

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Хирургические болезни»

Утверждено на заседании кафедры
«Хирургические болезни»
«31» января 2023г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

 В.А. Марийко

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
для самостоятельной работы студентов
по дисциплине (модулю)
«Факультетская хирургия»

**основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы специалитета**

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

с направленностью (профилем)
Лечебное дело

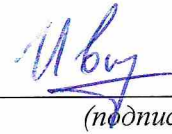
Форма обучения: *очная*

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-23

Тула – 2023

Разработчик(и) методических указаний

Ившин В.Г., д.м.н., профессор кафедры ХБ



(подпись)

I. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

В настоящее время в свете требований к будущему врачу и ориентации знаний по хирургии актуальными становятся требования к личным качествам современного студента медицинского ВУЗа – умению самостоятельно пополнять и обновлять знания по факультетской хирургии, вести самостоятельный поиск необходимого медицинского материала, быть, как будущий врач, творческой личностью.

Ориентация медицинского образования на саморазвивающуюся личность делает невозможным процесс обучения без учета индивидуально-личностных особенностей обучаемых, предоставления им права выбора путей и способов учения. Появляется новая цель образовательного процесса – воспитание компетентной личности, ориентированной на будущую медицину, способной решать типичные проблемы и задачи исходя из приобретенного учебного опыта и адекватной оценки конкретной клинической ситуации.

Решение этих задач при изучении факультетской хирургии невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателя за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание их творческой активности и инициативы.

Внедрение в практику учебных программ медицинского образования с повышенной долей самостоятельной работы активно способствует модернизации учебного процесса.

1. Функции, цели и виды самостоятельной работы студентов

Необходимость организации со студентами самостоятельной работы в клинике определяется тем, что удастся разрешить противоречие между трансляцией знаний и их усвоением во взаимосвязи теории и практики медицины.

Самостоятельная работа выполняет **ряд функций**, к которым относятся:

1. *Развивающая* (повышение культуры умственного труда, приобщение к медицинской деятельности, обогащение интеллектуальных способностей студентов);
2. *Информационно-обучающая* (учебная деятельность студентов на аудиторных занятиях, неподкрепленная самостоятельной работой, становится мало результативной);
3. *Ориентирующая и стимулирующая* (процессу обучения придается профессиональное ускорение);
4. *Воспитывающая* (формируются и развиваются профессиональные качества специалиста);
5. *Исследовательская* (новый уровень профессионально-творческого мышления).

В основе самостоятельной работы студентов лежат **принципы**: самостоятельности, развивающее творческой направленности, целевого планирования, личностно-деятельностного подхода.

Цель самостоятельной работы студентов заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. В целом разумное сочетание самостоятельной работы с иными видами учебной деятельности позволяет реализовать три основных компонента академического образования:

- 1) *познавательный*, который заключается в усвоении студентами необходимой суммы знаний по избранной специальности, а также способности самостоятельно их пополнять;
- 2) *развивающий*, то есть выработка навыков аналитического и логического мышления, способности профессионально оценить ситуацию и найти правильное решение;

3) *воспитательный* – формирование профессионального сознания, мировоззренческих установок, связанных не только с выбранной ими специальностью, но и с общим уровнем развития личности.

Самостоятельная работа студентов проводится *с целью*:

- систематизации и закрепления полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубления и расширения теоретических знаний;
- формирования умений использовать справочную литературу;
- развития познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирования самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развития исследовательских умений.

Для достижения указанной цели студенты на основе плана самостоятельной работы должны решать следующие задачи:

1. Изучить рекомендуемые литературные источники.
2. Изучить основные понятия, представленные в глоссарии.
3. Ответить на контрольные вопросы.
4. Решить предложенные задачи, кейсы, ситуации.
5. Выполнить контрольные работы.

Работа студентов в основном складывается из следующих элементов:

1. Изучение и усвоение в соответствии с учебным планом программного материала по дисциплине;
2. Выполнение письменных контрольных работ;
3. Подготовка и сдача зачетов, итоговых экзаменов, написание итоговой письменной работы.

Самостоятельная работа включает такие *формы работы*, как:

- индивидуальное занятие (домашние занятия) – важный элемент в работе студента по расширению и закреплению знаний;
- конспектирование первоисточников;
- получение консультаций для разъяснений по вопросам изучаемой дисциплины;
- подготовка ответов на вопросы тестов;
- подготовка к экзамену;
- подготовка к занятиям, проводимым с использованием активных форм обучения (круглые столы, деловые игры);
- выполнение контрольных работ;
- анализ деловых ситуаций (мини-кейсов) и др.

