяется гиперемия, пальпируется болезненный плотный тяж.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования больного.

 3) Лечение.

**Ситуационная задача 43**

Хирурга поликлиники вызвали на дом к больной М., 73 лет, накануне выписанной из стационара после проведенной аппендэктомии. Жалуется на боли в правой голени.

Объективно: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, послеоперационный рубец без признаков воспаления. Левая нижняя конечность не изменена. Кожные покровы правой нижней конечности – обычной окраски, отмечается отек стопы и окололодыжечной области. Движения в суставах конечности сохранены, чувствительность не нарушена. Артериальная пульсация на всем протяжении конечности отчетливая. При тыльном сгибании стопы отмечается появление резких болей в икроножных мышцах.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования и лечения. Тактика хирурга поликлиники.

**Ситуационная задача 44**

К хирургу поликлиники обратился больной М., с жалобами на припухлость в области левого 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 левого локтевого сустава определяется припухлость размерами 5х5 см, с жидкостным компонентом, кожа над ним не изменена.

Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования больного.

 3) Лечение.

**Ситуационная задача 45**

К хирургу поликлиники обратилась женщина К., 30 лет, с жалобами на слабость, ломкость ногтей, зуд и жжение в области заднего прохода, запоры, периодически обнаруживает алую кровь на каловых массах. При осмотре больная бледная, кожа сухая, отмечается ломкость ногтей.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) План обследования и лечения. 3) Дайте рекомендации по профилактике прогрессирования заболевания. 4) Заполните карту диспансерного наблюдения.

**Ситуационная задача 46**

К хирургу поликлиники 18.02.19г. обратилась больная М., 30 лет с жалобами на боли в послеоперационной ране правой подвздошной области.

Из анамнеза: 07.02.19 - 16.02.19– стационарное лечение, 07.02.19г. выполнена аппендэктомия.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 78 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области, где определяется послеоперационная рана длиной 7 см, без признаков воспаления.. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

Пациент находится на листке нетрудоспособности с 07.02.19 по 18.02.19г.

Задания: 1). Проведите экспертизу временной нетрудоспособности до 28.02.19г. включительно.

**Ситуационная задача 47**

К хирургу поликлиники обратился больной К., 54 лет с жалобами на боли в ногах, возникающие при ходьбе на расстоянии 180 метров, в результате которых вынужден останавливаться и отдыхать, больной курит по 15 сигарет в день. При осмотре – нижние конечности уменьшены в объеме, облысение в нижней трети правой голени. Кожа стоп и голеней сухая, шелушится, на подошвенной поверхности - гиперкератоз. Ногти утолщены, ломкие, тусклые. Пульсация на артериях стоп не определяется.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования и лечения.

**Ситуационная задача 48**

К хирургу поликлиники обратился больной К., 24 г., последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе, может пройти без остановки лишь 50-60 м. Кожные покровы левой стопы и голени до средней трети бледные, на ощупь холоднее симметричных участков правой нижней конечности. Активные движения в суставах в полном объеме, гипостезия на стопе. Пульсация бедренной и подколенной артерии – четкая, на артериях стопы не определяется. Отмечается ослабление пульсации на правой стопе.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования и лечения.

**Ситуационная задача 49**

К хирургу поликлиники обратился больной Н., 50 лет в течение 4 лет отмечается высокая перемежающаяся хромота, боли в мезогастрии, усиливающиеся после еды, повышение артериального давления. По поводу болей в животе обследован в стационаре, но проведенные исследования (R-графия желудка, ФГДС, лапароскопия) патологии не выявили, гипертония 200/120 мм. рт. ст. практически не поддается коррекции, отмечает эректильную дисфункцию.

Объективно: живот мягкий безболезненный, перистальтика отчетливая. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении нижних конечностей.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования и лечения.

**Ситуационная задача 50**

К хирургу поликлиники обратилась больная К., 25 лет с жалобами на косметический дефект, связанный с «синим узлом» по задней поверхности правой голени, который возник после родов 2 года назад, тяжесть в ногах после длительного стояния.

Объективно: по задней поверхности правой голени определяется единичный венозный узел, отека, пигментации на стопе и голени не определяется. Пробы Троянова-Тренделенбурга, Гаккенбруха, Дельбе-Пертеса, Шейниса отрицательные.

Задания: 1) Ваш предположительный диагноз?

 2) План обследования и лечения.

 3) Какое оперативное вмешательство можно рекомендовать больной?

**Образец зачетного билета**

**ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России**

**Кафедра госпитальной хирургии, урологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации – специалист**

**Специальность: 31.05.01 Лечебное дело**

**Дисциплина: Амбулаторная хирургия**

**Форма промежуточной аттестации: зачет**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Билет № ХХХ**1. Цент амбулаторной хирургии, порядок работы.2. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Диспансеризация. Профилактика.**Ситуационная задача**К хирургу поликлиники обратился больной М., 45 лет с жалобами на сильные боли при дефекации, запоры.Объективно: состояние больнго удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: в анальной области определяется дефект слизистой оболочки 1х0,3 см, под фибрином, отделяемое серозное. Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?  2) План обследования больного. 3) Лечение.

|  |  |
| --- | --- |
| Зав. кафедрой, д.м.н., профессор | В.С. Тарасенко |
| Декан лечебного и стоматологического факультетов, д.м.н., доцент | Д.Н. Лященко |

 |

 **Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности |  |  |
|  | Инд.ОПК7.1. Способность составить план лечения с учетом стандартов оказания медицинской помощи | Знать методы лечения амбулаторных хирургических больных согласно стандартам оказания медицинской помощи | вопросы № 2,6,7 |
| Уметь применитьметоды лечения амбулаторных хирургических больных согласно стандартам оказания медицинской помощи  | практические задания №7 |
| Владеть навыками лечения амбулаторных хирургических больных согласно стандартам оказания медицинской помощи  | практические задания № 7, 8, 15,22 |
|  | Инд.ОПК7.2. Способность определять основные и побочные действия лекарственных препаратов, с учетом морфофункциональных особенностей, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека | Знать побочные действия лекарственных препаратов | вопросы № 1,3,4,7,15 |
| Уметь распознать побочные действия лекарственных препаратов  | практические задания №7,8 |
| Владеть навыками определения основные и побочные действия лекарственных препаратов | практические задания № 10, 12, 14, 16, 23, 24, 25, 26, 33, 35, 37, 46 |
|  | Инд.ОПК7.3. Способность определять эффективность применения лекарственных препаратов с учетом морфофункциональных особенностей, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека | Знать лекарственные препараты для лечения хирургических заболеваний амбулаторных пациентов | вопросы № 9, 11, 17,18, 19, 20, 22,23,24,25,26, 27 ,30, 31, 40, 44,47 48,4950, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 60 |
| Уметь применить лекарственные препараты для лечения хирургических заболеваний амбулаторных пациентов  | практические задания №1,5, 6, 9, 13,14, 17, 23, 24,25, 26, 27, 28, 33, |
| Владеть навыками оформления рецептов на лекарственные средства | практические задания № 40 |
| 2 | ПК-1. Готовность выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме. |  |  |
|  | Инд.ПК1.1. Готовность выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. | Знать клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. | вопросы № 17, 18, 22,40,43 |
| Уметь выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. | практические задания № 34, 26 |
| Владеть навыками определения клинических состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. | практические задания № 23, 1 |
|  | Инд.ПК1.2. Готовность оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающиеся угрозой жизни пациента. | Знать методы оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающиеся угрозой жизни пациента. | вопросы № 5, 6 |
| Уметь применить медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающиеся угрозой жизни пациента.  | практические задания №1 |
| Владеть навыками оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающиеся угрозой жизни пациента. | практические задания № 1, 45 |
|  | ПК-7. Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы. |  |  |
|  | Инд.ПК7.1. Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, обусловленной медицинскими или социальными причинами | Знать нормативную документацию, регламентирующую проведение экспертизы временной нетрудоспособности, обусловленной медицинскими или социальными причинами | вопросы № 12, 16, 17, 18, 19, 20,21, 22, 23, 24,25,26,28,32,33,34,35,36, ,37,38,42, 44,45, 47,48,49, 50,51,52,53,54,55,56,57,58,59 |
| Уметь применить знания по проведению экспертизы временной нетрудоспособности, обусловленной медицинскими или социальными причинами  | практические задания № 47, 48, 49, 50, 44, 43, 42  |
| Владеть навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности, обусловленной медицинскими или социальными причинами  | практические задания № 1,2,3,4,5, 6, 9,11,12, 13,14,15,16, 17,18,19,20,21,23,24,25,26,28, 29,30,31,32, 33,35,36,37,38,39,40,41  |
| Владеть навыками определения признаков стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или анатомическими дефектами  | практические задания №1,2,3,4,5, 6, 9,11,12, 13,14,15,16, 17,18,19,20,21,23,24,25,26,28, 29,30,31,32, 33,35,36,37,38,39,40,41 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

 **I. Цель и задачи**

Цель внедрения балльно-рейтинговой оценки деятельности студентов на кафедре госпитальной хирургии, урологии – повышение качества учебного процесса.

Задачи внедрения балльно-рейтинговой оценки деятельности студентов:

- повышение мотивации студентов к систематической работе по изучению специальных дисциплин;

- повышение объективности оценки знаний, умений и навыков за счет дифференциации баллов и выработки четких параметров контроля выполнения учебной работы;

- развитие самостоятельности и ответственности будущих специалистов;

- интенсификация, активизация работы преподавателей кафедры по обновлению и совершенствованию содержания и методов обучения;

- формирование информационного банка данных, отражающего в динамике успеваемость каждого студента.

**II.** Место дисциплины в ООП

Дисциплина «Амбулаторная хирургия»относится к

- вариативной части профессионального цикла **(С 3)** базового учебного плана по специальности «060101.65 Лечебное дело» высшего профессионального медицинского образования, изучается в 12 семестре

**III. Рейтинговая оценка по дисциплине**

3.1 В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценки деятельности студентов на кафедре госпитальной хирургии, урологии используется такой его вид, как рейтинг студента по дисциплине (Рd).

3.2 Рейтинговая оценка по дисциплине является интегральным показателем, формируемым на основе комплексной оценки знаний студента:

*Pd=Σм + Б + Рз*

*Pd=70 +15+15*

Максимальное значение ***Pd*** составляет ***100 баллов.***

3.3 Рейтинг по дисциплине складывается из баллов, набранных в результате:

1) ***Σм*** *–* суммарного модульного рейтинга (максимально 70 баллов), включающего:

- текущий контроль – успеваемость на каждом занятии;

- рубежный контроль – он завершает обучение по каждому модулю;

2) ***Рз*** – зачетный рейтинг (максимально 15 баллов) – проводится после изучения всей дисциплины;

3) ***Б*** – бонусные баллы (максимально 15 баллов).

**IV. Модель балльно-рейтинговой оценки деятельности студента**

4.1 На кафедре госпитальной хирургии, урологии используется модель среднего балла. Преимущество данной модели в том, что она не требует перестройки учебного процесса, т. к. используется традиционная 5-ти балльная система оценки знаний студентов.

**V. Расчет рейтинга дисциплины *Pd* с помощью модели среднего балла**

5.1 Расчёт рейтинга дисциплины ***Рд*** по модели «среднего балла» осуществляется по формуле:

*Р =∑м+Б+Рз*

*Рд=70+15+15*

где:

***∑м*** – суммарный модульный рейтинг (максимально 70 баллов)

***Б*** – бонусные баллы (максимально 15 баллов)

***Рз*** - зачетный рейтинг (максимально 15 баллов)

Максимально возможное значение – ***100 баллов***.

5.2 В каждом дисциплинарном модуле на практических занятиях по 5-балльной системе оценивается деятельность студента отдельно по трем направлениям:

- учебная (УД);

- обязательная самостоятельная (аудиторная и внеаудиторная) деятельность студента (СРС);

- зачет (рубежный контроль – РК)

По каждому направлению в конце модуля высчитывается средний балл и на его основе выводится показатель – текущий рейтинг модуля ***Рт***.

5.2.1. Подсчет текущего рейтинга модуля

По каждому практическому занятию студент получает до 5 баллов включительно (текущий контроль). Эта оценка складывается из среднеарифметического значения оценки выполнения всех этапов занятия (от 0 до 3; таблица 1), к которому добавляются 1 балл за отсутствие опоздания и 1 балл – за соблюдение норм медицинской этики и деонтологии. При попытке сорвать занятие студент удаляется с занятия и его рейтинг за занятие обнуляется. По окончанию цикла практических занятий определяется средняя арифметическая оценок по всем занятиям, включая итоговое тестирование (по пятибалльной системе) и умножается на 10 (максимально – 50). К этой цифре добавляется количество баллов за выполнение лекционного курса (максимально – 10; таблица 1) и за выполнение обязательной самостоятельной внеаудиторной работы (максимально – 10; таблица 2).

В целом ***Рт*** максимально составляет ***70 баллов***.

5.2.2. Подсчет суммарного модульного рейтинга.

После прохождения всех модулей дисциплины рассчитывается суммарный модульный рейтинг ***∑м***  как среднеарифметический и переводится в 80-балльную систему по таблице 1.

В конце изучения дисциплины к суммарному модульному рейтингу ***∑м*** кафедра добавляет до ***15 бонусных баллов.***

***Рз*** –зачетный рейтинг максимум составляет ***15 баллов*** (5 баллов – удовлетворительно, 10 баллов – хорошо, 15 баллов - отлично).

5.3 Контрольные точки дисциплины (модуля)

**Обязательные контрольные точки** – контрольные мероприятия по дисциплине, предусмотренные учебным планом и рабочей программой, через которые проходят студенты. К контрольным точкам относятся следующие виды контроля:

- контроль посещения лекций;

- контроль посещения практических занятий;

- оценка теоретической и практической подготовки к занятиям, владение практическими навыками и степени готовности их применения в клинической ситуации (оценивается при собеседовании, решении ситуационных задач и тестовых заданий, курации больных, работе в перевязочной и операционной, работе с медицинской документацией);

- защита амбулаторной карты и истории болезни пациента дневного стационара (исходя из рабочей программы дисциплины);

- зачет (собеседование, решение клинических задач).

**Необязательные контрольные точки –** необязательная самостоятельная работа, которая дает возможность студенту набрать большее количество баллов по дисциплине:

- Подготовка обзора по заданной тематике, поиск научных публикаций и электронных источников информации;

- Проведение научно-исследовательской работы;

- Участие в заседаниях кружка СНО;

- Участие в создании наглядных учебных пособий;

- Разработка обучающих компьютерных программ;

- Составление тестовых заданий по изучаемым темам;

- Составление проблемно-ситуационных задач;

- Создание презентаций;

- Создание учебных кинофильмов;

- Участие в конференциях разного уровня;

- Тематические сообщения.

5.4 Самостоятельная работа студентов по дисциплине (модулю).

**Самостоятельная работа** – это усвоение содержания образования и формирование профессиональных умений и навыков по специальности по темам или разделам тем, определенным рабочей программой учебной дисциплины для самостоятельного изучения.

На кафедре госпитальной хирургии, урологии применяются следующие виды и формы самостоятельной работы студентов:

- аудиторная;

- внеаудиторная.

**Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине** выполняется на учебных занятиях (лекциях, практических занятиях, консультациях) под руководством преподавателя и по его заданию:

**Внеаудиторная самостоятельная работа студентов** – планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняется во внеаудиторное время по заданию и при методическом руководстве и контроле преподавателя, но без его непосредственного участия.

Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов. Они могут быть тесно связаны с теоретическими курсами и иметь учебный, клинический, исследовательский или комплексный характер. Формы самостоятельной работы студентов представлены в рабочих программах учебных дисциплин.

**Обязательная внеаудиторная самостоятельная работа студентов** проводится в рамках часов, отведенных на самостоятельную работу учебным планом. Этот вид самостоятельной работы обязан выполнить каждый студент.

**Необязательная внеаудиторная самостоятельная работа студентов** является дополнительной (факультативной) и предназначена для студентов, желающих изучить дисциплину глубже, чем предусмотрено ФГОС ВПО и примерной программой дисциплины, а также повысить свой дисциплинарный рейтинг.

*Таблица 1*

**Обязательная аудиторная работа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид работы | Вид контроля | Баллы |
| **На лекции** |  |
| Составление конспекта лекции | Присутствие на лекциипри посещении 100% лекцийпри посещении 75% лекцийпри посещении 50% лекцийпри посещении 25% лекцийпри посещении менее 25% лекций | 105000 |
| **На практических занятиях** |  |
| Выполнение заданий по входному контролю знаний  | Проверка решения тестовых заданий, опрос. | От 0 до 3 |
| Выполнение заданий при обсуждении темы занятия | Проверка решения заданий и задач, опрос, собеседование, дискуссия. | От 0 до 3 |
| Выполнение заданий по проверке практических навыков  | Непосредственный визуальный контроль, оценка отчета о выполнении задания | От 0 до 3 |
| Решение проблемно-ситуационных задач и ситуаций  | Проверка решения | От 0 до 3 |
| Завершающий контроль  | Проверка решения тестовых заданий, опрос. | От 0 до 3 |

*Таблица 2*

**Обязательная внеаудиторная самостоятельная работа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид работы | Вид контроля | Баллы |
| Курация больного с написанием амбулаторной карты. | Защита амбулаторной карты | От 0 до 5 |
| Курация больного дневного стационара с написанием истории болезни. | Защита истории болезни | От 0 до 5 |

5.5 Бонусные баллы по дисциплине (модулю)

На кафедре госпитальной хирургии, урологии бонусные баллы начисляются за дополнительную внеаудиторную самостоятельную работу. Количество начисляемых баллов и итоговый бонусный балл согласуется с заведующим кафедрой.

*Таблица 3*

**Дополнительная внеаудиторная самостоятельная работа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид работы** | **Вид контроля** | **Баллы** |
| Подготовка обзора по заданной тематике, поиск научных публикаций и электронных источников информации | Оценка обзора, отчета | От 0 до 10  |
| Проведение научно-исследовательской работы | Оценка отчета | От 0 до 5  |
| Участие в заседаниях кружка СНО | Оценка куратора кружка | От 0 до 5 |
| Участие в создании наглядных учебных пособий | Оценка пособий | От 0 до 5 |
| Разработка обучающих компьютерных программ | Оценка программ  | От 0 до 5 |
| Составление тестовых заданий по изучаемым темам | Оценка пакета тестов | От 0 до 5 |
| Составление проблемно-ситуационных задач | Оценка пакета задач | От 0 до 5 |
| Создание презентаций | Оценка презентации | От 0 до 5 |
| Создание учебных кинофильмов | Оценка фильма | От 0 до 5  |
| Участие в конференциях разного уровня | Оценка отчета | От 0 до 5  |

5.6. Определение зачетного рейтинга.

Основные критерии по оценке знаний и умений студентов на зачете.

Оценки **«отлично»**заслуживает студент, демонстрирующий всестороннее (более 85%), систематическое и глубокое знание материала, предусмотренного примерной Программой по амбулаторной хирургии. Изложение материала отличается последовательностью, грамотностью и логической стройностью. В ответе тесно увязывается теория с практикой, показаны знания современной монографической и периодической литературы по данному предмету, правильно обоснованы принятые решения. При видоизменении задания студент не затрудняется с ответом, свободно справляется с задачами и другими видами применения знаний. Соответственно уровню подготовки студент овладел общекультурными и профессиональными компетенциями, указанными в ФГОС, на уровне «самостоятельное выполнение манипуляций» или «практическое выполнение манипуляций под контролем».

Оценки **«хорошо»** заслуживает студент, демонстрирующий достаточно полное (не менее 70%) знание материала предусмотренного примерной Программой. Изложение материала последовательно, грамотно, по существу, не содержит существенных неточностей по вопросу, правильно обоснованы принятые решения. Показаны знания монографической и периодической литературы по данному предмету. При видоизменении задания студент справляется с задачами и другими видами применения знаний. Но при этом допускаются 1-2 негрубые ошибки и 2-3 недочета. Уровень овладения навыками и приемами оценивается как «практическое выполнение манипуляций под контролем» или «самостоятельное выполнение манипуляций».

Оценки **«удовлетворительно»** заслуживает студент, демонстрирующий не менее 50% знаний основного материала предусмотренного примерной Программой, но не усвоивший его деталей. Изложение материала последовательно, грамотно. Показаны знания основной литературы по данному предмету, в обосновании принятых решений даны не полные ответы. При видоизменении задания студент затрудняется с ответом, справляется с задачами и другими видами применения знаний под руководством преподавателя. Но при этом допускаются 1-2 недочета. Студент владеет практическими навыками и приемами на уровне «участие в выполнении манипуляций».

Оценки **«неудовлетворительно»** заслуживает студент, демонстрирующий менее 50% знаний основного материала предусмотренного примерной Программой. Изложение материала непоследовательно, нелогично, имеет грубые ошибки, недочеты, неточности. При видоизменении задания студент затрудняется с ответом, не справляется с задачами и другими видами применения знаний даже под руководством преподавателя. Уровень овладения практическими навыками и приемами оценивается как «теоретическое знакомство и умение объяснить манипуляцию». Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение в вузе без дополнительных занятий по хирургии.

Полученная оценка переводится в рейтинговые баллы согласно приведенной таблице 4.

 *Таблица 4*

**Таблица перевода пятибалльной системы оценок в рейтинговые баллы**

**для расчета зачетного рейтинга**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка по пятибалльной системе | Оценка в рейтинговых баллах |
| «отлично» | 15 баллов |
| «хорошо» | 10 баллов |
| «удовлетворительно» | 5 баллов |
| «неудовлетворительно» | 0 баллов |

Набранный по итогам модуля балл кафедра сообщает в деканат.

5.7 Организационные аспекты функционирования балльно-рейтинговой системы на кафедре госпитальной хирургии, урологии.

5.7.1 Общие организационные аспекты.

- Проходной балл модуля составляет 43 баллов (таблица 5).

- В зачетных ведомостях преподавателем выставляется отметка, соответствующая рейтингу дисциплины (Rдисц.), вычисляемому по формуле:

Rдисц. = ∑м+Б+Рз

∑м – суммарный модульный рейтинг (максимально 70 баллов)

Б – бонусные баллы (максимально 15 баллов)

Рз - зачетный рейтинг (максимально 15 баллов)

Максимально возможное значение – 100 баллов.

- Пересчет рейтинга в оценку по традиционной шкале осуществляется в соответствии с приведенной ниже таблицей:

Таблица 5

Пересчет рейтинга в оценку

|  |  |
| --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** |
| экзамен, дифференцированный зачет | зачет |
| 85 – 100 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 65 – 84 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 43–64 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 42 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

5.7.2 Схема ликвидации задолженностей.

Практические и лекционные занятия являются обязательной аудиторной работой студента.

- Пропуски лекций по уважительной причине не отрабатываются, необходимо переписать конспект лекций и показать преподавателю. За пропущенные лекций по неуважительной причине необходимо добрать баллы на консультациях путем собеседования по теме лекции и показать преподавателю конспект лекций.

- Пропуски по практическим занятиям по неуважительной и уважительной (донорская справка, справка о болезни студента, распоряжение ректората и деканата, повестка в военкомат) причинам отрабатываются студентом в течение 4 недель со дня пропуска, но не позднее выхода в сессию (окончания семестра). За отработку по неуважительной причине студент получает не более 3 баллов. За отработку по уважительной причине студент получает до 5 баллов. Полученные баллы добавляются к рейтингу за текущий модуль. За пропуски по неуважительной причине, отработанные по истечении четырехнедельного срока, баллы не начисляются.

При необходимости студенты могут повышать модульный рейтинг на консультациях путем собеседования по теме или бонусными баллами за творческую работу.

**Лист ознакомления**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Должность** | **Фамилия, инициалы** | **Дата** | **Подпись** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Лист регистрации изменений**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Номериз­менения | **Текст изменения** | **Подпись** | **Дата****изменения** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |