

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Воронежский государственный
медицинский университет имени Н.Н.Бурденко»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор ИДПО
Профессор _____ О.С. Саурина
« ____ » _____ 2016г

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ХИРУРГИЯ»**

**по теме: «Амбулаторно-поликлиническая хирургия»
(реализуемая с применением частичной стажировки)**

(срок обучения – 36 академических часов, 36 зачетных единиц)

**ВОРОНЕЖ
2016**

Программа составлена в соответствии с Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Р.Ф. от 23 июля 2010 г. № 541н, Приказ Министерства образования и науки РФ от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», Приказ Минобрнауки России от 19 ноября 2013 г. №1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры».

Программа обсуждена на заседании кафедры
«16» октября 2016 протокол № 5

Заведующий кафедрой хирургических болезней ИДПО _____ Эктов В.Н.

Разработчики программы:

Ю.М. Шептунов – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней ИДПО
О.С. Скорынин – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней ИДПО

Рецензенты:

А.И. Жданов – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии
М.В. Аралова – к.м.н., заведующая отделением амбулаторно-поликлинической хирургии БУЗ ВО ВОКБ №1

Программа одобрена на заседании ЦМК по координации последипломной подготовки от «17» октября 2016 года, протокол № 2

Утверждено на ученом совете ИДПО от «18» октября 2016 года, протокол № 3

2. ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Хирургия», по теме: «Амбулаторно-поликлиническая хирургия»

№ п/п	Наименование документа
1.	Титульный лист
2.	Опись комплекта документов
3.	Пояснительная записка
4.	Планируемые результаты обучения
5.	Требования к итоговой аттестации
6.	Учебный план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия» по теме: «Амбулаторно-поликлиническая хирургия» очная.
7.	Календарный учебный график
8.	Рабочие программы учебных модулей специальных (МСП) и смежных (СМ) дисциплин
8.1.	МСП 1 Избранные разделы хирургии пищевода и желудка.
8.2.	МСП 2 Заболевания печени и поджелудочной железы.
8.3.	МСП 3 Гнойная амбулаторно-поликлиническая хирургия.
8.4.	МСП 4 Техника выполнения амбулаторных операций (стажировка).
8.5.	СМ 5 Вопросы колопроктологии в практике амбулаторного хирурга.
9.	Оценочные материалы для итоговой аттестации
10.	Организационно-педагогические условия реализации программы

3. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Актуальность. Согласно ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» реформирование и модернизация здравоохранения Российской Федерации предусматривает подготовку эрудированного врача специалиста хирурга с фундаментальной профессиональной подготовкой, владеющего современными информационными технологиями, способного к самостоятельной лечебно-диагностической деятельности.

После получения сертификата специалиста на протяжении всей дальнейшей профессиональной деятельности врач должен периодически 1 раз в 5 лет проходить систематическое обучение для получения дополнительного профессионального образования. Дальнейшие занятия на курсах усовершенствования позволяют врачу систематически приобретать новые и новейшие знания и представления по этиологии и патогенезу заболеваний, развивать клиническое мышление, обучаться современным методам диагностики, лечебно-профилактическим и реабилитационным методам.

Вся система послевузовского дополнительного образования направлена на непрерывное саморазвитие врача как в профессиональном, так и в личностном плане.

Целью повышения квалификации (ПК) является освоение врачами современных теоретических знаний и умений по соответствующему конкретному курсу или нескольким разделам различных курсов программы в соответствии с занимаемой специалистом должностью.

Основными **задачами** последипломной подготовки специалиста хирурга являются:

- улучшение практической подготовки выпускника медицинских институтов, академий, университетов;

- повышение профессионального уровня и степени готовности врача к самостоятельной врачебной деятельности в хирургических кабинетах и отделениях поликлиник, хирургических отделениях больниц и клиник;

- формирование клинического мышления квалифицированного врача, ориентированного в различных разделах хирургической патологии и в смежных специальностях (внутренние болезни, урология, гинекология, травматология, трансфузиология, анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия, клиническая фармакология, лабораторная, инструментальная и лучевая диагностика, организация и экономика здравоохранения).

Послевузовское профессиональное обучение базируется на основе полученного высшего медицинского образования по специальности - Лечебное дело (040100). Специальность утверждена приказом Министерства образования Российской Федерации, приказ Госкомвуза Российской Федерации от 05.03.1994 г. №180.

Категория слушателей: врачи-хирурги, хирурги амбулаторного звена.

Продолжительность цикла ПК 36 академических часов, что соответствует 36 зачетным единицам.

Форма обучения

График обучения	Ауд. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Форма обучения			
с отрывом от работы (очная)	6	6	0,25 месяцев (6 дней, 1 неделя)

По окончании обучения выдается удостоверение о повышении квалификации.

ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" к **должностным обязанностям** врача-хирурга относится: выполнение перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу. Оформление необходимой медицинской документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению. Проведение санитарно-просветительной работы с населением и больными. Составление отчета о своей работе и проведение анализа ее эффективности.

Должен знать: Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, действующие в сфере здравоохранения; общие вопросы организации хирургической помощи в Российской Федерации; организацию работы скорой и неотложной помощи взрослому населению и детям; топографическую анатомию основных областей тела (головы, шеи, грудной клетки, передней брюшной стенки и брюшной полости, нижних конечностей); анатомические особенности детского возраста; основные вопросы нормальной и патологической физиологии при хирургической патологии; взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции; причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления; основы водно-электролитного обмена; кислотно-щелочной баланс; возможные типы их нарушений и принципы лечения в детском возрасте и у взрослых; па-

тофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса; физиологию и патофизиологию свертывающей системы крови, показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов; общие, функциональные, инструментальные и другие специальные методы обследования хирургического больного; вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации у взрослых и детей; основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; клиническую симптоматику "пограничных" заболеваний в хирургической клинике (урология, акушерство и гинекология, педиатрия, инфекционные болезни); принципы подготовки больных (взрослых и детей) к операции и ведение послеоперационного периода; вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, диспансеризации и реабилитации хирургических больных; применение физиотерапии, лечебной физкультуры; показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению; правила охраны труда при работе с аппаратурой и хирургическим инструментарием; основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; оснащение операционных палат интенсивной терапии; хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях; принципы организации и проведения диспансеризации населения; экономические вопросы хирургической службы; вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны и военно-полевой хирургии; формы и методы санитарно-просветительной работы; правила санитарно-эпидемиологического режима; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Высшее профессиональное образование по одной из специальностей "Лечебное дело", "Педиатрия" и послевузовское профессиональное образование (интернатура и (или) ординатура) по специальности "Хирургия" без предъявления требований к стажу работы.

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей по специальности «хирургия».

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-1);

лечебная деятельность:

готовность к проведению оперативных вмешательств в амбулаторно-поликлинических условиях (ПК-2);

Характеристика новых ПК врачей, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия».

Обезболивание в амбулаторной хирургии: местная, проводниковая анестезия; Оптимальные разрезы и доступы в амбулаторной хирургии Наложение швов и дренирование в амбулаторных условиях (ПК-3)

Формирование профессиональных компетенций врача-специалиста предполагает овладение врачом системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

По окончании обучения врач – хирург должен знать:

Общие знания

- Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- возрастные анатомо-физиологические, возрастнo-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного человека;

Специальные знания

- организацию оказания хирургической помощи населению и оснащение отделений;
- патофизиологические механизмы формирования заболеваний и закономерности протекания патологических процессов;

- клиническое и фармакологическое обоснование использования средств, применяемых в хирургии;

- методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к операции и наркозу;

- современные методы хирургического лечения заболеваний и травм, в том числе у больных с сопутствующими заболеваниями;

Знание сопутствующих и смежных дисциплин:

- элементы топографической анатомии нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, необходимые для выполнения операций и манипуляций;

- нормальную и патологическую физиологию нервной, эндокринной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, системы крови;

- клиническую картину, функциональную и биохимическую диагностику синдромов острых нарушений функций систем и органов;

- анатомо-физиологические особенности беременных;

- вопросы проницаемости медикаментов через естественные барьеры организма.

По окончании обучения врач – хирург должен уметь:

- оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих оперативного вмешательства;

- выбрать и провести наиболее оптимальное оперативное вмешательство;

- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;

- проводить санитарно-просветительную работу среди населения;

- оформить медицинскую документацию.

По окончании обучения врач – хирург амбулаторного звена должен владеть:

- методикой оценки состояния больного перед операцией, проведением премедикации;

- методикой организации рабочего места в операционной;

- хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранения патологического состояния пациента;

- методикой гемостаза при повреждениях магистральных и периферических сосудов;

- методикой проведения местного обезболивания: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая;

- методикой проведения профилактики и лечения осложнений местной и проводниковой анестезии;

- методикой распознавания осложнений анестезии, возникших вследствие необычной реакции на медикаменты, неправильной техники анестезии и техникой проведения своевременных лечебно-реанимационных мероприятий;

- методикой проведения неотложных мероприятий при синдромах острой сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, печеночной, почечной недостаточности, при критических состояниях эндокринного генеза;

- методикой реанимации при клинической смерти с применением закрытого массажа сердца.

По окончании обучения врач – хирург амбулаторного звена должен владеть навыками:

- интерпретации результатов эндоскопических диагностических методов исследования;

- интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, МРТ);

- интерпретации данных контрастных методов исследования (спленопортография, рентгеноскопия желудка, пищевода);

- физикальной диагностики при травмах и заболеваниях магистральных сосудов;

- интерпретации результатов УЗИ сосудов конечностей;

- проведения компрессионных проб при хронической венозной недостаточности;

- пальцевого ректального исследования;

- геморроидэктомии по Миллиган-Моргану;

- вторичной обработки гнойных ран;

- венэктомии по Бэбкоку-Нарату-Шеде;

- флебосклерозирующие манипуляции;

- планирования разрезов в различных областях с учетом оптимального направления;

- атравматического ушивания ран;

- подготовки к транспортировке и холодовая консервация сегмента конечности при травматической ампутации;

- наложение повязки на рану;

- подкожные, внутримышечные инъекции;

- катетеризация мочевого пузыря;

- постановка желудочного зонда;

- определение кровопотери по гемоглобину и гематокриту;

- промывание желудка.

5. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия» проводится в форме очного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-хирурга.

2. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения учебных разделов в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия».

3. Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца – Удостоверение о повышении квалификации.

6. УЧЕБНЫЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ХИРУРГИИ"

**по теме: «Амбулаторно-поликлиническая хирургия» (36 часов)
ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ**

Цель: систематизация и углубление профессиональных знаний, умений, навыков, методик, обеспечивающих совершенствование ПК врача-хирурга.

Категория обучающихся: врачи-хирурга.

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			Лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
Специальные дисциплины (МСП)						
МСП 1	Модуль 1. Избранные разделы хирургии пищевода и желудка	6	-	6	-	Промежуточный (тестирование)
1.1	Постгастррезекционные осложнения: демпинг-синдром, синдром приводящей петли, анастомозит	2	-	2	-	Текущий (устный)
1.2	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, патогенез, диагностика, консервативное и хирургическое лечение	2	-	2	-	Текущий (устный)
1.3	Портальная гипертензия. Этиология, патогенез, диагностика, лечение	2	-	2	-	Текущий (устный)
МСП 2	Модуль 2. Заболевания печени и поджелудочной железы	6	-	6	-	Промежуточный (тестирование)
2.1	Дифференциальная диагностика механической желтухи	2	-	2	-	Текущий (устный)
2.2	Показания к оперативному лечению хронического панкреатита	2	-	2	-	Текущий (устный)
2.3	Кисты поджелудочной железы	2	-	2	-	Текущий (устный)
МСП 3	Модуль 3. Гнойная амбулаторно-поликлиническая хирургия	6	6	-	-	Промежуточный (тестирование)
3.1	Остеомиелит. Этиология, патогенез, диагностика и лечение	2	2	-	-	Текущий (устный)
3.2	Трофические язвы. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и лечение	2	2	-	-	Текущий (устный)
3.3	Современные методы лечения гнойных ран	2	2	-	-	Текущий (устный)
МСП 4	Модуль 4. Техника выполнения амбулаторных операций (стажировка)	6	-	6	-	Промежуточный (отчетная документация по теме стажировки)
4.1	Освоение различных способов обезболивания в амбулаторной хирургии: местная, проводниковая анестезия	2	-	2	-	Текущий (устный)
4.2	Освоение техники выполнения оптимальных разрезов и доступов в амбулаторной хирургии	2	-	2	-	Текущий (устный)
4.3	Освоение техники наложения швов и дренирования в амбулаторных условиях	2	-	2	-	Текущий (устный)

Смежные дисциплины (СМ)						
СМ 5	Модуль 5. Вопросы колопроктологии в практике амбулаторного хирурга	6	-	6	-	Промежуточный (тестирование)
5.1	Диагностика и хирургическое лечение заболеваний аноректальной зоны	2	-	2	-	Текущий (устный)
5.2	Хронический геморрой. Этиология, патогенез, диагностика, лечение	2	-	2	-	Текущий (устный)
5.3	Кишечные стомы	2	-	2	-	Текущий (устный)
	Итоговая аттестация	6	-	6	-	Экзамен
	ИТОГО	36	6	30	-	

7. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Учебные модули	1 неделя											
	1 день		2 день		3 день		4 день		5 день		6 день	
	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П
МСП 1. Избранные разделы хирургии пищевода и желудка	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
МСП 2. Заболевания печени и поджелудочной железы в практике амбулаторного хирурга	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-
МСП 3. Гнойная амбулаторно-поликлиническая хирургия	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-
МСП 4. Техника выполнения амбулаторных операций (стажировка)	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-
СМ 5. Вопросы колопроктологии в практике амбулаторного хирурга	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-
Итоговая аттестация											-	6

8. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ СПЕЦИАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН (МСП)

8.1. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 1

«Избранные разделы хирургии пищевода и желудка»

Пояснительная записка

Актуальность. С появлением новых стандартов оказания медицинской помощи населению и модернизации системы постдипломного образования врачей, необходимо совершенствовать знания врачей в правовой сфере, а также повышать квалификацию специалиста путем непрерывного медицинского образования с применением современных образовательных технологий.

Цель: способствовать формированию системы теоретических и практических знаний по общим вопросам организации хирургической службы и непрерывному образованию врачей.

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей по специальности «хирургия».

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-1);

По окончании обучения врач – хирург должен знать:

- Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- нормативные правовые акты, регулирующие вопросы оборота сильнодействующих, психотропных и наркотических средств;

- основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

- возрастные анатомо-физиологические, возрастано-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного человека;

- нормативно-правовую базу по вопросам хирургии.

- общие принципы организации хирургической службы;

- нормативные правовые акты, регулирующие деятельность хирургической службы;

- организацию оказания хирургической помощи населению и оснащение отделений.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 1 (очная форма обучения)

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			Лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
МСП1	Модуль 1. Избранные разделы хирургии пищевода и желудка	6	-	6	-	Промежуточный (тестирование)
1.1	Постгастррезекционные осложнения: демпинг-синдром, синдром приводящей петли, анастомозит	2	-	2п	-	Текущий (устный)
1.2	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, патогенез, диагностика, консервативное и хирургическое лечение	2	-	2п	-	Текущий (устный)
1.3	Портальная гипертензия. Этиология, патогенез, диагностика, лечение	2	-	2п	-	Текущий (устный)
	ИТОГО	6	-	6	-	

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 1

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
1.1	Постгастррезекционные осложнения

1.1.1	Демпинг-синдром. Консервативное лечение. Показание к операции
1.1.2	Синдром приводящей петли
1.1.3	Анастомозит
1.2	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
1.2.1	Клиническая картина ГЭРБ
1.2.2	Методы диагностики
1.2.3	Варианты оперативного лечения
1.2.4	Амбулаторная реабилитация больных ГЭРБ после операции
1.3	Портальная гипертензия
1.3.1	Нормальная и патологическая физиология портального кровообращения
1.3.2	Этиология портальной гипертензии
1.3.3	Клиническая картина портальной гипертензии
1.3.4	Диагностика
1.3.5.	Осложнения портальной гипертензии: кровотечения, асцит.
1.3.6.	Консервативное лечение
1.3.7.	Хирургическое лечение портальной гипертензии и её осложнений
1.3.8.	Профилактика формирования синдрома портальной гипертензии

Форма контроля: промежуточное тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного тестирования:

1. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:

- а) Демпинг-синдрома
- б) Гипогликемического синдрома
- в) Синдрома "малого желудка"
- г) Пептической язвы анастомоза
- д) Синдрома приводящей петли

2. К характерным признакам стеноза привратника относятся: 1. Желтуха 2. Шум плеска натошак 3. Похудание 4. Отрыжка "тухлым" 5. Боли в эпигастрии распирающего характера

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,4,5

3. Наличие у больного после резекции желудка рвоты, желудочным содержимым в большом количестве без примеси желчи, тахикардии свидетельствует о развитии:

- а) Перитонита
- б) Панкреатита
- в) Кишечной непроходимости
- г) Анастомозита
- д) Кровотечения в просвет желудка

4. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, появились тонические судороги в конечностях, обморочное состояние, причиной которых служит:

- а) Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки

- б) Кровотечение
- в) Гипогликемический шок
- г) Нарушения электролитного обмена
- д) Нарушение мозгового кровообращения

5. Клиническими проявлениями демпинг-синдрома легкой степени является всё, кроме:

- а) Головокружение после приема сладкой пищи
- б) Потливость
- в) Сердцебиение
- г) Слабость
- д) Анемия

6. Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:

- а) Увеличения вязкости крови
- б) Снижения противосвёртывающей активности крови
- в) Снижения давления в системе воротной вены
- г) Активации процесса перехода протромбина в тромбин

7. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять:

- а) На 6-10 часов
- б) На 12-18 часов
- в) На 1-8 суток
- г) На 9-12 суток
- д) На 13-15 суток

8. Больной поступил в клинику с неоднократной «сухой» рвотой, а затем рвотой кровью со сгустками. Язвенный анамнез отрицает, злоупотребляет алкоголем. В анамнезе панкреатит. Наиболее вероятной причиной кровотечения может быть:

- а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- б) Язва желудка
- в) Рак желудка
- г) Синдром Меллори-Вейсса
- д) Синдром Золлингера-Элиссона

9. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является:

- а) Недостаточность кардиального сфинктера
- б) Алкоголизм
- в) Желчно-каменная болезнь
- г) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
- д) Употребление горячей пищи

10. При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают:

1. Дробное рациональное питание
 2. Возвышенное положение туловища во время сна
 3. Нормализацию массы тела при ожирении
 4. Диеты с низким содержанием клетчатки
 5. Ношение свободного (не тесного) белья
- а) Верно 1,2,3,4
 - б) Верно 1,3,4,5
 - в) Верно 2,3,4,5
 - г) Верно всё перечисленное
 - д) Верно 3,4,5

Эталоны ответов: 1 – б; 2 – г; 3 – а; 4 – в; 5 – г; 6 – в; 7 – в; 8 – г; 9 – а; 10 - г

Список литературы:

Основная литература:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации.
2. Сажин И.В., Сажин В.П., Нуждихин А.В. Лапароскопическая резекция желудка при язвенной болезни// Хирургия.- 2014.- №4.- С.8-11.
3. Михайлов, А.Н. Рентгенологическая диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.Н. Михайлов, А.В. Лой, В.Б. Римашевский // Здравоохранение. – 2010. – №8. – С. 30–33
4. Мастыкова, Е.К. Пищевод Барретта в структуре гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: современные представления / Е.К. Мастыкова, М.Р. Конорев, М.Е. Матвеев // Вестник ВГМУ. – 2010. – Т.9, №4. – С. 65 – 74.
5. Римашевский, В.Б. Рентгенодиагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы / В.Б. Римашевский, А.Н. Михайлов // М-лы V Всерос. Нац. конгр. лучевых диагностов и терапевтов «Радиология 2011», Москва. 25–27 мая 2011. – М., 2011. – С. 366.
6. Михайлов, А.Н. Зависимость уровня заброса контрастного препарата в пищевод от степени грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / А.Н. Михайлов / Сб. науч. работ «Невский радиологический форум 2011» 2–5 апреля 2011 г. – СПб., 2011 – С. 152.

Дополнительная литература:

1. Валитова, Э.Р. Функциональные методы исследования пищевода / Э.Р. Валитова, Д.С. Бордин, О.С. Васнев // Эксперим. и клин. гастроэнтерология.– 2010. – № 310. – С. 71 –74.
2. Ситникова, У.Б. Клинико-патогенетическое значение гастроэзофагеального рефлюкса у больных ИБС / У.Б. Ситникова, Н.М. Балабина // Сибирский мед. журн.– 2010. –№5. – С. 20–23.

8.2. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 2

«Заболевания печени и поджелудочной железы».

Пояснительная записка

Актуальность. Заболевания печени и поджелудочной железы представляют большой раздел патологии, с которым сталкиваются врачи многих специальностей (инфекционисты, терапевты, хирурги). В последние годы отмечается рост заболеваемости печени вирусной этиологии, опасных в большей степени своими осложнениями.

Цель: Усвоить этиопатогенетические факторы заболеваний печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, их диагностику и лечение.

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей по специальности «хирургия».

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

лечебная деятельность:

готовность к проведению оперативных вмешательств в амбулаторно-поликлинических условиях (ПК-2);

Формирование профессиональных компетенций врача-специалиста предполагает овладение врачом системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

По окончании обучения врач – хирург должен знать:

Общие знания

- возрастные анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития печени и желчевыводящей системы здорового и больного человека;

Специальные знания

- нормативно-правовую базу по вопросам хирургии.
- общие принципы организации хирургической службы;
- патофизиологические механизмы формирования заболеваний и закономерности протекания патологических процессов в печени, желчевыводящих путях и поджелудочной железе;
- клиническое и фармакологическое обоснование использования средств, применяемых в хирургии печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей;
- методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к операции и наркозу;
- современные методы хирургического лечения заболеваний и травм печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей, в том числе у больных с сопутствующими заболеваниями;

Знание сопутствующих и смежных дисциплин:

- элементы топографической анатомии нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей необходимые для выполнения операций и манипуляций;
- нормальную и патологическую физиологию нервной, эндокринной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, системы крови;
- клиническую картину, функциональную и биохимическую диагностику синдромов острых нарушений функций систем и органов.

По окончании обучения врач – хирург должен уметь:

- оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных с заболеваниями печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей, требующих оперативного вмешательства;
- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения;
- оформить медицинскую документацию.

По окончании обучения врач – хирург должен владеть:

- методикой оценки состояния больного перед операцией, проведением полного обследования пациента;
- методикой организации рабочего места в операционной;
- основами хирургической техники вмешательств на печени, поджелудочной железе и желчевыводящих путях, необходимыми и достаточными для устранения патологического процесса;

По окончании обучения врач – хирург должен владеть навыками:

- интерпретации результатов эндоскопических диагностических методов исследования печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей;
- интерпретации результатов лучевых методов диагностики заболеваний печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей (УЗИ, рентгенография, КТ, МРТ);
- интерпретации данных контрастных методов исследования (холангиография, РХПГ);
- интраоперационная холангиография при механической желтухе;
- наложение повязки на рану;

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			Лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
МСП2	Модуль 2. Заболевания печени и поджелудочной железы в практике амбулаторного хирурга	6	-	6	-	Промежуточный (тестирование)
2.1	Дифференциальная диагностика механической желтухи	2	-	2п	-	Текущий (устный)
2.2	Показания к оперативному лечению хронического панкреатита	2		2п		Текущий (устный)
2.3	Кисты поджелудочной железы	2	-	2п	-	Текущий (устный)
	ИТОГО	6	-	6	-	

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 2

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
2.1	Дифференциальная диагностика механической желтухи
2.1.1	Классификация желтух
2.1.2	Клиническая картина гемолитической, паренхиматозной и механической желтухи
2.1.3	Диагностический алгоритм для выявления механической желтухи
2.2	Показания к оперативному лечению хронического панкреатита
2.1.1	Классификация хронического панкреатита
2.2.2	Клиническое течение различных форм хронического панкреатита
2.2.3	Консервативное лечение и показания к оперативному лечению хронического панкреатита
2.2.4	Оперативные вмешательства при хроническом панкреатите
2.3	Кисты поджелудочной железы
2.3.1	Кисты поджелудочной железы – одна из форм хронического панкреатита
2.3.2	Диагностика кист поджелудочной железы
2.3.3	Хирургическое лечение кист поджелудочной железы

Форма контроля: промежуточное тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного контроля:

- Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:
 - Острый панкреатит
 - Механическая желтуха
 - Хронический панкреатит
 - Наличие конкрементов в панкреатических протоках
 - Холедохолитиаз
- Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:
 - Пероральная холецистография
 - Внутривенная холецистохолангиография

- c) Ретроградная холангиография
 - d) Сцинтиграфия печени
 - e) Прямая спленопортография
3. У больного холедохолитиазом могут возникнуть следующие осложнения: 1. Холангит 2. Обтурационная желтуха 3. Рубцовые изменения протока 4. пролежни стенки протока 5. Рак желчного пузыря
- a) Верно 1,2,3,4,5
 - b) Верно 1,3,4,5
 - c) Верно 2,3,4,5
 - d) Верно 1,2,3,5
 - e) Верно 1,2,3,4
4. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:
- a) Камнем пузырного протока
 - b) Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
 - c) Вклиненным камнем большого дуоденального соска
 - d) Вентильным камнем холедоха
 - e) Опухолью внепеченочных желчных протоков
5. Пересечение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
- a) механической желтухой
 - b) икотой
 - c) гнойным холангитом
 - d) желчеистечением
 - e) рвотой желчью
6. Перевязка внепеченочных желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
- a) желчным перитонитом
 - b) лихорадкой
 - c) желчеистечением
 - d) механической желтухой
 - e) панкреонекрозом
7. Для длительного каркасного дренирования желчных протоков применяется:
- a) дренаж Фелькера
 - b) потерянный дренаж
 - c) Т-образный дренаж
 - d) Кера-Мейо-Робсона
 - e) сменный транспеченочный по Гетце-Сейпол-Куриану
8. При формировании гепатикоеюноанастомоза длина петли тонкой кишки , выключенной по Ру , должна быть:
- a) до 30 см
 - b) 30-50см
 - c) 50-70см
 - d) 70-90см
 - e) 90-120см
9. Удлинение протромбинового времени при желтухе не удастся скорректировать назначением препаратов витамина К. Это наиболее вероятно свидетельствует о наличии:

- a) отдаленных метастазов
- b) длительной механической желтухи
- c) полной обструкции желчных протоков
- d) выраженной гепатоцеллюлярной дисфункции
- e) гемолитической желтухи

10. Исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания: 1. Образование ложной кисты 2. Развитие хронического панкреатита 3. Появление сахарного диабета 4. Развитие кистозного фиброза железы 5. Возникновение инсуломы

- a) Верно 1,2,4,5
- b) Верно 1,2,3,4,5
- c) Верно 2,3,4,5
- d) Верно 1,3,4,5
- e) Верно 1,2,3,4

11. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия; частым осложнением этой операции является:

- a) Эзофагит, вызванный попаданием трипсина
- b) Рецидив кисты
- c) Послеоперационное кровотечение
- d) Инфекция
- e) Злокачественное перерождение

12. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является:

- a) Медикаментозное лечение
- b) Марсупиализация
- c) Резекция тела поджелудочной железы
- d) Лучевая терапия
- e) Иссечение кисты

13. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется наложение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является:

- a) Цистогастростомия
- b) Цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
- c) Цистоеюностомия на отключенной по Ру петле
- d) Цистостомия
- e) Цистодуоденостомия

14. Наиболее частой причиной хронического панкреатита является:

- a) хронический алкоголизм
- b) ЖКБ
- c) гиперпаратиреозидизм
- d) наследственный фактор
- e) травма

Эталоны ответов:

1 – a; 2 – c; 3 – e; 4 – d; 5 – d; 6 – d; 7 – e; 8 – d; 9 – d; 10 – e; 11 – e; 12 – e; 13 – b; 14 – a

Список литературы:

Основная литература:

1. Руководство по хирургии желчных путей. 2 е изд. Под редакцией Гальперина Э.И.,

- Ветшева П.С. - М.: Издательский дом Видар М, 2009. - 568 с.
2. Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Гришин И.Н. и соавт. Патогенетическое обоснование первичных и повторных операций на поджелудочной железе при хроническом панкреатите. *Анналы хирургической гепатологии*. 2012; 3(17): 80-88.
 3. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. *Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2008. 949 p.
 4. Никольский В.И. и соавт. Чрескожные чреспеченочные вмешательства при билиарной гипертензии// *Хирургия*.- 2013.- №10.- С.72-76.
 5. Кубышкин В.А., Козлов И.А., Кригер А.Г., Чжао А.В. Хирургическое лечение хронического панкреатита и его осложнений. *Анналы хирургической гепатологии*. 2012; 4: 24-35.
 6. Гальперин Э.И., Котовский А.Е., Момунова О.Н. Темп декомпрессии желчных протоков при механической желтухе// *Хирургия*.- 2011.- № 8.- С. 33-40.
 7. Третьяк С. И., Ращинский С. М., Ращинская Н. Т. Варианты повторных и реконструктивных операций у больных хроническим панкреатитом. *Анналы хирургической гепатологии*. 2012; 2(17): 65-71.
 8. Федоров В.Д., Кригер А.Г., Цыганков В.Н. Лечение больных с хроническим панкреатитом, осложненным ложными аневризмами артерий бассейна чревного ствола. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2010; 169(1): 44-52.
 9. Buchler M.W., Martignoni M.E., Friess H., Malfertheiner P. A proposal for a new clinical classification of chronic pancreatitis. *BMC Gastroenterol*. 2009; 9(1): 93-100.
 10. Dumonceau J.M., Delhaye M., Tringali A. et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2012; 44: 784–796.

Дополнительная литература:

1. Fankhauser G., Stone W., Naidu S. The minimally invasive management of visceral artery aneurysms and pseudoaneurysms. *J Vasc Surg*. 2011; 53: 966-970.
2. Hoffmeister A., Mayerle J., Beglinger C. et al. Consensus guidelines on definition, etiology, diagnosis and medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS). *Z Gastroenterol*. 2012; 50(11): 1176-1224.
3. Tamura R., Ishibashi T., Takahashi S. Chronic pancreatitis: MRCP versus ERCP for quantitative caliber measurement and qualitative valuation. *Radiology*. 2006; 238: 920-928.
4. Frullonia L., Gabbriellini A., Pezzillic R. et al. Chronic pancreatitis: Report from a multicenter Italian survey (PanCroInfAISP) on 893 patients. 2009 April; 41(4): 311–317.

8.3. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 3 «Гнойная амбулаторно-поликлиническая хирургия»

Пояснительная записка

Актуальность. Гнойная патология составляет более 30% всех хирургических пациентов. В амбулаторно-поликлиническом звене доля этих больных ещё выше, поэтому диагностика и лечение гнойной хирургической инфекции является актуальной проблемой современной хирургии.

Цель: изучить этиологию, патогенез, методы диагностики и лечения заболеваний, представляющих гнойную хирургическую инфекцию.

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей по специальности «хирургия».

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-1);

лечебная деятельность:

готовность к проведению оперативных вмешательств в амбулаторно-поликлинических условиях (ПК-2);

Формирование профессиональных компетенций врача-специалиста предполагает овладение врачом системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

По окончании обучения врач – хирург должен знать:

Общие знания

- возрастные анатомо-физиологические, возрастнo-половые и индивидуальные особенности строения и развития желудочно-кишечного тракта здорового и больного человека;

Специальные знания

- нормативно-правовую базу по вопросам хирургии.
- общие принципы организации хирургической службы;
- нормативные правовые акты, регулирующие деятельность хирургической службы;
- организацию оказания хирургической помощи населению и оснащение кабинетов поликлиник и гнойных хирургических отделений;
- патофизиологические механизмы формирования хирургических инфекционных заболеваний;
- клиническое и фармакологическое обоснование использования средств, применяемых в гнойной хирургии;
- методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к операции и наркозу;
- современные методы хирургического лечения гнойных заболеваний, в том числе у больных с сопутствующими заболеваниями;

Знание сопутствующих и смежных дисциплин:

- элементы топографической анатомии нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, необходимые для выполнения операций и манипуляций;
- нормальную и патологическую физиологию нервной, эндокринной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, системы крови;
- клиническую картину, функциональную и биохимическую диагностику синдромов острых нарушений функций систем и органов;
- анатомо-физиологические особенности беременных;
- вопросы проницаемости медикаментов через естественные барьеры организма.

По окончании обучения врач – хирург должен уметь:

- оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных гнойными хирургическими заболеваниями, требующих оперативного вмешательства;
- провести предоперационную подготовку с включением пред- и интраоперационной антибактериальной терапии;
- выбрать и провести наиболее оптимальное оперативное вмешательство;

- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения;
- оформить медицинскую документацию.

По окончании обучения врач – хирург должен владеть:

- методикой оценки состояния больного перед операцией;
- методикой организации рабочего места в операционной;
- хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранения патологического состояния пациента;
- методикой гемостаза при повреждениях магистральных и периферических сосудов;
- методикой диагностики на основании клинических и лабораторных данных нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, проводить коррекцию их нарушений;
- методикой реанимации при клинической смерти с применением закрытого массажа сердца.

По окончании обучения врач – хирург должен владеть навыками:

- интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, МРТ);
- определение группы и видовой принадлежности крови, внутривенное переливание крови;
- выполнения амбулаторных операций при гнойной хирургической патологии.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 3 (очная форма обучения)

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			Лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
МСПЗ	Модуль 3. Гнойная амбулаторно-поликлиническая хирургия	6	6	-	-	Промежуточный (тестирование)
3.1	Остеомиелит. Этиология, патогенез, диагностика и лечение	2	2	-	-	Текущий (устный)
3.2	Трофические язвы. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и лечение	2	2	-	-	Текущий (устный)
3.3	Современные методы лечения гнойных ран	2	2	-	-	Текущий (устный)
	ИТОГО	6	6	-	-	

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 3

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
3.1	Остеомиелит
3.1.1	Этиология остеомиелита
3.1.2	Патогенез остеомиелита
3.1.3	Остеомиелит. Диагностика и лечение

3.2	Трофические язвы
3.2.1	Этиология и патогенез трофических язв
3.2.2	Трофические язвы. Дифференциальная диагностика и лечение
3.3	Современные методы лечения гнойных ран
3.3.1	Закрытые и полужакрытые методы лечения
3.3.2	Вакуумная терапия гнойных ран
3.3.3	Физические методы лечения

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного тестирования:

1. Фурункул, как правило, вызывается:

- а) Стрептококком
- б) Стафилококком
- в) Гонококком
- г) Синегнойной палочкой
- д) Протеем

2. При карбункуле шеи показано: 1. Согревающий компресс с мазью Вишневского 2. Антибиотики внутримышечно 3. Сульфаниламидные препараты внутрь 4. Витаминотерапия 5. Ультрафиолетовое облучение

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 1,2,4,5

3. Возбудителем гидраденита чаще всего является:

- а) Стрептококк
- б) Протей
- в) Стафилококк
- г) Синегнойная палочка
- д) Кишечная палочка

4. Для флегмоны характерно: 1. Общее недомогание 2. Повышение температуры тела 3. Локальная болезненность 4. Локальная гиперемия кожи 5. Полость с гноем, окруженная капсулой

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

5. Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются:

- а) Стафилококком
- б) Пневмококком
- в) Протеем
- г) Синегнойной палочкой
- д) Гемолитическим стрептококком

6. Возбудителем рожи является:
- Золотистый стафилококк
 - Стрептококк
 - Кишечная палочка
 - Ассоциация микроорганизмов
 - Синегнойная палочка
7. К осложнениям оперативного лечения гнойного паротита относится:
- Свищ
 - Флегмона шеи
 - Остеомиелит нижней челюсти
 - Парез ветвей лицевого нерва
 - Парез ветвей тройничного нерва
8. Наиболее опасные осложнения флегмоны шеи: 1. Гнойный медиастинит 2. Гнойный менингит 3. Сдавление дыхательных путей 4. Прорыв гноя в пищевод 5. Сепсис
- Верно 1,2,3,4
 - Верно 2,3,4,5
 - Верно 1,2,4,5
 - Верно 1,2,3,4,5
 - Верно 1,3,4,5
9. После установления диагноза острого гнойного медиастинита в первую очередь необходимы:
- Массивная антибиотикотерапия
 - Иммунотерапия
 - Дезинтоксикационная терапия
 - Хирургическое лечение
 - Гемотрансфузия
10. Ярко выраженная картина столбняка обычно протекает со следующими симптомами: 1. Распространенные судороги мышц туловища и конечностей 2. Повышение температуры тела до 42° С 3. Отсутствие сознания 4. Резко выраженная тахикардия 5. Задержка мочеиспускания
- Верно 1,2,3,4
 - Верно 1,3,4,5
 - Верно 1,2,4,5
 - Верно 1,2,3,4,5
 - Верно 2,3,4,5
11. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо при: 1. Ушибленной ране головы 2. Термическом ожоге бедра 2-й степени 3. Остром гангренозном аппендиците 4. Открытом переломе плеча 5. Закрытом переломе голени
- Верно 1,2,4,5
 - Верно 1,3,4,5
 - Верно 1,2,3,4,5
 - Верно 2,3,4,5
 - Верно 1,2,3,4
12. При лечении столбняка применяется: 1. Противостолбнячная сыворотка 2. Столбнячный анатоксин 3. Мышечные релаксанты 4. Хлоралгидрат 5. Нейролептики
- Верно 1,2,3,4

- б) Верно 1,3,4,5
 в) Верно 1,2,4,5
 г) Верно 1,2,3,4,5
 д) Верно 2,3,4,5
13. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается: 1. Нижний метафиз бедра 2. Верхний метафиз бедра 3. Нижний метафиз голени 4. Верхний метафиз голени
- а) Верно 1,2
 б) Верно 1,3
 в) Верно 2,3
 г) Верно 3,4
 д) Верно 1,4
14. К средствам специфической иммунотерапии при сепсисе, вызванном стафилококком, относятся:
- а) Т-активин
 б) Левамизол
 в) Антистафилококковая плазма и стафилококковый анатоксин
 г) Лейкомасса Тромбоцитарная масса
15. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются:
- а) Пероральный
 б) Внутримышечный и внутривенный
 в) Внутривенный и эндолимфатический
 г) Внутрикостный и внутримышечный
 д) Эндолимфатический

Эталоны ответов:

- 1) б 2) а 3) в 4) д 5) д 6) б 7) г 8) в 9) г 10) в 11) д 12) в 13) д 14) в 15) в

Список литературы:

Основная литература:

1. Раны и раневая инфекция. Руководство для врачей 2 изд. Под ред. М.И. Кузина и Б.М. Костюченка. - М., 2005.
2. Булынин В.И., Мошуров И.П. Лечение ран. – 2008
3. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии: руководство для врачей ГЭОТАР-Медиа 2007.
4. Измайлов, С.Г. Общие принципы лечения гнойных ран : учебное пособие / С.Г. Измайлов, В.В. Бесчастнов, М.Г. Рябков. – Н. Новгород : Институт ФСБ России, 2011.
5. Ф.В. Галимзянов ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН И РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ Учебное пособие Екатеринбург 2012
6. Кузнецов Н.А., Никитин В.Г./Щадящие хирургические вмешательства и интерактивные повязки в лечении инфицированных ран//Хирургия Том8/N2/2006 РАНЫ и РАНЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ.

Дополнительная литература:

1. Токмакова А.Ю., Страхова Г.Ю., Галстян Г.Р. Современная концепция ведения больных с хроническими ранами и сахарным диабетом//Сахарный диабет 2005 № 1.
2. Ларичев А.Б., Антонюк А.В., Кузьмин В.С., Вакуум-терапия в лечении хронических ран. (методическое пособие для врачей) Ярославль 2007.
3. Оболенский В.Н. Хроническая рана: обзор современных методов лечения. РМЖ, репринт №5 2013г.

8.4. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 4 «Техника выполнения амбулаторных операций (стажировка)»

Пояснительная записка

Актуальность. Амбулаторные операции являются самым распространенным хирургическим вмешательством у пациентов поликлиник, долечивание и реабилитация которых проводится амбулаторными хирургами.

Цель: изучить технику местной и регионарной анестезии, выполнение оптимальных разрезов-доступов, способы ушивания и дренирования ран.

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей по специальности «хирургия».

лечебная деятельность:

готовность к проведению оперативных вмешательств в амбулаторно-поликлинических условиях (ПК-2);

Характеристика новых ПК врача, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия».

Обезболивание в амбулаторной хирургии: местная, проводниковая анестезия; Оптимальные разрезы и доступы в амбулаторной хирургии Наложение швов и дренирование в амбулаторных условиях (ПК-3)

Формирование профессиональных компетенций врача-специалиста предполагает овладение врачом системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

По окончании обучения врач – хирург должен знать:

Общие знания

- возрастные анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного человека;

Специальные знания

- патофизиологические механизмы формирования заболеваний и закономерности протекания патологических процессов;

- клиническое и фармакологическое обоснование использования средств, применяемых в хирургии;

- методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к операции и наркозу;

- современные методы хирургического лечения заболеваний и травм, в том числе у больных с сопутствующими заболеваниями;

- принципы оказания неотложной помощи и особенности проведения оперативных вмешательств пациентов в условиях массового поступления пострадавших;

Знание сопутствующих и смежных дисциплин:

- анатомо-физиологические особенности беременных;

- вопросы проницаемости медикаментов через естественные барьеры организма.

По окончании обучения врач – хирург должен уметь:

- оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих оперативного вмешательства;

- провести предоперационную подготовку;

- выбрать и провести наиболее оптимальное оперативное вмешательство;

- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;

- проводить санитарно-просветительную работу среди населения;

- оформить медицинскую документацию.

По окончании обучения врач – хирург должен владеть:

- методикой оценки состояния больного перед операцией, проведением премедикации;
- методикой организации рабочего места в операционной;
- хирургической техникой обезболивания и проведения этапов операции, необходимой и достаточной для устранения патологического состояния пациента;
- методикой реанимации при клинической смерти с применением закрытого массажа сердца.

По окончании обучения врач – хирург должен владеть навыками:

- проведения местной инфильтрационной и проводниковой анестезии;
- выполнение оптимальных доступов и разрезов с учетом анатомических особенностей места операции, линий Лангера и др.;
- оптимальных способов ушивания и дренирования ран и полостей.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 4 (очная форма обучения)

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			Лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
4.1	Освоение различных способов обезболивания в амбулаторной хирургии: местная, проводниковая анестезия	2	-	2	-	Текущий (устный)
4.2	Освоение техники выполнения оптимальных разрезов и доступов в амбулаторной хирургии	2	-	2	-	Текущий (устный)
4.3	Освоение техники наложения швов и дренирования в амбулаторных условиях	2	-	2	-	Текущий (устный)
	ИТОГО	6		6		промежуточный (отчетная документация по теме стажировки)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 4

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
4.1	Обезболивание в амбулаторной хирургии: местная, проводниковая анестезия
4.1.1	Местная инфильтрационная анестезия по Брауну и А.В.Вишневскому
4.1.2	Проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу
4.1.3	Регионарная анестезия
4.2	Оптимальные разрезы и доступы в амбулаторной хирургии
4.3	Наложение швов и дренирование в амбулаторных условиях

4.3.1	Узловые вертикальные швы. Швы по Донати
4.3.2	Техника наложения непрерывного внутрикожного шва
4.3.3	Дренирование ран и полостей
4.3.4	Активная вакуум-аспирация по Редону

Форма контроля: отчетная документация по теме стажировки.

Список литературы:

1. Раны и раневая инфекция. Руководство для врачей 2 изд. Под ред. М.И. Кузина и Б.М. Костюченка.- М., 2005.
2. Булынин В.И., Мошуров И.П. Лечение ран. – 2008
3. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии: руководство для врачей ГЭОТАР-Медиа 2007.
4. Измайлов, С.Г. Общие принципы лечения гнойных ран : учебное пособие / С.Г. Измайлов, В.В. Бесчастнов, М.Г. Рябков. – Н. Новгород : Институт ФСБ России, 2011.
5. Ларичев А.Б., Антонюк А.В., Кузьмин В.С., Вакуум-терапия в лечении хронических ран. (методическое пособие для врачей) Ярославль 2007.

8.5. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ СМ 5 «Вопросы колопроктологии в практике амбулаторного хирурга»

Пояснительная записка

Актуальность. Несмотря на то, что изучение заболеваний толстой и прямой кишок относится к отдельной специальности, знания основ колопроктологии являются важной и неотъемлемой частью профессиональной деятельности врача-хирурга.

Цель: изучить этиологию, патогенез, клиническую картину, особенности медикаментозного и оперативного лечения заболеваний толстой и прямой кишок.

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей по специальности «хирургия».

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);

лечебная деятельность:

готовность к проведению оперативных вмешательств в амбулаторно-поликлинических условиях (ПК-2);

Формирование профессиональных компетенций врача-специалиста предполагает овладение врачом системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

По окончании обучения врач – хирург должен знать:

Общие знания

- возрастные анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного человека;

Специальные знания

- методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к операции и наркозу;

- принципы оказания неотложной помощи и особенности проведения оперативных вмешательств пациентам в условиях массового поступления пострадавших;

- современные методы интенсивной терапии и реанимации при различных заболеваниях и критических состояниях у пациентов различных возрастно-половых групп;

По окончании обучения врач – хирург должен уметь:

- оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих оперативного вмешательства;
- провести предоперационную подготовку с включением инфузионной терапии, парентерального и энтерального зондового питания;
- выбрать и провести наиболее оптимальное оперативное вмешательство;
- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;
- оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии;
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения;
- оформить медицинскую документацию.

По окончании обучения врач – хирург должен владеть:

- методикой оценки состояния больного перед операцией;
- методикой организации рабочего места в операционной;
- хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранения патологического состояния пациента;
- методикой диагностики на основании клинических и лабораторных данных нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, проводить коррекцию их нарушений;
- методикой реанимации при клинической смерти с применением закрытого массажа сердца.

По окончании обучения врач – хирург должен владеть навыками:

- интерпретации результатов эндоскопических диагностических методов исследования прямой и ободочной кишки;
- интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, МРТ);
- пальцевого ректального исследования;
- вскрытия острого парапроктита с проведением лигатуры;
- иссечения анальной трещины;
- геморроидэктомии по Миллиган-Моргану;
- иссечения эпителиальной кисты копчика;
- современные малоинвазивные методы лечения хронического геморроя.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН МОДУЛЯ СМ 5 (очная форма обучения)

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
5.1	Диагностика и хирургическое лечение заболеваний аноректальной зоны	2	-	2	-	Текущий (устный)

5.2	Хронический геморрой. Этиология, патогенез, диагностика, лечение	2	-	2	-	Текущий (устный)
5.3	Кишечные стомы	2	-	2	-	Текущий (устный)
	ИТОГО	6	-	6	-	Промежуточный (тестирование)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ УЧЕБНОГО МОДУЛЯ СМ 5

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
5.1	Диагностика и хирургическое лечение заболеваний аноректальной зоны
5.1.1	Анальная трещина
5.1.2	Эпителиальный копчиковый ход
5.1.3	Свищи прямой кишки
5.1.4	Острый парапроктит
5.2	Хронический геморрой
5.2.1	Этиология и патогенез хронического геморроя
5.2.2	Классификация. Клиника
5.2.3	Консервативное лечение острого и хронического геморроя
5.2.4	Варианты оперативного лечения больных с хроническим геморроем
5.2.5	Послеоперационное ведение больных с хроническим геморроем
5.3	Кишечные стомы
5.3.1	Уход за кишечной стомой. Современные средства ухода
5.3.2	Осложнения кишечных стом

Форма контроля: промежуточное тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного тестирования:

- Длина анального канала соответствует:
 - 1-2 см
 - 2-3см
 - 3-4см
 - 4-5см
 - 5-6 см
- Анальная трещина чаще расположена на:
 - задней полуокружности анального канала
 - правой полуокружности анального канала
 - левой полуокружности анального канала
 - передней полуокружности анального канала
 - передней и задней полуокружности анального канала
- Возникновению анальной трещины способствуют :1. длительные запоры 2.геморрой 3.острый парапроктит и проктит 4.травма прямой кишки и анального канала
 - верно 1,2
 - верно 1,3
 - верно 2,3
 - верно 3,4

- д) верно 1,4
4. Задняя дозированная сфинктеротомия показана при лечении:
- а) геморроя с повышенным тонусом сфинктера и анальной трещины
 - б) кокцигодинии
 - в) хронического парапроктита
 - г) геморроя с выпадением внутренних геморроидальных узлов
 - д) выпадении слизистой прямой кишки
5. Для подтверждения диагноза анальной трещины достаточно:
- а) пальцевого исследования прямой кишки
 - б) колоноскопии
 - в) аноскопии
 - г) ирригоскопии
 - д) ректороманоскопии
6. При лечении хронической каллезной трещины наиболее эффективным является:
- а) пресакральная блокада раствором новокаина
 - б) введение новокаина со спиртом под трещину
 - в) пальцевое растяжение сфинктера по Рекамье
 - г) иссечение трещины
 - д) иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией
7. Дозированная сфинктеротомия при лечении задней анальной трещины предполагает рассечение задней порции внутреннего сфинктера на глубину:
- а) 0,5-0,8см
 - б) 0,8-1,0см
 - в) 1,0-1,5см
 - г) 1,5-2,0
 - д) более 2,0см
8. К геморрою предрасполагают: 1. тяжелый физический труд 2.употребление алкоголя 3.проктосигмоидит 4.длительные и упорные запоры 5.избыточный вес
- а) верно 1,2,3,5
 - б) верно 1,3,4,5
 - в) верно 2,3,4,5
 - г) верно 1,2,4,5
 - д) верно 1,2,3,4
9. Геморроидэктомия по Миллигану -Моргану подразумевает:
- а) циркулярное иссечение слизистой анального канала
 - б) иссечение геморроидальных узлов на 2,5,8 часа по циферблату
 - в) иссечение геморроидальных узлов на 3,7,11 часов
 - г) иссечение выпадающих геморроидальных узлов
 - д) иссечение геморроидальных узлов на 3,7,11 часах по циферблату с восстановлением слизистой анального канала
10. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести:
- а) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию
 - б) анализ кала на скрытую кровь
 - в) лапароскопию
 - г) ультразвуковое исследование органов малого таза

- д) рентгенологическое исследование ободочной кишки
11. Резчайшие боли в области ануса во время акта дефекации, сопровождающиеся незначительным выделением алой крови, со стулоробязнью характерны
- а) для рака прямой кишки
 - б) для полипа прямой кишки
 - в) для сфинктерита
 - г) для трещины анального канала
 - д) для геморроя
12. Клиническая картина ректального свища характеризуется:
- а) стулоробязнью
 - б) кровотечением при дефекации
 - в) рецидивами парапроктита с выделением гноя из свища
 - г) выделением слизи при дефекации
 - д) повышение температуры
13. Наиболее радикальным методом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов следует считать:
- а) склеротерапию
 - б) пресакральную новокаиновую блокаду
 - в) антикоагулянты
 - г) оперативное вмешательство
 - д) применение холода
14. Для диагностики дивертикулеза толстой кишки наиболее информативными методами исследования являются:
- а) ректороманоскопия
 - б) колоноскопия
 - в) ирригоскопия
 - г) исследование толстой кишки после приема бария внутрь
 - д) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
15. Возникновению дивертикулеза ободочной кишки способствуют:
- а) повышение внутрибрюшного давления
 - б) повышение внутрикишечного давления
 - в) пищевой фактор (употребление рафинированно пищи)
 - г) пищевой фактор (употребление пищи, богатой клетчаткой)
 - д) употребление большого количества жидкости
16. В этиологии парапроктитов главное значение имеет:
- а) выпадение прямой кишки
 - б) травма слизистой прямой кишки
 - в) воспаление анальных желез
 - г) геморрой
 - д) общие септические заболевания
17. Наиболее частыми осложнениями дивертикулеза сигмовидной кишки являются:
- а) дивертикулит
 - б) кровотечением при дефекации
 - в) пенетрация дивертикула в брыжейку кишки
 - г) перфорация сигмовидной кишки

- д) кишечная непроходимость
18. При перфорации дивертикула сигмовидной кишки показаны:
- резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец
 - наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости
 - операция Гартмана
 - лапаротомия, дренирование брюшной полости
 - дренирование брюшной полости, трансверзостомия
19. Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются:
- воспаление сигмовидной кишки
 - пенетрация опухоли в брыжейку
 - кишечная непроходимость
 - перфорация опухоли
 - профузное кишечное кровотечение
20. При экстрасфинктерном ректальном свище, осложненном гнойной полостью, наиболее радикальной операцией является:
- иссечение свища в просвет кишки
 - дренирование гнойной полости
 - проведение лигатуры и дренирование гнойной полости
 - иссечение свища с ушиванием сфинктера
 - пластическая операция по низведению слизистой по Блиничеву
21. Врожденный дивертикулез ободочной кишки чаще локализуется:
- в левой половине ободочной кишки
 - в правой половине ободочной кишки
 - одинаково часто в правой и левой половине
 - в сигмовидной кишке
 - в поперечно-ободочной кишке
22. При раке сигмовидной кишки, осложненном перфорацией опухоли, отсутствии метастазов в отдаленные органы у больного 62 лет операцией выбора является:
- резекция сигмовидной кишки с анастомозом и наложением превентивной колостомы
 - резекция сигмовидной кишки с анастомозом
 - резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы
 - трансверзостомия, дренирование брюшной полости
 - выведение сигмовидной кишки с опухолью на переднюю стенку живота
23. Анальная трещина диагностируется с помощью:
- осмотра перианальной области
 - пальцевого исследования прямой кишки
 - ректороманоскопии
 - ирригоскопии
 - колоноскопии
24. Геморроидальное кровотечение характеризуется выделением при акте дефекации:
- алой крови
 - темной крови со сгустками
 - мелены
 - смешанной крови и кала со слизью
 - алой крови со сгустками
25. Острый подкожный парапроктит характеризуется всем перечисленным, за исключением:
- болей в промежности
 - повышения температуры

- в) гиперемии кожи над припухлостью
- г) болей, наступающих спустя некоторое время после дефекации
- д) наличия припухлости на промежности

Эталоны ответов:

1) в	10) а	19) в
2) а	11) г	20) в
3) д	12) в	21) б
4) а	13) г	22) в
5) в	14) в	23) а
6) д	15) б	24) а
7) а	16) в	25) г
8) д	17) а	
9) в	18) в	

Список литературы:

Основная литература:

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А.. Геморрой. М.: Литтера , 2010,200 с.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии М., 2006. 432 с.
3. Колоректальная хирургия / под ред. Р. К. С. Филлипса ; пер. с англ. под ред. Г. И. Воробьева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -352 с.
4. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Издательство «Литтерра», 2012, 608 с.
5. Ганичкин А.М. Хирургия рака толстой кишки
6. Smith N, Brown G. Preoperative staging in rectal cancer. Acta Oncol 2008; 47: 20-31
7. D. E. Beck , S. D. Wexner, T. L. Hull , P. L. Roberts, T. J. Saclarides ,A. J. Senagore, M. J. Stamos, S. R. Steele (Editors).The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery.Second Edition, Springer, 2014
8. Болихов К.В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение). Автореферат канд. мед. наук - М., 2006. - 30с.

Дополнительная литература:

1. Шептунов Ю.М., Акимжанова И.Ю. Малоинвазивная хирургия анального канала в амбулаторных условиях // Липецк, 2013, 112с.
2. Chabok A., Pahlman L., Hjern F. et al. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. Br J Surg 2012 Jan 30. doi: 10.1002/bjs.8688.
3. Chen C.Y., Wu C.C., Jao S.W., Pai L., Hsiao C.W. Colonic diverticular bleeding with comorbid diseases may need elective colectomy. J Gastrointest Surg. 2009;13(3):516-520.
4. Commane D.M., Arasaradnam R.P., Mills S. et al. Diet, ageing and genetic factors in the pathogenesis of diverticular disease. World J Gastroenterol 2009 May 28;15(20):2479-2488.
5. Durmishi Y., Gervaz P., Brandt D. et al. Results from percutaneous drainage of Hinchey stage II diverticulitis guided by computer tomography scan. SurgEndosc 2006;20:1129-1133.
6. Etzioni D.A., Mack T.M., Beart R.W. et al. Diverticulitis in the United States: 1998-2005. Changing patterns of disease and treatment. Ann Surg 2009;249:210-217.
7. Klarenbeek B.R., Samuels M., van der Wal M.A. et al. Indications for elective sigmoid resection in diverticular disease. Ann Surg 2010;251(4):670-674.
8. Purkayastha S., Constantinides V.A., Tekkis P.P. et al. Laparoscopic vs. open resection for diverticular disease: A metaanalysis of non-randomized studies. Dis Colon Rectum 2006;49:446-463.
9. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора метода хирургического лечения геморроя. Дисс. д.м.н. М., 1991.

10. Anus. Surgical treatment and pathology. Ed .R.Cohen,A.Windsor.,Springer-Verlag London,2014
11. D. E. Beck , S. D. Wexner, T. L. Hull , P. L. Roberts, T. J. Saclarides , A. J. Senagore M. J. Stamos, S. R. Steele (Editors).The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery.Second Edition, Springer, 2014

9. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Билеты к итоговой аттестации по специальности «Хирургия» по теме: «Амбулаторно-поликлиническая хирургия»

БИЛЕТ № 1

1. Постгастррезекционные осложнения: демпинг-синдром, анастомозит
2. Асептика и антисептика. Методы стерилизации инструментария, пере3звязочного материала.
3. Колостомы: классификация, осложнения, уход.

БИЛЕТ № 2

1. Принципы предоперационной подготовки больных в амбулаторной хирургии.
2. Гнойная хирургическая инфекция: этиология, патогенез, принципы комплексной терапии.
3. Портальная гипертензия. Этиология, патогенез, диагностика, лечение

БИЛЕТ № 3

1. Гнойные раны: хирургическая обработка, современные методы лечения.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, патогенез, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.
3. Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита

БИЛЕТ № 4

1. Хронический геморрой: классификация, клиника, лечебная тактика.
2. Дренирование ран: показания, техника, осложнения.
3. Портальная гипертензия: классификация, клиника, осложнения, диагностика, хирургическое лечение.

БИЛЕТ № 5

1. Кишечные свищи: классификация, диагностика, выбор лечебной тактики.
2. Кисты поджелудочной железы: классификация, клиника, диагностика, осложнения, хирургическое лечение.
3. Операция Гартмана: показания, техника, осложнения.

БИЛЕТ № 6

1. Прямокишечные свищи: классификация, диагностика, выбор метода операции.
2. Механическая желтуха: этиология, патогенез, диагностика, выбор хирургической тактики.
3. Демпинг-синдром: патогенез, классификация, клиника, лечебная тактика.

БИЛЕТ № 7

1. Синдром приводящей петли: этиология, патогенез, клиника, лечение.
2. Хронический панкреатит: классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение.

3. Эпителиальный копчиковый ход: этиология, патогенез, особенности хирургического лечения.

БИЛЕТ № 8

1. Остеомиелит. Этиология, патогенез, диагностика и лечение
2. Обезболивание в амбулаторной хирургии: местная, проводниковая анестезия
3. Дифференциальная диагностика механической желтухи

БИЛЕТ № 9

1. Трофические язвы. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и лечение
2. Оптимальные разрезы и доступы в амбулаторной хирургии
3. Хирургическое лечение остеомиелита

БИЛЕТ № 10

1. Современные методы лечения гнойных ран
2. Наложение швов и дренирование в амбулаторных условиях
3. Способы эндоскопического и хирургического гемостаза при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.

10. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

10.1. Кадровое обеспечение образовательного процесса

Кадровый состав кафедры: 14 человек, из них преподавательский состав 10 человек.

Остепененность: 9 человек, из них д.м.н. – 4 человек, к.м.н. – 5 человек.

Весь профессорско-преподавательский состав кафедры имеет базовое образование, соответствующее преподаваемым дисциплинам/модулям.

Средний возраст профессорско-преподавательского состава кафедры 30-60 лет.

Штатное расписание кафедры включает:

№	Ф.И.О	Должность	Степень	Штат.е диниц	Финанс-е	Штат совмест.
1.	Эктов Владимир Николаевич	Заведующий кафедрой	д.м.н.	1,0	бюджет	осн
2.	Эктов Владимир Николаевич	Ассистент	д.м.н.	0,5	внебюджет	внутр. совм.
3.	Ходорковский Марк Анатольевич	Профессор	д.м.н.	0,5	бюджет	внс
4.	Шептунов Юрий Михайлович	Профессор	д.м.н.	1,0	бюджет	осн
5.	Химирина Ирина Нельсоновна	Доцент	д.м.н.	0,25	внебюджет	внс
6.	Скорынин Олег Сергеевич	Доцент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
7.	Минаков Олег Евгеньевич	Доцент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
8.	Заркуа Вахтанг Викторович	Ассистент	б/с	0,5	бюджет	внс

9.	Музальков Владимир Александрович	Ассистент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
10.	Куркин Александр Васильевич	Ассистент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
11.	Сундеев Сергей Викторович	Ассистент	к.м.н.	0,5	внебюджет	внс
12.	Кочурова Светлана Николаевна	Старший лаборант	б/с	1,0	бюджет	внс
13.	Корченова Екатерина Ивановна	Лаборант	б/с	0,5	внебюджет	внс
14.	Николаева Агафья Михайловна	Лаборант	б/с	0,5	внебюджет	внс
15.	Батищева Надежда Владимировна	Лаборант-препаратор	б/с	0,5	внебюджет	внс

10.2. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

10.2.1 характеристика клинических баз кафедры

Наименование лечебного учреждения	Адрес	Главный врач	Коечный фонд (общее количество)
БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница № 1	394066, Воронеж, Московский проспект, 151	Вериковский В.А.	1671
БУЗ ЛО «Липецкая областная клиническая больница»	398 055 г. Липецк, ул. Московская, ба	Агафонова Любовь Викторовна	734

10.2.2. Характеристика коечного фонда

Название отделений	Профиль коек	Кол-во коек	Куратор отделения
Воронежская областная клиническая больница № 1			
Микрохирургическое	Хирургия	30	Проф. Ходорковский М.А.
Общехирургическое № 1	Хирургия	50	Асс. Музальков В.А.
Общехирургическое № 3	Хирургия	40	Асс. Куркин А.В.
Колопроктологическое	Хирургия	33	Проф. Эктов В.Н.
Липецкая областная клиническая больница			
Хирургическое	Профиль коек	50	Проф. Шептунов Ю.М.
Торакальное	соответствует	20	
Проктологическое	названию отделения	40	
Урологическое		40	
Сосудистое		40	
Отделение реанимации		12	

Эндоскопическое		-	
Оперблок		13 залов	

10.2.3. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса (наименование оборудования и симуляционных средств)

1. МФУ лазерный Samsung
2. Ком.OLDIOfficePro170PenCore2Duo7500\ DDR 22048 \HD
3. Мультимедиа проектор Mitsubishi
4. Мультимедиа проектор Epson
5. Ноутбук AcerExt 5220-100508Mi
6. Системный блок АТХ /Монитор 17”
7. Системный блок Р4-3.2/1024/160G/Монитор LCD 19 9(2)
8. Интерактивная доска IQBoard

10.3. Информационные и учебно-методические условия

Учебная, учебно-методическая литература и иные библиотечноинформационные ресурсы ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко обеспечивают учебный процесс, гарантируют возможность качественного освоения обучающимися дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия».

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко обеспечивает каждого обучающегося основной учебной и учебно-методической литературой, методическими пособиями, необходимыми для организации образовательного процесса по всем модулям программы.

Научная библиотека ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко располагает 702316 экземпляров учебной, научной и художественной литературы (700 экз., электронных источников) в том числе 288537 экземпляров учебно-методической литературы. Библиотека получает более 100 наименования периодических изданий. В библиотеке работает ЭБС (электронная библиотечная система). Обучающиеся также могут использовать возможности других научных библиотек г. Воронежа.

РАСШИРЕННЫЙ СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атлас сосудистой хирургии / К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс ; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. - М.: ИГ "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А.. Геморрой. М.: Литтера, 2010, 200 с.
3. Измайлов, С.Г. Общие принципы лечения гнойных ран : учебное пособие / С.Г. Измайлов, В.В. Бесчастнов, М.Г. Рябков. – Н. Новгород : Институт ФСБ России, 2011.
4. Колоректальная хирургия / под ред. Р. К. С. Филлипса ; пер. с англ. под ред. Г. И. Воробьева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -352 с.
5. Руководство по хирургии желчных путей. 2 е изд. Под редакцией Гальперина Э.И., Ветшева П.С. - М.: Издательский дом Видар М, 2009. - 568 с.
6. Сосудистая хирургия. Национальное руководство. Краткое издание./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. М.: ИГ "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 464 с.
7. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Издательство «Литтерра», 2012, 608 с.
8. Anus. Surgical treatment and pathology. Ed .R.Cohen,A.Windsor., Springer-Vertag London,2014
- 9.Алекберзаде А.В., Калюжная Е.Н. и др. Сравнительная оценка пластики пахового канала с проленовой герниосистемой и по Lichtensteint // Научно-практический журнал «Хирургия». - М., 2009, №11, С.70-73.
- 10.Белевитин А.Б., Воробьев В.В. и др. Возможности амбулаторной хирургии (комментарий редколлегии) // Хирургия. - М., 2010, №3, С.49-53.
- 11.Валитова, Э.Р. Функциональные методы исследования пищевода / Э.Р. Валитова, Д.С. Бордин, О.С. Васнев // Эксперим. и клин. гастроэнтерология.– 2010. – № 310. – С. 71 –74.Воробей А.В.,
- 12.Шулейко А.Ч., Гришин И.Н. и соавт. Патогенетическое обоснование первичных и повторных

- операций на поджелудочной железе при хроническом панкреатите. *Анналы хирургической гепатологии*. 2012; 3(17): 80-88.
13. Гальперин Э.И., Котовский А.Е., Момунова О.Н. Темп декомпрессии желчных протоков при механической желтухе// *Хирургия*.- 2011.- № 8.- С. 33-40.
- 14.Доронина Л.П., Митиш В.А., Галстян Г.Р. Использование гидрохирургической системы VersaJet у больных с синдромом диабетической стопы. *Сахарный диабет*. №3; 2010; С. 121-126.
- 15.Кубышкин В.А., Козлов И.А., Кригер А.Г., Чжао А.В. Хирургическое лечение хронического панкреатита и его осложнений. *Анналы хирургической гепатологии*. 2012; 4: 24-35.
- 16.Мастыкова, Е.К. Пищевод Барретта в структуре гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: современные представления / Е.К. Мастыкова, М.Р. Конорев, М.Е. Матвеевко // *Вестник ВГМУ*. – 2010. – Т.9, №4. – С. 65 – 74.
- 17.Михайлов, А.Н. Зависимость уровня заброса контрастного препарата в пищевод от степени грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / А.Н. Михайлов / *Сб. науч. работ «Невский радиологический форум 2011» 2–5 апреля 2011 г.* – СПб., 2011 – С. 152.
- 18.Михайлов, А.Н. Рентгенологическая диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.Н. Михайлов, А.В. Лой, В.Б. Римащевский // *Здравоохранение*. – 2010. – №8. – С. 30–33
- 19.Никольский В.И. и соавт. Чрескожные чреспеченочные вмешательства при билиарной гипертензии// *Хирургия*.- 2013.- №10.- С.72-76.
- 20.Митиш В.А., Ерошкин И.А., Галстян Г.Р., Доронина Л.П., Пасхалова Ю.С., Ерошенко А.В., Дедов И.И.. Возможности комплексного хирургического лечения гнойно-некротических поражений нейроишемической формы синдрома диабетической стопы. // *Сахарный диабет*. -2009.-№1.-С.8-14.
- 21.Прудков М.И. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению Уральского Федерального округа, Екатеринбург, 2013, с. 23 – 29
- 22.Римащевский, В.Б. Рентгенодиагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы / В.Б. Римащевский, А.Н. Михайлов // *М-лы V Всероссий. Нац. конгр. лучевых диагностов и терапевтов «Радиология 2011»*, Москва. 25–27 мая 2011. – М., 2011. – С. 366.
- 23.Ситникова, У.Б. Клинико-патогенетическое значение гастроэзофагеального рефлюкса у больных ИБС / У.Б. Ситникова, Н.М. Балабина // *Сибирский мед. журн.*–2010. –№5. – С. 20–23.
- 24.Третяк С. И., Ращинский С. М., Ращинская Н. Т. Варианты повторных и реконструктивных операций у больных хроническим панкреатитом. *Анналы хирургической гепатологии*. 2012; 2(17): 65-71.
- 25.Федоров В.Д., Кригер А.Г., Цыганков В.Н. Лечение больных с хроническим панкреатитом, осложненным ложными аневризмами артерий бассейна чревного ствола. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2010; 169(1): 44-52.
- 26.Федоров В.Д., Кубышкин В. А., Вишневский В.А. и др. Радиочастотная абляция злокачественных опухолей печени // *Анналы хирургической гепатологии*. -2009. - Т. 10. - № 3. - С. 7-16.
- 27.Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. *Справочник по колопроктологии*, Издательство «Литерра», 2012., С. 538-596.
- 28.Шерцингер А.Г. и соавт. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных портальной гипертензией// *Хирургия*.- 2013.- № 2.- С. 30-34.
- 29.Buchler M.W., Martignoni M.E., Friess H., Malfertheiner P. A proposal for a new clinical classification of chronic pancreatitis. *BMC Gastroenterol*. 2009; 9(1): 93-100.
- 30.Dumonceau J.M., Delhayе M., Tringali A. et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy(ESGE)Clinical Guideline. *Endoscopy*.2012;44:784–796.
- 31.Frullonia L., Gabbriellib A., Pezzillic R. et al. Chronic pancreatitis: Report from a multicenter Italian survey (PanCroInfAISP) on 893 patients. 2009 April; 41(4): 311–317.
- 32.Hoffmeister A., Mayerle J., Beglinger C. et al. Consensus guidelines on definition, etiology, diagnosis and medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS). *Z Gastroenterol*. 2012; 50(11): 1176-1224.
- 33.Varadarajulu S., Trevino J., Wilcox C.M. et al. Randomized trial comparing EUS and surgery for pancreatic pseudocyst drainage. *Gastrointest Endosc*. 2010; 71: AB116-AB116.

Перечень русскоязычных интернет-ресурсов

<http://www.общество-хирургов.рф/> - российское общество хирургов

<http://www.oncoproct.ru/> - общество онкопроктологов

<http://www.roxg.ru/> - российское общество хирургов гастроэнтерологов

<http://www.angiolsurgery.org/> - российское общество ангиологов и сосудистых хирургов
<http://www.gnck.ru/> - государственный научный центр колопроктологии
<http://www.websurg.ru/> - школа современной хирургии

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ В СО- ОТВЕТСТВИИ С ПРОФИЛЕМ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Последипломное образование хирургов проводится согласно нормативной базе РФ:

1. Закона РФ от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
2. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.12.2011 № 1475-н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программе послевузовского профессионального образования (ординатура)».
3. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 362-н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам».
4. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 5 декабря 2011 г. N 1476н г. Москва "Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)".
5. Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 922н г. Москва. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия». Инструктивного письма Минобрнауки России от 19.05.2000 № 14-52-357/ин/13 «О порядке формирования основных образовательных программ высшего учебного заведения на основе государственных образовательных стандартов»;
6. Приказа Минобрнауки России от 06.05.2005г. №137 «Об использовании дистанционных образовательных технологий»;
7. Письма Минобрнауки России от 23.03.2006 г. №03-344, Рособнадзора от 17.04.2006 г. № 02-55-77ин/ак.
8. Постановления Российской Федерации от 14 февраля 2008 г. №71 «Об утверждении типового положения об образовательном учреждении высшего профессионального образования (высшем учебном заведении)»;
9. Приказа Рособнадзора от 25.04.2008 № 885 «Об утверждении показателей деятельности и критериев государственной аккредитации высших учебных заведений».

10.4. Общие требования к организации образовательного процесса

Образовательные технологии, применяемые при реализации Программы:

- 1) Традиционные образовательные технологии (ориентируются на организацию образовательного процесса, предполагающую прямую трансляцию знаний от преподавателя к слушателю – преимущественно на основе объяснительно-иллюстративных методов обучения):

информационная лекция – последовательное изложение материала в дисциплинарной логике, осуществляемое преимущественно вербальными средствами (монолог преподавателя);

семинар – эвристическая беседа преподавателя и слушателей, обсуждение заранее подготовленных сообщений, проектов по каждому вопросу плана занятия с единым для всех перечнем рекомендуемой обязательной и дополнительной литературы;

практическое занятие – занятие, посвященное освоению конкретных умений и навыков по предложенному алгоритму.

2) Технологии проблемного обучения (организация образовательного процесса, которая предполагает постановку проблемных вопросов, создание учебных проблемных ситуаций для стимулирования активной познавательной деятельности слушателей):

проблемная лекция – изложение материала, предполагающее постановку проблемных и дискуссионных вопросов, освещение различных научных подходов, авторские комментарии, связанные с различными моделями интерпретации изучаемого материала;

3) информационно-коммуникационные образовательные технологии (организация образовательного процесса, основанная на применении специализированных программных сред и технических средств работы с информацией):

лекция-визуализация – изложение содержания сопровождается презентацией (демонстрацией учебных материалов, представленных в различных знаковых системах, в т.ч. иллюстративных, графических, аудио- и видеоматериалов);

В процессе обучения также используются инновационные методы – методы, основанные на использовании современных достижений науки и информационных технологий в образовании. Они направлены на повышение качества подготовки путем развития у слушателей творческих способностей и самостоятельности. Они предполагают применение информационных образовательных технологий, а также учебно-методических материалов, соответствующих современному мировому уровню, в процессе преподавания дисциплины:

использование медиаресурсов, энциклопедий, электронных библиотек и Интернет; консультирование слушателей с использованием электронной почты;

Лист изменений к дополнительной профессиональной программе

Дата _____

Программа	Вносимые изменения

Изменения к дополнительной профессиональной программе утверждены на заседании кафедры _____

« ____ » _____ 20 ____ г. Протокол № _____

Заведующий кафедрой _____ (_____)