Содержание внеаудиторной самостоятельной работы определяется в соответствии с рекомендуемыми видами заданий *согласно РУПД*. Распределение объема времени на внеаудиторную самостоятельную работу в режиме дня студента *не регламентируется* расписанием.

Виды заданий для внеаудиторной самостоятельной работы, их содержание и характер могут иметь вариативный и дифференциальный характер, учитывая специфику специальности, изучаемой дисциплины, индивидуальные особенности студента.

Видами заданий для внеаудиторной самостоятельной работы могут быть:

для овладения знаниями:

- чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы);
- составление плана текста;
- конспектирование текста;

- выписки из текста;
- работа со словарями и справочниками;
- использование аудио- и видеозаписей;
- работа с электронными информационными ресурсами и ресурсами Internet;

для закрепления и систематизации знаний:

- работа с конспектом лекции (обработка текста);
- повторная работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио-, видеозаписей);
- составление плана и тезисов ответа;
- составление схем, таблиц, ребусов, кроссвордов для систематизации учебного материала;
- выполнение тестовых заданий;
- ответы на контрольные вопросы;
- аннотирование, реферирование, рецензирование текста;
- написание эссе, писем-размышлений, сочинений;
- составление глоссария, кроссворда по конкретной теме;
- работа с компьютерными программами;
- подготовка к сдаче экзамена;
- подготовка к написанию итоговой письменной работы;

для формирования умений:

- выполнение упражнений по образцу;
- выполнение вариативных упражнений;
- создание презентаций.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяет студентам развивать умения и навыки в овладении, изучении, усвоении и систематизации приобретаемых знаний в процессе обучения, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, привить навыки повышения профессионального уровня.

2. Планирование самостоятельной работы студента

В учебном процессе высшего учебного заведения выделяют два вида самостоятельной работы: *аудиторная и внеаудиторная*.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданиям.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Студент должен знать:

- какая форма самостоятельной работы предполагается (чтение рекомендованной литературы, ее письменное реферирование, выполнение контрольных работ и заданий, письменные ответы на предлагаемые вопросы, тесты, подготовка к выступлениям на практических занятиях, подготовка презентаций и т.д.);

- какая форма контроля и в какие сроки предусмотрена.

Методическими материалами, направляющими самостоятельную работу студентов являются:

- сборники основной образовательной программы специальности;
- методические указания к практическим занятиям;

- часть учебно-методического комплекса по дисциплине (примеры выполнения домашних заданий, оформления рабочих тетрадей, использования электронных информационных ресурсов);

- методические указания по выполнению контрольных работ;

- списки основной и дополнительной литературы в рабочей программе дисциплины.

Методические указания обращают внимание студента на главное, существенное в изучаемой дисциплине, помогают выработать умение анализировать явления и факты, связывать теоретические положения с практикой, а так же облегчают подготовку к выполнению контрольных работ, сдаче экзаменов и написанию итоговой письменной работы.

Сущность самостоятельной работы студентов как специфической педагогической конструкции определяется особенностями поставленных в ней учебно-познавательных задач. Следовательно, самостоятельная работа не есть самостоятельная деятельность учащихся по усвоению учебного материала, а есть особая система условий обучения, *организуемых преподавателем*.

Организация самостоятельной работы включает в себя следующие *этапы*:

1. Составление плана самостоятельной работы студента по дисциплине (модулю).

2. Разработка и выдача заданий для самостоятельной работы.

3. Организация консультаций по выполнению заданий (устный инструктаж, письменная инструкция).

4. Контроль за ходом выполнения и результатом самостоятельной работы студента.

Ряд тем могут быть полностью отнесены на самостоятельную работу, другие могут содержать минимум самостоятельной работы или вовсе не содержать ее. Ряд тем может быть переадресовано к изучению самостоятельного курса, тем самым выдерживается междисциплинарная связь учебного процесса.

Преподавателем разрабатываются задания для самостоятельной работы студентов. Это может быть ссылка на конкретный учебник, учебное пособие, справочную литературу.

Подготовка к семинару

Семинар – один из основных видов учебных практических занятий, состоящий в обсуждении студентами предложенной заранее темы, а также сообщений, докладов, рефератов, выполненных ими по результатам учебных исследований.

Ценность семинара как формы обучения состоит в следующем:

- появляется возможность не просто слушать, но и говорить, что способствует усвоению материала: подготовленное выступление, высказанное дополнение или вывод «включают» дополнительные механизмы памяти;

- происходит углубление знаний за счет того, что вопросы рассматриваются на более высоком, методологическом, уровне или через их проблемную постановку;

- немаловажную роль играет обмен знаниями: нередко при подготовке к семинару студентам удается найти исключительно интересные и познавательные сюжеты, что расширяет кругозор всей группы;

- развивается логическое мышление, способность анализировать, сопоставлять, делать выводы;

- на семинаре студент приобретает навыки публичного выступления, учится дискутировать, обсуждать, аргументировать, убеждать, что особенно важно для будущих юристов и управленцев;

- возможность выступления в рамках семинарских занятий способствует расширению словарного запаса студента, а также усвоению им соответствующей терминологии.

На практике существует **3 основных вида семинаров**:

- а) обычные, или систематические, предназначенные для изучения курса в целом;
- б) тематические, обычно применяемые для углубленного изучения основных или наиболее важных тем курса;
- в) спецсеминары исследовательского характера с независимой от лекций тематикой.

Написание реферата (доклада)

Реферат (доклад) – краткое изложение в письменном виде или в форме публичного выступления содержания книги, научной работы, результатов изучения научной проблемы; доклад на определенную тему, включающий обзор соответствующих литературных и других источников. Как правило, реферат (доклад) имеет научно-информационное назначение, это лишь краткое изложение чужих научных выводов. Этим реферат (доклад) отличается от курсовой и выпускной квалификационной работ, которые представляют собой собственное научное исследование студента.

Написание реферата (доклада) начинается с определения темы и подбора литературы.

Подготовка к контролю знаний

Формы контроля знаний по окончании курса – экзамен (зачет), по окончании того или иного раздела дисциплины или в соответствии с РУПД (для очной формы обучения) – аудиторная контрольная работа.

Для успешной сдачи экзамена (зачета) рекомендуется соблюдать несколько правил.

1. Подготовка к экзамену (зачету) должна проводиться систематически, в течение всего семестра.

2. Интенсивная подготовка должна начаться не позднее, чем за месяц-полтора до экзамена (зачета): распределите вопросы таким образом, чтобы успеть выучить или повторить их полностью до начала сессии.

3. Данные 3-4 дня перед экзаменом рекомендуется использовать для повторения следующим образом: распределить вопросы на первые 2-3 дня, оставив последний день свободным. Использовать его для повторения курса в целом, чтобы систематизировать материал, а также доучить некоторые вопросы (как показывает опыт, именно этого дня обычно не хватает для полного повторения курса).

II. НАИМЕНОВАНИЕ И ТРУДОЕМКОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

№ п/п	Наименование видов самостоятельной работы	Трудоемкость (час.)	Методические материалы
	<i>Седьмой семестр</i>	44	
1	Разбор тематических больных	10	[1,2,3] (9.1) [1] (9.2)
2	Участие в клинических обходах	8	[1,2,3] (9.1) [1] (9.2)
3	Дежурства с преподавателями в вечерние и выходные дни: Обход больных в отделении, осмотр поступивших больных, осмотр и обсуждение оперированных больных в реанимационном отделении	8	[1,2,3] (9.1) [1] (9.2)
4	Написание клинической истории болезни	18	[2] (9.7)
в т.ч.	Общие данные	3	[2] (9.7)
	Анамнез заболевания и жизни	3	[2] (9.7)

	Обследование больного и анализ клинической информации	3	[2] (9.7)
	Анализ лабораторно-инструментальных данных	3	[2] (9.7)
	Оформление истории болезни	3	[2] (9.7)
	Обсуждение истории болезни	3	
	<i>Восьмой семестр</i>	4	
	Самостоятельное изучение лекционного материала или работа с учебной литературой	4	(9.1, 9.2)

III. ВИДЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

НАПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Общие данные

Клиническая история болезни ведется с момента поступления больного в стационар. В ней фиксируются основные этапы клинического, инструментального и лабораторного обследований, заключения консультации врачей-специалистов, ставится предварительный диагноз, проводится обоснование диагноза, и, если необходимо, проводится дифференциальный диагноз. После этого с учетом всех имеющихся современных классификаций ставится окончательный диагноз, затем назначается лечение, и регистрируются ежедневно применяемые препараты.

Ставятся показания и проводится оперативное лечение у хирургических больных. Обязательно отмечают все изменения, касающиеся состояния больного (как положительную, так и отрицательную динамику) в послеоперационном периоде.

Через определенные промежутки времени состояние больного описывают в этапных эпикризах.

Если состояние больного улучшилось, больного выписывают, заполняя выписной эпикриз.

При наличии тех или иных осложнений отмечается в истории болезни: в дневниках, этапном эпикризе, выносятся в диагноз.

Если же, несмотря на проведенное лечение, заболевание заканчивается летальным исходом, то история болезни завершается посмертным эпикризом.

Помимо этого, история болезни является и юридическим документом.

Паспортная часть. Это общие сведения о больном, включающие в себя фамилию, имя, отчество (в целях соблюдения врачебной тайны на титульном листе истории болезни инициалы указываются только заглавными буквами), пол, дату рождения и полный возраст больного, профессию и род занятий (место работы) в настоящее время, дату поступления в клинику.

Жалобы больного. Жалобы больного, предъявляемые на момент поступления его в клинику. Перечисление начинают с самых главных жалоб, заканчивая общими, второстепенными, менее важными. Каждая жалоба описывается подробно, с перечислением основных ее качеств (указываются локализация, характер, интенсивность, иррадиация, длительность, факторы, провоцирующие и купирующие ее, чем сопровождается).

А. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЖИЗНИ

История настоящего заболевания

Здесь студент должен выяснить, как началось заболевание, какие провоцирующие факторы может отметить сам больной, какими симптомами заболевание проявилось впервые. В экстренных случаях и у хирургических больных отмечается почасовая

динамика развития заболевания, развитие тех или иных осложнений. Фиксируется также обращение в лечебные учреждения, прием лекарственных препаратов, проведение различных медицинских процедур и мероприятий на этапе до стационара.

Нередко студенты ограничиваются указанием лечебных учреждений или диагнозами, выставленными больному ранее. Это неправильно. Основной целью написания истории болезни является умение выявить основные жалобы и объективные симптомы и объединить их в синдромы в соответствии с единым патогенезом. Правильно, полноценно собранный анамнез нередко является залогом правильной постановки диагноза еще до проведения инструментальных и лабораторных методов обследования. В истории болезни указывают основные этапы развития заболевания, сопровождающиеся появлением в клинической картине новых данных, соответствие их определенному возрасту больного. Отмечают, каким образом это состояние было расценено в лечебном учреждении, какое проводилось лечение, включая оперативное вмешательство. Развитие осложнения или острое ухудшение состояния описывают наиболее подробно.

Анамнез жизни

Включает в себя общие сведения о жизни больного, его краткую биографию. Начинают с указания места и даты рождения, особенностей развития в детском возрасте, перечисляют перенесенные заболевания.

Сюда же включается трудовая биография: наличие высшего или среднего специального образования, указание мест работы, должности и длительности деятельности на отдельном рабочем месте, наличие профессиональных вредностей. Отмечают семейное положение, наличие заболеваний у членов семьи.

Обязательно указывают данные аллергологического, эпидемиологического, у женщин – и гинекологического анамнеза, заболевания, перенесенные в прошлом, вредные привычки, условия проживания в настоящий момент, травмы, операции, нахождения в местах лишения свободы.

Б. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО И АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Общий статус больного

Сюда включаются следующие данные: сознание, состояние, положение (активное или вынужденное), вес, рост, телосложение. Производят осмотр и оценку качества кожных покровов и дериватов кожи (волос, ногтей), оценку состояния лимфатической, костно-суставной, мышечной систем, степени выраженности подкожно-жировой клетчатки.

Исследование систем органов.

Исследование по системам (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой, эндокринной, нервной, крови) проводится по единому плану. Указываются результаты осмотра, перкуссии, пальпации и аускультации, отмечаются выявленные симптомы.

Исследование местного статуса.

Является обязательным при обследовании хирургического больного. Подробно описывается анатомическая область, зона, место и последствия проведенных операций, швов, рубцов, наличие дренажных трубок, дренажей, перевязочного материала. Также подробно описывается состояние регионарных окружающих тканей и лимфатических узлов.

В. АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Данные лабораторно-инструментальные методов обследования. В этот раздел истории болезни выписываются данные лабораторно-инструментальных методов обследования, по которым можно оценить динамику процесса.

В лабораторных показателях студента должны интересовать показатели общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи, специальных лабораторных методов исследования.

Среди инструментальных методов наиболее важными для хирургической истории являются: рентгенографии и флюорография легких, ЭКГ, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, других органов, фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия, лапароскопия, ЭКГ.

Постановка окончательного диагноза.

В этом разделе истории болезни формулируется полный, окончательный диагноз, дается его обоснование.

Произведя осмотр и полное клиническое и инструментальное обследование, студент, как будущий врач, задумывается, каким образом полученная информация может быть переработана для достижения главной цели – определения клинического диагноза. Для достижения данной цели применяются различные методики. Один из способов менее сложен в применении, но степень его эффективности также невелика. При этом при обследовании больного выделяются разнообразные симптомы, диагноз устанавливается при сравнении полученной картины заболевания у больного с классической картиной предполагаемого заболевания. Таким образом, производят последовательные сравнения до тех пор, пока диагноз не будет ясен; симптомы, выявляемые у больного, должны сложиться в картину заболевания.

Для хирургического больного важно выделить основной диагноз, или основной и фоновый диагноз, осложнение основного диагноза и сопутствующую патологию

Г. ОФОРМЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (ПО НИЖЕПРИВЕДЕННОЙ СХЕМЕ)

(ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ)

**Тульский государственный университет
Медицинский институт
Кафедра хирургических болезней**

И С Т О Р И Я

Б О Л Е З Н И

Куратор:
Курс:
Группа:
Клиническая база:
Отделение:

Преподаватель:

Оценка:

Тула 20__ г.

-2-

I. Формальные данные

1. Ф.И.О. больного _____
2. Время поступления _____ Дата выписки _____
3. Пол _____ 4. Возраст _____
5. Профессия и место работы _____
6. Домашний адрес: _____
7. Семейное положение _____
8. Диагноз при поступлении _____
9. Клинический диагноз _____
10. Осложнения _____
11. Сопутствующие заболевания _____
12. Название операции (дата и час операции, фамилия хирурга и ассистента) _____
13. Обезболивание (какая анестезия, продолжительность наркоза, фамилия анестезиолога) _____
14. Послеоперационные осложнения _____
15. Исход болезни на момент курации (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть) _____

II. Анамнез заболевания

1. Жалобы больного при поступлении: (в подробном изложении) _____
2. Начало и дальнейшее развитие болезни. Лечение до поступления в клинику _____
3. Субъективные данные о функциях отдельных систем _____

III. Анамнез жизни

Биографические данные излагаются в хронологическом порядке до поступления в стационар по периодам жизни (с детства до зрелого возраста) _____

Перенесенные заболевания _____

Семейный анамнез и наследственность _____

Профессиональный анамнез _____

Гинекологический анамнез (у женщин): месячные, беременности, роды _____

Влияние внешней среды - социально-бытовые факторы (жилище, питание, личная гигиена, материальная обеспеченность) _____

Вредные привычки: курение, алкоголь, наркомания, злоупотребление кофе и чаем _____

Аллергологический анамнез _____

IV. Данные объективного исследования

А. Данные общего осмотра:

1. Общее состояние больного _____

2. Температура _____

3. Рост, телосложение, упитанность (вес) _____

4. Кожа и слизистые _____

5. Подкожная клетчатка _____

6. Лимфатическая система _____

7. Мышечная система _____

8. Кости, суставы _____

9. Эндокринная система _____

10. Органы дыхания _____

11. Сердечно-сосудистая система (с функциональными пробами,

АД) _____

12. Органы пищеварения (рот, язык, зубы, живот-осмотр, пальпация, аускультация) _____

13. Мочеполовая система _____

14. Исследование нервной системы (сознание, интеллект, настроение, речь, двигательная и чувствительная сферы, слух, зрение, обоняние) _____

Б. Местный статус

Осмотр. Активные движения. Перкуссия. Аускультация. Пальпация. Пассивные движения. Специальные приемы исследования.

В. Лабораторное исследование

Используются данные исследования из амбулаторной карты и истории болезни.

Г. Специальные методы исследования.

Также используются данные исследования из амбулаторной карты и истории болезни.

V. Диагноз и его обоснование.

На основании каких анамнестических субъективных и объективных данных ставится диагноз. Какими лабораторными, инструментальными исследованиями он подтверждается _____

VI. Дифференциальный диагноз.

От каких заболеваний необходимо дифференцировать данное заболевание (рассуждения надо проводить только в связи с конкретным больным, а не отвлеченно).

VII. Этиология и патогенез.

Современное состояние вопроса. Допускается изложение на отдельном листе.

VIII. Лечение.

Имеется в виду лечение данного заболевания и данного больного. Допускается оформление на вкладном листе.

IX. Показания и противопоказания к операции.

Также приводятся предполагаемые методы обезболивания. Подготовка к операции - следует отметить дату, подготовку кишечника, органов и систем, проведения инфузионной терапии, переливания крови, назначения антибиотиков и других лекарственных средств, конкретная подготовка больного к наркозу

Если перелита кровь, то указываются исходные данные донора, группа крови, были ли осложнения, кто проводил гемотрансфузию (Ф.И.О. врача, медсестры)_____.

X. Описание операции.

Приводится послеоперационный диагноз. Название операции. Фамилия оператора, ассистентов, анестезиолога, анестезистов, операционной сестры, дата и продолжительность операции.

Далее подробно описывается ход анестезии и операции. Разрез, интраоперационная находка, уточняющие моменты диагноза, тактика и поэтапные действия хирурга. Особенности операции. Чем завершилась операция.

Описание удаленного препарата. Направление на морфологическое исследование.

К протоколу операции следует приложить копию наркозной карты, схему операции.

XI. Послеоперационный период.

Указывается общее состояние больного, функция органов и систем. Для этого записи заносятся в виде дневника - ежедневно. Приводятся в записях кривая температуры, частота пульса, дыхания, сердечной деятельности, АД, состояние дыхания и других систем и органов. В общей характеристике послеоперационного периода отмечаются осложнения, если они имели место.

XII. Эпикриз.

Краткая характеристика течения болезни, данные обследования, установленный диагноз. Характер и результаты проведенного лечения. Осложнения. Состояние при выписке. Прогноз для жизни, здоровья и трудоспособности. Советы больному

XIII. Список использованной литературы.

Дата:

Подпись куратора:

Д. ОБСУЖДЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

После проверки истории болезни преподавателем поводится обсуждение истории болезни сначала со студентом, написавшим, затем основные моменты истории болезни. Положения, вытекающие из нее, обсуждается с остальными студентами.

Интерактивные обсуждения позволяют одну конкретную историю болезни превратить в обсуждении практически как разбор тематического больного (см. ниже), так и подчеркнуть наиболее общие моменты в оформлении истории болезни.

Преподаватель в заключение подчеркивает роль истории болезни среди других медицинских документов, важное значение в наблюдении за больным, роль каждой составляющей структуры истории болезни.

В заключение преподаватель проводит параллели с настоящими историями болезнями, которые пишутся практическими врачами, уточняя близкую проблематику оформления и роль наиболее часто допускаемых ошибок.

1. РАЗБОР ТЕМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Разбору тематических больных предшествует тематический учебный обход, который проводит обычно преподаватель в рамках изучаемого раздела, обычно касается осмотра 2-3, редко больше, тематических больных. Такие тематические обходы организуются на кафедре обычно в учебном классе с приглашением больного, при этом остальные больные информируются в связи с чем осматриваются 1 или 2 больных данной палаты.

Разбор тематических больных преследует несколько целей.

1) получить больше информации о различных заболеваниях (количественная сторона) – чтобы студент постепенно мог накопить багаж знаний по болезням и симптомам для запоминания.

2) главное, выработать у студента – будущего врача, клиническое мышление (качественная сторона).

Клиническое мышление представляет собой одну из когнитивных функций, осуществляемую врачом в целях достижения определенного результата.

Этим результатом могут быть постановка правильного диагноза, грамотный выбор необходимого лечения.

Каждый студент с помощью преподавателя должен стремиться к овладению принципами клинического мышления как к наивысшему уровню развития своих способностей. Необходимыми составляющими клинического мышления являются анализ и синтез поступающей информации, а не простое сравнение данных, полученных при сравнении с эталоном.

Клиническое мышление характеризуется способностью к принятию адекватного в каждой отдельной ситуации решения в целях достижения наиболее благоприятного результата. Врач должен уметь не только принять решение, но и взять на себя ответственность за его принятие, а это станет возможным только при полноценной теоретической подготовке врача, когда принятие решений будет обусловлено его знаниями, будет обдуманным и осознанным, будет направлено на достижение вполне определенной цели.

Врач, обладающий способностью к клиническому мышлению, всегда грамотный, квалифицированный специалист. Но, к сожалению, не всегда врач с большим опытом может похвастаться способностью к такому мышлению. Некоторые называют такое свойство врачебной интуицией, но известно, что интуиция является постоянной работой мозга, направленной на решение определенной проблемы.

Даже когда врач занят другими вопросами, какая-то часть мозга перебирает возможные варианты решения проблемы, и, когда находится единственно верный вариант, он и расценивается как интуитивное решение. Клиническое мышление позволяет оценивать состояние больного как целостного организма, с учетом всех его особенностей;

рассматривает болезнь как процесс, выясняя факторы, приводящие к ее развитию, ее дальнейшую эволюцию с присоединившимися осложнениями и сопутствующими заболеваниями.

Такой подход позволяет подобрать правильную тактику и схему лечения. Учет принципов диалектики, выяснение причинно-следственных связей между процессами, происходящими в организме, использование при решении вопросов принципов логики позволяют мышлению выйти на качественно новый уровень развития.

Только специалист, обладающий клиническим мышлением, может достойно и эффективно осуществлять свою основную задачу – лечить людей, избавлять их от страданий, повышать качество их жизнедеятельности.

Всему этому прежде всего и способствует и работа над клинической историей болезни, особенно в завершающей части – обсуждения ее со всеми студентами в интерактивном режиме.

2. УЧАСТИЕ В КЛИНИЧЕСКИХ ОБХОДАХ

Хирургия, как клиническая дисциплина, не может обойтись без демонстрации больного и наглядного преподавания, что является важным моментом в подготовке будущего врача.

Роль клинического обхода в обучении студентов состоит не только в оценке субъективных и объективных данных в каждом конкретном случае, в усвоении принципов построения клинического диагноза. Можно выделить следующие составляющие или цели клинического обхода:

- лечебно-диагностическая,
- учебная;
- деонтологическая и воспитательная;
- санитарно-просветительная.

Лечебно-диагностическая цель клинического обхода реализуется путём беседы с больным, осмотра пациента, оценки субъективных и объективных данных, установлением или уточнением диагноза. Консультант оценивает результаты лечения по применяемой методике, назначает при необходимости дополнительные виды обследования и лечебные процедуры, объясняя, зачем это делается и почему.

Уже сама манера беседы с больным, методология осмотра и обследования кожного больного несёт в себе учебную педагогическую функцию. Обычно консультант в палате или в зале консультативного приёма практически читает в присутствии пациента своего рода микролекцию для студентов и клинических ординаторов, в которой в самых добродушных выражениях разъясняет суть болезни, особенности состояния пациента, даёт необходимые рекомендации по лечению, предупреждению осложнений, по диете, поведению, образу жизни больного как в стационаре, так и после выписки из клиники. Если заболевание угрожает жизни пациента, то больному даются чёткие инструкции о необходимости постоянного врачебного наблюдения, неукоснительного соблюдения всех предписаний. Не будет лишним поинтересоваться мнением больного об уровне лечебно-диагностического процесса в клинике, удовлетворенностью санитарным режимом и качеством лечебного питания, об отношении врача и медицинского персонала отделения к больным. Студенты получают при этом уроки совершенствования конкретных знаний, то есть выполняется учебная функция клинического обхода.

Беседа заведующего кафедрой или другого ответственного консультанта кафедры с больным в присутствии студентов должна носить психотерапевтический оттенок. Не должно быть никакой спешки во время обхода, ибо торопливость и недостаточное внимание к вопросам и жалобам больного, отказ выслушать до конца его проблемы, с тем, чтобы потом дать дельный совет и рекомендации, всегда обижают пациента и снижают доверие к нему, а значит и его авторитет. Проводя плановый обход в палате следует

уделить достаточное внимание каждому пациенту, а завершая обход следует пожелать всем больным в палате хорошего настроения, быстрее выздоровления и возвращения на работу и в семью. В этом и состоит воспитательная и деонтологическая цель клинического обхода.

Санитарно-просветительная функция клинического обхода состоит в том, что консультант в убедительной форме даёт советы по режиму питания, труда и отдыха, по прекращению употребления спиртных напитков и отказу от курения. Эта информация из уст заведующего кафедрой, профессора или доцента кафедры имеет особый вес и больные к ней прислушиваются.

Если идёт консультация больных в конкретном хирургическом отделении, то обращается внимание студентов на вид операции, сроки после оперативного вмешательства, наличие дренажей повязки, ведение больного в послеоперационном периоде.

Плановый общий обход должен готовиться. Заведующий отделением, врачи-ординаторы, сестринский и младший медицинский персонал, да и больные тоже чётко знают день и время общего обхода заведующего кафедрой или закрепленного консультанта в лице профессора или доцента кафедры. В палате наводится образцовый порядок, все больные находятся на своих местах и должны быть подготовлены для осмотра (сняты бинты, повязки, колготки, чулки, носки). Лечащий врач и палатная сестра приводят в идеальное состояние всю медицинскую документацию (историю болезни, температурные листы, листы назначений, документацию о проведенных медицинских инструментальных и лабораторных исследованиях).

Общий клинический обход предполагает присутствие не только группы студентов и клинических ординаторов, но и заведующего отделением, врачей ординаторов данного отделения, палатной медицинской сестры.

Осмотр больных проводится в утренние часы. Во время осмотра больных консультант демонстрирует пользование всеми методами клинического осмотра.

Анализируются результаты специальных лабораторных исследований, полученных из бактериологической, биохимической, иммунологической, серологической лабораторий. Если проводилось (или показано) патогистологическое исследование, то консультант обязательно расшифровывает гистологическую картину, указывая, что за и против предполагаемого диагноза.

Результаты осмотра и проведенных исследований ложатся в основу обоснования клинического диагноза. В сомнительных случаях консультант обосновывает необходимость тех или других дополнительных исследований, привлечения консультантов других специальностей. Присутствующие во время клинического обхода студенты, клинические ординаторы и молодые врачи активно участвуют в этом процессе, многие из них привлекаются к осмотру больных.

Обход заканчивается кратким обсуждением больных в присутствии врачей, студентов и клинических ординаторов в отсутствие пациентов. Именно в такой обстановке можно обсудить вопросы этиологии и патогенеза и особенностей течения данной клинической формы болезни, дифференциальной диагностики, прогноз для жизни, выздоровления и сохранения трудоспособности, ошибки диагностики или выбора методики лечения, высказать замечания по ведению медицинской документации, т. е. все те вопросы, которые в силу врачебной этики никак нельзя поднимать в присутствии больного. Именно благодаря такому разбору у студентов и клинических ординаторов, у молодых врачей идёт процесс активного формирования клинического мышления на конкретных примерах.

Большинство студентов, получив новую информацию, смогут в самое ближайшее время подкрепить эти знания, посмотрев дополнительно литературу в библиотеке, поработав в интернете по соответствующей тематике.

3. РАБОТА В ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ И ОПЕРАЦИОННОЙ

Работе студентов св перевязочных и операционном блоке уделяют пристальное внимание с первых шагов студентов в хирургической клинике.

Дело в том, что операционно-перевязочный блок – комплекс подразделений лечебного учреждения, предназначенных для подготовки и проведения операций, перевязок, наложения гипсовых повязок. В большинстве случаев операционно - перевязочный блок включает следующие различные по расположению и организации работы подразделения: операционный блок, материальную комнату, стерилизационную, перевязочные (чистую и гнойную).

Работа в перевязочной предъявляет четкие требования к внешнему виду и одежде студента. Исследование ран и смену повязок проводят в перевязочной в халатах, шапочках, полностью закрывающих волосы, масках, перчатках. При обработке больных с гнойными ранами дополнительно одевают клеенчатый фартук, который, после работы обеззараживают.

Работа в операционной отличается особой строгостью в порядке. Хирурги, операционные сестры и все лица, участвующие в операции, перед операцией принимают гигиенический душ, надевают операционное белье (пижаму, тапочки, шапочку, халат).

Студенты перед входом в операционный блок халат снимают, надевают маску, бахилы и проходят в предоперационную, где производят обработку рук и надевают стерильный халат, перчатки и маску. Строго соблюдают "правило красной черты". Все входящие в операционную (за красную черту) должны быть одеты в стерильное белье. Все другие лица перед входом в операционную надевают 4-х слойную марлевую маску и тщательно убирают волосы под шапочку, после чего надевают бахилы. Для использованных бахил устанавливают бак или ведро с крышкой.

Так как вход в операционный блок персоналу, не участвующему в операции, запрещен, студенты пользуются привилегиями для освоения хирургии.

4. ДЕЖУРСТВА С ПРЕПОДАВАТЕЛЯМИ В ВЕЧЕРНЕЕ ВРЕМЯ И ВЫХОДНЫЕ ДНИ

Более привычная работа в дневное время ограничена тем, что в основном студенты имеют дело с больными, находящимися в отделении несколько дней уже будучи обследованными, чаще оперированными.

Главное преимущество дежурств в вечерние и выходные дни заключается в том, что студенты больше имеют дело с вновь поступающими больными. Среди них в основном пациенты с экстренной хирургической патологией. А это значит, что они могут пробовать обследовать и ставить диагноз у первичного, необследованного больного, сопоставить свой диагноз с направительным диагнозом, выявить необходимые для уточнения диагноза симптомы и синдромы, помочь дежурному хирургу и бригаде в оформлении настоящей истории болезни.

Также важным представляется время и возможность согласовать с дежурным врачом диагноз, план обследования и лечебные мероприятия.

Кроме того в вечернее время и выходные дни студенты имеют возможность наблюдать и проводить осмотр больных, переданные для наблюдения, сделать записи в историях болезни, участвовать в вечернем обходе.

Главное, конечно, это обследование больных, поступивших в экстренном порядке на карете скорой помощи, что делает эти дежурства незаменимыми.

Преподаватель подготовит итоги дежурств, заостряет внимание студентов на тех или иных ошибках, помогает в установлении диагноза и выборе тактики лечения.

Список литературы

Основная литература

1. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 992 с. - ISBN 978-5-9704-3984-5 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439845.html>. – ЭБС «Консультант студента», по паролю

2. Савельев В. С. Хирургические болезни. В 2 т. Том 1 : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-3998-2 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439982.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю

3. Савельев В. С. Хирургические болезни. В 2 т. Том 2 : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-3999-9 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439999.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю

Дополнительная литература

1. Лагун М.А., Курс факультетской хирургии в рисунках, таблицах и схемах [Электронный ресурс] / М.А. Лагун, Б.С. Харитонов; под общ. ред. С.В. Вертянкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 436 с. - ISBN 978-5-9704-3783-4 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437834.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю