Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 00CD0513712C41488FDB54C5D3CEA93F7C
Владелец: Саурина Ольга Семеновна
Действителен: с 07.08.2024 до 31.10.2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по ДПО
Профессор _____О.С. Саурина
«_____» _____ 2020г

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ХИРУРГИЯ» ПО ТЕМЕ: «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ»,

(очно - заочная форма обучения с ДОТ)
со сроком освоения 144 академических часов.

ВОРОНЕЖ
2020

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 РФ. От 23 июля 2010 г. № 541н, Приказом Министерства образования и науки РФ от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», Приказом Министерства образования и науки РФ от 9 января 2014г. №2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ», приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 ноября 2018 года N 743н РФ от 14 марта 2018 г № 133н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач хирург», Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 922н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия", с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации по профилю «Хирургия» с опорой на примерную дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия».

Программа обсуждена на заседании кафедры
«30» ноября 2020 г., протокол № 4

Заведующий кафедрой хирургических дисциплин ИДПО _____ Эктов В.Н.

Разработчики программы:
Эктов В.Н. - зав. кафедрой хирургических дисциплин ИДПО
Скорынин О.С. - доцент кафедры хирургических дисциплин ИДПО

Рецензенты:
Жданов А.И. – зав. кафедрой госпитальной хирургии
Попов Р.В. - зав. отделением колопроктологии БУЗ ВО ВОКБ № 1

Программа одобрена на заседании ЦМК по координации последипломной подготовки от 16.12.2020 года, протокол № 3

Утверждено на ученом совете ИДПО
от 22.12.2020 года, протокол № 5

2. ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

По дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей
со сроком освоения 144 академических часа
по специальности «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» очная, очная с применением дистанционных образовательных технологий.
7.	Учебно-тематический план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «хирургия» очная, очная с применением дистанционных образовательных технологий.
8.	Календарный учебный график дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «хирургия».
9.	Рабочие программы учебных модулей (фундаментальных дисциплин (МФ), специальных дисциплин (МСП), смежных дисциплин (МСМ)
9.1.	МФ1 Основы социальной гигиены и организация хирургической помощи.
9.2.	МСП 2 Методы исследования в хирургии.
9.3.	МСП 3 Хирургическая инфекция
9.4.	МСП 4 Хирургические заболевания желудка
9.5.	МСП 5 Хирургические заболевания кишечника
9.6.	МСП 6 Хирургические заболевания печени и желчных ходов
9.7.	МСП 7 Заболевания поджелудочной железы
9.8.	МСП 8 Травмы живота
9.9.	МСП 9 Грыжи
9.10.	МСП 10 Колопроктология
9.11.	МСМ 11 Торакальная хирургия
9.12.	МСМ 12 Основы ангиологии и пластической хирургии
10.	Оценочные материалы для итоговой аттестации
11.	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.

Продолжительность цикла ПК 144 академических часа, что соответствует 144 зачетным единицам.

Форма обучения

График обучения / **Форма обучения**	**Ауд. часов в день**	**Дней в неделю**	**Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)**
с отрывом от работы (очная)	**6**	**6**	**1 месяц (26 дней, 4 недели)**
с частичным отрывом от работы (дистанционная)	**6**	**6**	**1 месяца (26 дней, 4 недели)**

По окончанию обучения выдается удостоверение о повышении квалификации.

4. 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; патофизиологию 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 иммунобиологии, 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 тру-

дового 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 трудовых функций (видов деятельности) в соответствии с профессиональным стандартом «Врач-хирург» (уровень квалификации 8).

Имеющаяся квалификация: врач скорой медицинской помощи				
Обобщенная трудовая функция		Трудовая функция (вид деятельности)		
код	наименование	наименование	код	уровень (подуровень) квалификации
A	Оказание медицинской хирургической помощи населению	Проведение обследования пациентов в целях выявления (или) состояний и установления диагноза хирургических заболеваний	A/01.8	8
		Назначение лечения пациентам с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями, контроль его эффективности	A/02.8	8
		Оказание экстренной медицинской помощи пациентам	A/08.8	8

Соответствие компетенций врача специалиста подлежащих совершенствованию и формированию, в результате освоения ДПП, трудовой функции и трудовым действиям, определенных профессиональным стандартом «Врач-хирург» (уровень квалификации 8).

Трудовая функция (вид деятельности)		
Проведение обследования пациентов в целях выявления (или) состояний и установления диагноза хирургических заболеваний		
Трудовые действия /Компетенции	Сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями	УК-2; ПК-1
	Осмотр пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями	УК-1, ПК-1
	Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями	УК-2; ПК-1
	Направление пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	УК-1, ПК-1
	Направление пациентов с хирургическими состояниями и	ПК-1

	(или) заболеваниями на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
	Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)	УК-2; ПК-1
	Участие в обеспечении безопасности диагностических манипуляций	УК-1, ПК-1
Трудовая функция (вид деятельности)		
Назначение лечения пациентам с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями, контроль его эффективности		
Трудовые действия /Компетенции	Оценка тяжести состояния пациента с хирургическими состояниями (или) заболеваниями	УК-1, ПК-1
	Разработка плана лечения пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями с учетом клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ПК-1, ПК-3
	Участие и (или) проведение экстренных или плановых операций у пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями	ПК-3
	Направление пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ПК-3
Трудовая функция (вид деятельности)		
Оказание экстренной медицинской помощи пациентам		
Трудовые действия /Компетенции	Направление пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ПК-2

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

У обучающегося совершенствуются следующие универсальные компетенции (далее-УК): готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

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

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федераль-

ным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

У обучающегося совершенствуются следующие общепрофессиональные компетенции (далее-ОПК):

- способность и готовность использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи больным, анализировать показатели работы их структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам (ОПК-1).

У обучающегося должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (далее-ПК) (см. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва, ФГОС ВО по направлениям ординатуры)**:**

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

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-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

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

профилактическая деятельность:

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

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;
- 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, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития 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 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;
- принципы оказания неотложной помощи и особенности проведения оперативных вмешательств пациентов в условиях массового поступления пострадавших;
- современные методы интенсивной терапии и реанимации при различных заболеваниях и критических состояниях у пациентов различных возрастно-половых групп;

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;

• 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, проведением премедикации;

• методикой организации рабочего места в операционной;

• хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранение патологического состояния пациента;

• методикой гемостаза при повреждениях магистральных и периферических сосудов;

• методикой определения необходимости продленного наблюдения и интенсивной терапии в послеоперационном периоде и показаний к нахождению больного в отделении (палате) интенсивной терапии (реанимации), до перевода в это отделение обеспечением необходимой интенсивной терапии и наблюдением за больным;

• 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 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;

• интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);

• интерпретации данных контрастных методов исследования (аортография, коронарография);

• физикальной диагностики при травмах и заболеваниях магистральных сосудов;

• интерпретации результатов УЗДГ сосудов конечностей;

• проведения компрессионных проб при хронической венозной недостаточности;

• плевральной пункция, дренирования плевральной полости;

• ушивания перфоративной язвы желудка;

• резекции желудка по Бильрот-II в одной из модификаций;

• грыжесечения с грыжепластикой в различных модификациях;

- дренирования сальниковой сумки при остром панкреатите, рассечение капсулы поджелудочной железы;
- холецистэктомии от дна и от шейки, интраоперационная холангиография при остром холецистите;
- дренирования желчевыводящих путей;
- холецистоеюноанастомоза;
- диагностической лапароскопия (на тренажере);
- лапаротомии, ревизии органов брюшной полости при травме;
- ушивания ран печени;
- ушивания ран кишечника;
- пальцевого ректального исследования;
- вскрытия острого парапроктита с проведением лигатуры;
- иссечения анальной трещины;
- геморроидэктомии по Миллиган-Моргану;
- иссечения эпителиальной кисты копчика;
- выведения одно- и двухствольной сигмостомы;
- вторичной обработки гнойных ран;
- планирования разрезов в различных областях с учетом оптимального направления;
- атравматического ушивания ран;
- подготовки к транспортировке и холодовая консервация сегмента конечности при травматической ампутации;
- постановка желудочного зонда;
- определение кровопотери по удельному весу, гемоглобину и гематокриту;

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 "ХИРУРГИЯ" (144 Ч) ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ

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

Категория обучающихся: врачи-хирурги.

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
Фундаментальные дисциплины (МФ)						
МФ1	Модуль 1. Основы социальной гигиены и организация хирургической помощи.	4/4	4	-	-	Промежуточный (тестовый)
Специальные дисциплины (МСП)						
М СП 2	Модуль 2. Методы исследования в хирургии.	4/4	4	-	-	Промежуточный (тестовый)
М СП 3	Модуль 3. Хирургическая инфекция	10/10	6	4	-	Промежуточный (тестовый)
М СП 4	Модуль 4. Хирургические заболевания желудка	26/26	10	16	-	Промежуточный (тестовый)
М СП 5	Модуль 5. Хирургические заболевания кишечника	14/14	8	4	2	Промежуточный (тестовый)
М СП 6	Модуль 6. Хирургические заболевания печени и желчных ходов	22/22	8	10	4	Промежуточный (тестовый)
М СП 7	Модуль 7. Заболевания поджелудочной железы	16/16	6	10	-	Промежуточный (тестовый)
М СП 8	Модуль 8. Травмы живота	6/6	2	4	-	Промежуточный (тестовый)
М СП 9	Модуль 9. Грыжи	8/8	2	6	-	Промежуточный (тестовый)
М СП 10	Модуль 10. Колопроктология	18/18	10	8	-	Промежуточный (тестовый)
Смежные дисциплины (СМ)						
М СМ 11	Модуль 11. Торакальная хирургия	2/2	2	-	-	Промежуточный (тестовый)
М СМ 12	Модуль 12. Основы ангиологии и пластической хирургии	10/10	10	-	-	Промежуточный (тестовый)
	Итоговая аттестация	4/4	-	4	-	экзамен
	ИТОГО	144	72	66	6	

УЧЕБНЫЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ХИРУРГИЯ" (144 Ч) ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

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

Категория обучающихся: врачи-хирурги.

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. ед-)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
Фундаментальные дисциплины (МФ)									
МФ1	**Модуль 1. Основы социальной гигиены и организация хирургической помощи.**	**4/4**	**-**	**-**	**-**	**-**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
Специальные дисциплины (МСП)									
МСП 2	**Модуль 2. Методы исследования в хирургии.**	**4/4**	**-**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
МСП 3	**Модуль 3. Хирургическая инфекция**	**10/10**	**-**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**6**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
МСП 4	**Модуль 4. Хирургические заболевания желудка**	**26/26**	**-**	**16**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
МСП 5	**Модуль 5. Хирургические заболевания кишечника**	**14/14**	**-**	**4**	**2**	**Промежуточный (тестовый)**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
МСП 6	**Модуль 6. Хирургические заболевания печени и желчных ходов**	**22/22**	**-**	**10**	**4**	**Промежуточный (тестовый)**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
МСП 7	**Модуль 7. Заболевания поджелудочной железы**	**16/16**	**-**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**6**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
МСП 8	**Модуль 8. Травмы живота**	**6/6**	**-**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**2**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
МСП 9	**Модуль 9. Грыжи**	**8/8**	**-**	**6**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**2**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
МСП 10	**Модуль 10. Колопроктология**	**18/18**	**-**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
Смежные дисциплины (СМ)									

М СМ 11	**Модуль 11. Торакальная хирургия**	**2/2**	**-**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**2**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
М СМ 12	**Модуль 12. Основы ангиологии и пластической хирургии**	**10/10**	**-**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
	Итоговая аттестация	**4/4**	**-**	**4**	**-**	**экзамен**	**-**	**-**	**-**
	ИТОГО	**144**		**66**	**6**		**72**		

7. УЧЕБНО - ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ХИРУРГИИ" (144 Ч) - 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
Фундаментальные дисциплины (МФ)						
МФ1	**Модуль 1. Основы социальной гигиены и организация хирургической помощи.**	**4/4**	**4**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
1.1.	Закон об охране здоровья населения РФ	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
1.2	Непрерывное медицинское образование	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
Специальные дисциплины (МСП)						
М СП 2	**Модуль 2. Методы исследования в хирургии.**	**4/4**	**4**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
2.1	Эндоскопические диагностические методы	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
2.2	Лучевые методы диагностики (УЗИ, рентген, КТ, МРТ)	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
М СП 3	**Модуль 3. Хирургическая инфекция**	**10/10**	**6**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
3.1	Современные методы лечения гнойных ран	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
3.2	Острые гнойные заболевания мягких тканей	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
3.3	Синдром диабетической стопы	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)

3.4	Перитонит	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
3.5	Хирургический сепсис	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
М СП 4	**Модуль 4. Хирургические заболевания желудка**	**26/26**	**10**	**16**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
4.1	Основы видеоэндоскопической хирургии	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
4.2	Основы робототехники	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.3	Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и ДПК	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
4.4	Диагностика и лечение осложнений оперативного лечения прободной язвы желудка и ДПК	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.5	Хирургическая тактика при прободной язве желудка и ДПК	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.6	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
4.7	Желудочно-кишечные кровотечения	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
4.8	Эндоскопические методы лечения острых желудочно-кишечных кровотечений	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.9	Полипы и доброкачественные опухоли желудка	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.10	Эндоскопические методы лечения доброкачественных опухолей желудка	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.11	Рак желудка	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
4.12	Резекция желудка и гастрэктомия	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.13	Постгастррезекционные осложнения	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
М СП 5	**Модуль 5. Хирургические заболевания кишечника**	**14/14**	**8**	**4**	**2**	**Промежуточный (тестовый)**
5.1	Острая кишечная непроходимость	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
5.2	Спаечная кишечная непроходимость	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
5.3	Дивертикулез кишечника	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
5.4	Видеоассистированная аппендэктомия	4/4	-	2	2	Текущий (тестовый)
5.5	Воспалительные заболевания кишечника – болезнь Крона, НЯК	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
5.6	Кишечные стомы	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
М СП 6	**Модуль 6. Хирургические заболевания печени и желчных ходов**	**22/22**	**8**	**10**	**4**	**Промежуточный (тестовый)**
6.1	Доброкачественные опухоли печени	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
6.2	Злокачественные опухоли печени	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)

6.3	Пункционные малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
6.4	Портальная гипертензия	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
6.5	Эндоскопические вмешательства при лечении желчекаменной болезни	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
6.6	Острый холецистит	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
6.7	Видеолапароскопическая холецистэктомия	6/6	-	2	4	Текущий (тестовый)
6.8	Постхолецистэктомический синдром	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
6.9	Дифференциальная диагностика постхолецистэктомического синдрома	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
М СП 7	**Модуль 7. Заболевания поджелудочной железы**	**16/16**	**6**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
7.1	Методы диагностики заболеваний поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.2	Острый панкреатит	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
7.3	Интенсивная терапия острого панкреатита	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.4	Хронический панкреатит	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
7.5	Ретроградная холангиопанкреатография	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.6	Кисты поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.7	Дренирующие операции при кистах поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.8	Опухоли поджелудочной железы	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
М СП 8	**Модуль 8. Травмы живота**	**6/6**	**2**	**4**	-	**Промежуточный (тестовый)**
8.1	Закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости	2/2	2		-	Текущий (тестовый)
8.2	Инородные тела желудочно-кишечного тракта	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
8.3	Возможности эндоскопии в лечении больных с инородными телами ЖКТ	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
М СП 9	**Модуль 9. Грыжи**	**8/8**	**2**	**6**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
9.1	Грыжевая болезнь	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
9.2	Особенности техники операций при грыжах	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
9.3	Варианты оперативных вмешательств при грыжах передней брюшной стенки	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
9.4	Варианты оперативных вмешательств при ущемленных грыжах	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
М СП 10	**Модуль 10. Колопроктология**	**18/18**	**10**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
10.1	Технологии Fast-track хирургии	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)

10.2	Хронический геморрой	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
10.3	Воспалительные заболевания аноректальной зоны	2/2	2	2	-	Текущий (тестовый)
10.4	Диагностика и хирургическое лечение заболеваний аноректальной зоны	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.5	Рак толстой кишки	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
10.6	Осложненные формы рака толстой кишки	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.7	Рак прямой кишки	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
10.8	Комбинированные методы лечения рака прямой кишки	2/2	-	2		Текущий (тестовый)
Смежные дисциплины (СМ)						
М СМ 11	**Модуль 11. Торакальная хирургия**	**2/2**	**2**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
11.1	Открытая и закрытая травма грудной клетки (классификация, признаки, диагностика, патогенез, лечебная тактика)	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
М СМ 12	**Модуль 12. Основы ангиологии и пластической хирургии**	**10/10**	10	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
12.1	Травма сосудов (клиника, диагностика, хирургическая техника и тактика)	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
12.2	Варикозная болезнь, посттромбофлебитический синдром	2/2	-	-	-	Текущий (тестовый)
12.3	Облитерирующие заболевания сосудов, эмболии и острые тромбозы артерий	2/2	2		-	Текущий (тестовый)
12.4	Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
12.5	Основы пластической и реконструктивной хирургии	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
	Итоговая аттестация	**4/4**	**-**	**4**	**-**	**экзамен**
	ИТОГО	**144**	**72**	**66**	**6**	

УЧЕБНО - ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ХИРУРГИИ" (144 Ч) - ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

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**	**В том числе**	
			Очное обучение	**Дистанц. обучение**

			Лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
Фундаментальные дисциплины (МФ)									
МФ1	**Модуль 1. Основы социальной гигиены и организация хирургической помощи.**	**4/4**	**-**	**-**	**-**	**-**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
1.1.	Закон об охране здоровья населения РФ	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
1.2	Непрерывное медицинское образование	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
Специальные дисциплины (МСП)									
МСП 2	**Модуль 2. Методы исследования в хирургии.**	**4/4**	**-**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
2.1	Эндоскопические диагностические методы	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
2.2	Лучевые методы диагностики (УЗИ, рентген, КТ, МРТ)	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
МСП 3	**Модуль 3. Хирургическая инфекция**	**10/10**	**-**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**6**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
3.1	Современные методы лечения гнойных ран	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
3.2	Острые гнойные заболевания мягких тканей	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
3.3	Синдром диабетической стопы	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
3.4	Перитонит	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
3.5	Хирургический сепсис	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
МСП 4	**Модуль 4. Хирургические заболевания желудка**	**26/26**	**-**	**16**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
4.1	Основы видеоэндоскопической хирургии	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.2	Основы робототехники	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.3	Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и ДПК	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.4	Диагностика и лечение осложнений оперативного лечения прободной язвы желудка и ДПК	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.5	Хирургическая тактика при прободной язве желудка и ДПК	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-

4.6	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.7	Желудочно-кишечные кровотечения	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.8	Эндоскопические методы лечения острых желудочно-кишечных кровотечений	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.9	Полипы и доброкачественные опухоли желудка	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.10	Эндоскопические методы лечения доброкачественных опухолей желудка	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.11	Рак желудка	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.12	Резекция желудка и гастрэктомия	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.13	Постгастррезекционные осложнения	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
М СП 5	**Модуль 5. Хирургические заболевания кишечника**	**14/14**	**-**	**4**	**2**	**Промежуточный (тестовый)**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
5.1	Острая кишечная непроходимость	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
5.2	Спаечная кишечная непроходимость	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
5.3	Дивертикулез кишечника	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
5.4	Видеоассистированная аппендэктомия	4/4	-	2	2	Текущий (тестовый)	-	-	-
5.5	Воспалительные заболевания кишечника – болезнь Крона, НЯК	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
5.6	Кишечные стомы	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
М СП 6	**Модуль 6. Хирургические заболевания печени и желчных ходов**	**22/22**	**-**	**10**	**4**	**Промежуточный (тестовый)**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
6.1	Доброкачественные опухоли печени	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
6.2	Злокачественные опухоли печени	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
6.4	Пункционные малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем	2/2	-	-	-		2	-	Текущий (тестовый)
6.5	Портальная гипертензия	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
6.6	Эндоскопические вмешательства при лечении желчекаменной болезни	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
6.9	Острый холецистит	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
6.11	Видеолапароскопическая холецистэктомия	6/6	-	2	4	Текущий (тестовый)	-	-	-
6.14	Постхолецистэктомический синдром	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)

6.15	Дифференциальная диагностика постхолецистэктомического синдрома	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
М СП 7	**Модуль 7. Заболевания поджелудочной железы**	**16/16**	**-**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**6**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
7.1	Методы диагностики заболеваний поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
7.2	Острый панкреатит	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.3	Интенсивная терапия острого панкреатита	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
7.4	Хронический панкреатит	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.5	Ретроградная холангиопанкреатография	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
7.6	Кисты поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
7.7	Дренирующие операции при кистах поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
7.8	Опухоли поджелудочной железы	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
М СП 8	**Модуль 8. Травмы живота**	**6/6**	-	**4**	-	**Промежуточный (тестовый)**	**2**	-	**Промежуточный (тестовый)**
8.1	Закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости	2/2	-		-	-	2	-	Текущий (тестовый)
8.2	Инородные тела желудочно-кишечного тракта	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
8.3	Возможности эндоскопии в лечении больных с инородными телами ЖКТ	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
М СП 9	**Модуль 9. Грыжи**	**8/8**	**-**	**6**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**2**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
9.1	Грыжевая болезнь	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
9.2	Особенности техники операций при грыжах	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
9.3	Варианты оперативных вмешательств при грыжах передней брюшной стенки	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
9.4	Варианты оперативных вмешательств при ущемленных грыжах	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
М СП 10	**Модуль 10. Колопроктология**	**18/18**	**-**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
10.1	Технологии Fast-track хирургии	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.2	Хронический геморрой	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.3	Воспалительные заболевания аноректальной зоны	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	2	-	Текущий (тестовый)

10.4	Диагностика и хирургическое лечение заболеваний аноректальной зоны	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
10.5	Рак толстой кишки	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.6	Осложненные формы рака толстой кишки	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
10.7	Рак прямой кишки	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.8	Комбинированные методы лечения рака прямой кишки	2/2	-	2		-	-	-	-
Смежные дисциплины (СМ)									
М СМ 11	**Модуль 11. Торакальная хирургия**	**2/2**	**-**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**2**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
11.1	Открытая и закрытая травма грудной клетки (классификация, признаки, диагностика, патогенез, лечебная тактика)	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
М СМ 12	**Модуль 12. Основы ангиологии и пластической хирургии**	**10/10**	**-**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**
12.1	Травма сосудов (клиника, диагностика, хирургическая техника и тактика)	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
12.2	Варикозная болезнь, посттромбофлебитический синдром	2/2	-	-	-	Текущий (тестовый)	2	-	Текущий (тестовый)
12.3	Облитерирующие заболевания сосудов, эмболии и острые тромбозы артерий	2/2	-		-	-	2	-	Текущий (тестовый)
12.4	Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
12.5	Основы пластической и реконструктивной хирургии	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
	Итоговая аттестация	**4/4**	**-**	**4**	**-**	**экзамен**	**-**	**-**	**-**
	ИТОГО	**144**		**66**	**6**		**72**		

8. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ХИРУРГИЯ».

Учебные модули	1 месяц							
	1 - 7		8 - 14		15 - 21		22 - 28	
	1 неделя		2 неделя		3 неделя		4 неделя	
	Очно	Дист.	Очно	Дист.	Очно	Дист.	Очно	Дист.
МФ1 **Основы социальной гигиены и организация хирургической помощи.**	4 / -	- / 4						
МСП 2 **Методы исследования в хирургии.**	4 / -	- / 4						
МСП 3 **Хирургическая инфекция**	10 / 4	- / 6						
МСП 4 **Хирургические заболевания желудка**	18 / 8	- / 10	8 / 8					
МСП 5 **Хирургические заболевания кишечника**			14 / 6	- / 8				
МСП 6 **Хирургические заболевания печени и желчных ходов**			14 / 14	- / -	8 / 8	- / 8		
МСП 7 **Заболевания поджелудочной железы**					16 / 10	- / 6		
МСП 8 **Травмы живота**					6 / 4	- / 2		
МСП 9 **Грыжи**					6 / 6	- / -	2 / -	- / 2
МСП 10 **Колопроктология**							18 / 8	- / 10
МСМ 11 **Торакальная хирургия**							2 / -	
МСМ 12 **Основы ангиологии и пластической хирургии**							10 / 10	
Итоговая аттестация							4	

9. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ (ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН (МФ), СПЕЦИАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН (МСП), СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН (МСМ)

9.1. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МФ1 «Основы социальной гигиены и организация хирургической помощи».

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.

Изучение программы способствует формированию и усовершенствованию следующих **профессиональных компетенций**:

- способность и готовность использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи больным, анализировать показатели работы их структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально- экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам (ОПК-1).

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).

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, возрастно-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.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МФ 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
1.1.	Закон об охране здоровья населения РФ	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
1.2	Непрерывное медицинское образование	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**4/4**	**4**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МФ 1 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
1.1.	Закон об охране здоровья населения РФ	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
1.2	Непрерывное медицинское образование	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**4/4**	**-**	**-**	**-**	**-**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МФ 1

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
1.1	Закон об охране здоровья населения РФ
1.2	Непрерывное медицинское образование

1.2.1	Непрерывное медицинское образование в Европе
1.2.2	Непрерывное медицинское образование в США

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего тестирования

1. Отпуска по болезни или увечью больного предоставляются: Выберите правильный ответ:
   а) Лечащим врачом
   б) Зав отделением
   в) Контрольно-экспертной комиссией
   г) Бюро медико-социальной экспертизы
   д) Каждым из перечисленных

2. Сроки временного перевода на другую работу по болезни рабочего или служащего определяют: 1.Профсоюзные органы 2. Контрольно-экспертная комиссия 3. Заведующий отделением 4. Бюро медико-социальной экспертизы. Выберите правильный ответ по схеме:
   а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
   б) Если правильный ответ 2
   в) Если правильные ответы 1 и 2
   г) Если правильные ответы 3 и 4
   д) Если правильные ответы 2 и 3

3. Задачами экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ являются: 1. Определение временной утраты нетрудоспособности 2. Рекомендации по обеспечению условий и видов труда для лиц, не имеющих группу инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в более легкой работе 3. Выявление утраты трудоспособности и направление их в Бюро медико-социальной экспертизы 4. Все перечисленное. Выберите правильный ответ:
   а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
   б) Если правильные ответы 1 и 2
   в) Если правильные ответы 2 и 3
   г) Если правильный ответ 4
   д) Если правильные ответы 3 и 4

4. Основными критериями, отличающими временную нетрудоспособность от стойкой, являются: 1. Продолжительность нетрудоспособности 2. Благоприятный клинический прогноз 3. Благоприятный трудовой прогноз 4. Все перечисленное. Выберите правильный ответ:
   а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
   б) Если правильные ответы 1 и 2
   в) Если правильный ответ 3
   г) Если правильный ответ 4
   д) Если правильные ответы 3 и 4

5. Листок нетрудоспособности при хронических заболеваниях выдается: Выберите правильный ответ:
   а) в случае выраженного обострения
   б) При нарушении функции больного органа
   в) При общем тяжелом состоянии больного
   г) Ни в одном из перечисленных случаев

д) в любом из перечисленных случаев

6. Полная потеря временной нетрудоспособности характеризуется: 1. Нарушением функции больного органа, когда затруднено выполнение прежней работы 2. Полной утраты функции поврежденного органа в результате травмы, когда противопоказано выполнение прежней работы 3. Всем перечисленным 4. Временной утраты функции поврежденного органа. Выберите правильный ответ:

а) Если правильные ответы 1 и 2
б) Если правильный ответ 2
в) Если правильный ответ 3
г) Если правильные ответы 3 и 4
д) Если правильные ответы 2 и 3

7. Право на получение листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности имеют:

а) Все трудящиеся
б) Только те трудящиеся, на которых распространяется государственное социальное страхование
в) Только те, которые работают постоянно
г) Те, которые работают временно или на сезонных работах
д) Никто из перечисленных

8. При бытовой травме листок нетрудоспособности выдается:

а) С 1 дня
б) С 3 дня
в) С 5 дня
г) С 6 дня
д) С 14 дня

9. Если трудоспособность больного восстановилась во время лечения в стационаре, листок нетрудоспособности закрывают:

а) Днем обращения больного к врачу в поликлинику
б) в день выписки из стационара
в) Через 3 дня после выписки
г) Все перечисленное верно
д) Вопрос решается индивидуально

10. Если человек заболел во время командировки, листок нетрудоспособности выдается: 1. Медицинским учреждением по месту командировки 2. Выдается только справка о заболевании 3. Со дня возвращения из командировки 4. Листок нетрудоспособности не выдается Выберите правильный ответ:

а) Если правильные ответы 1 и 2
б) Если правильный ответ 1
в) Если правильный ответ 4
г) Если правильные ответы 2 и 3
д) Если правильный ответ 2

11. Сроки временного перевода на другую работу по болезни определяют:

а) Профсоюзные органы
б) Контрольно-экспертная комиссия
в) Заведующий отделением
г) Лечащий врач

д) Бюро медико-социальной экспертизы

12. Функциями контрольно-экспертной комиссией по экспертизе трудоспособности являются все перечисленные, кроме:

а) Решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности

б) Продление листка нетрудоспособности на сроки выше 30 дней

в) Выдачи листка нетрудоспособности на санаторно-курортное лечение

г) Направление в Бюро медико-социальной экспертизы

д) Трудоустройство лиц, имеющих инвалидность

13. Функциями Бюро медико-социальной экспертизы являются все перечисленные, за исключением:

а) Продление временной нетрудоспособности на срок свыше 6 месяцев

б) Установление группы и причины инвалидности

в) Определение трудовых рекомендаций инвалидам

г) Определение времени фактического наступления инвалидности

д) Установления степени утраты трудоспособности при трудовом увечье

14. Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

а) Систематическое неисполнение работником без уважительных причин, возложенных на него обязанностей

б) Прогул (в том числе отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительной причины

в) Появление на работе в нетрезвом состоянии

г) Совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности

д) Однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями

Эталоны ответов:

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

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. Закон РФ от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".

Дополнительная литература:

1. Приказ 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)».

2. Приказ 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».

3. Приказ 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)".

4. Приказ 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 Минобразования России от 19.05.2000 № 14-52-357/ин/13 «О порядке формирования основных образовательных программ высшего учебного заведения на основе государственных образовательных стандартов»;

5. Приказ Минобрнауки России от 06.05.2005г. №137 «Об использовании дистанционных образовательных технологий»

9.2. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП2 «Методы исследования в хирургии».

Пояснительная записка

Актуальность. Возможности современной медицинской техники позволяют более точно и на наиболее ранних стадиях выявлять патологические состояния. Поэтому умение интерпретировать результаты дополнительных методов исследования, как лабораторных, так и инструментальных, является неотъемлемой составляющей профессиональной деятельности врача.

Цель: научить интерпретировать результаты дополнительных методов исследования. Обсудить особенности предоперационной подготовки и обезболивания пациентов с хирургической патологией.

Изучение программы способствует формированию и усовершенствованию следующих **профессиональных компетенций**:

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-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

По окончании обучения врач – хирург должен знать:

- 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;

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;

• провести предоперационную подготовку с включением инфузионной терапии, парентерального и энтерального зондового питания.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 2 (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
2.1	Эндоскопические диагностические методы	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
2.2	Лучевые методы диагностики (УЗИ, рентген, КТ, МРТ)	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**4/4**	**4**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 2 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. еди-	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
2.1	Эндоскопические диагностические методы	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
2.2	Лучевые методы диагностики (УЗИ, рентген, КТ, МРТ)	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**10/10**	**-**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 2

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов

2.1	Эндоскопические диагностические методы
2.1.1	Эзофагогастродуоденоскопия
2.1.2	Колоноскопия
2.1.3	Бронхоскопия
2.2	Лучевые методы диагностики (УЗИ, рентген, КТ, МРТ)
2.2.1	Ультразвуковое исследование
2.2.2	Рентген, рентгеновская компьютерная томография
2.2.3	Магниторезонансная томография

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего контроля:
1. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить:
а) Центральный рак легкого
б) Доброкачественную опухоль (центральную)
в) Пневмонию
г) Пневмоторакс
д) Инородное тело

2. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют:
а) о холедохолитиазе
б) о сальмонеллезе желчного пузыря
в) о внутренней желчной фистуле
г) о желудочно-толстокишечной фистуле
д) о холецистите

3. Наиболее частой причиной портальной гипертонии у взрослых является:
а) тромбоз селезеночной или воротной вены
б) опухолевые поражения печени
в) цирроз печени
г) легочная или сердечно-сосудистая недостаточность
д) синдром Бадд-Хиари

4. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно выявить с помощью:
а) лапароскопии
б) пневмомедиастинографии
в) ангиографии печени
г) рентгеноскопии пищевода и желудка
д) динамической гепатобилиосцинтиографии

5. Для распознания рака поджелудочной железы применяются следующие методы: 1. Ретроградная холангиопанкреатография 2. Ультразвуковое сканирование 3. Компьютерная томография 4. Холецистография 5. Ангиография и изотопная сцинтиграфия Выберите правильный ответ:
а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 2, 3, 4, 5
в) Верно 1, 3, 4, 5
г) Верно 1, 2, 3, 5
д) Верно 1, 2, 4, 5

6. При выполнении чрескожной чрезпеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения: 1. Кровотечение 2. Желчеистечение 3. Повреждение полового органа с последующим развитием перитонита 5. Все перечисленные Выберите правильный ответ:

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

7. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:

а) Острый панкреатит
б) Механическая желтуха
в) Хронический панкреатит
г) Наличие конкрементов в панкреатических протоках
д) Холедохолитиаз

8. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:

а) Пероральная холецистография
б) Внутривенная холецистохолангиография
в) Ретроградная холангиография
г) Сцинтиграфия печени
д) Прямая спленопортография

9. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться:

а) с томографии легких
б) с прицельной рентгенографии
в) с бронхографии
г) с суперэкспонированной рентгенографии
д) с обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях

10. При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза являются:

а) Пневмомедиастиноскопия
б) Бронхография
в) Бронхоскопия
г) Пневмомедиастинография
д) Искусственный пневмоторакс

11. Стеаторея характерна:

а) Для постхолецистэктомического синдрома
б) Для острого панкреатита
в) Для хронического панкреатита
г) Для печеночной недостаточности
д) Для болезни Крона

12. Бариевая клизма при дивертикулезе толстой кишки обычно выявляет:

а) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
б) Полную обтурацию просвета кишки
в) Нишеподобные выпячивания
г) Сегментарный спазм

д) Наличие чаш Клойбера

13. Барьевая клизма при воспалительных изменениях в стенке ободочной кишки обычно выявляет

а) Наличие чаш Клойбера
б) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
в) Нишеподобные выпячивания
г) Сегментарный спазм
д) Полную обтурацию просвета кишки

14. Для проведения планового ультразвукового исследования органов пищеварения необходима подготовка

а) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием
б) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и промывания желудка через зонд перед обследованием
в) Исключение приема пищи в течение 8-12 часов перед обследованием
г) Не требуется специальной подготовки
д) Приемом 1,5-2 л, жидкости за два часа до исследования

15. Наиболее информативным тестом состояния клапанного аппарата магистральных вен нижних конечностей является:

а) Реовазография
б) Проба Дельбе-Пертеса
в) Флебография
г) Ультрозвуковая доплерография
д) Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы

16. Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедоходуоденальный свищ является:

а) ФГДС
б) Обзорная Рентгенография брюшной полости
в) Пероральная холецистография
г) Внутривенная холеграфия
д) Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью

17. После острого кровотечения первыми изменяются следующие лабораторные параметры:

а) Ph артериальной крови и СО-2
б) Гемоглобин и гематокрит
в) ЦВД
г) Насыщенность крови кислородом
д) Количество эритроцитов в периферической крови

18. При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:

а) Обзорную рентгенографию брюшной полости
б) Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка
в) ФГДС
г) УЗИ брюшной полости
д) Лапароскопию

19. При подозрение на кровоечение из язвы желудка следует произвести:
    а) Экстренную гастродуоденоскопию
    б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
    в) Лапароскопию
    г) Рентгеноскопию желудка
    д) Ангиографию

20. Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для:
    а) Рака толстой кишки
    б) Рака поджелудочной железы
    в) Рака печени
    г) Рака печени и поджелудочной железы
    д) Рака толстой кишки и поджелудочной железы

21. Фентанил является:
    а) Мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут
    б) Анальгетиком короткого действия (2-3 минуты)
    в) Нейролептиком
    г) Препаратом выраженного психотропного действия
    д) Антидепрессантом

22. Артериальная гипотензия во время общей анастезии может быть вследствие всего перечисленного: 1. Недостаточной глубины наркоза 2. Манипуляций в области рефлексогенных зон 3. Введение солевых растворов 4. Нарушения газообмена 5. Уменьшение ОЦК из-за кровопотери
    а) Верно 1, 2, 3, 4
    б) Верно 1, 3, 4, 5
    в) Верно 1, 2, 4, 5
    г) Верно 2, 3, 4, 5
    д) Верно 3, 4, 5

23. Длительное нахождение катетера в вене может привести ко всему перечисленному: 1. Септическому флебиту 2. Химическому флебиту 3. Тромбоэмболии 4. Септицемии 5. ДВС-синдрому. Выберите правильный ответ:
    а) Верно 1, 2, 3, 5
    б) Верно 1, 3, 4, 5
    в) Верно 2, 3, 4, 5
    г) Верно 3, 4, 5
    д) Верно 1, 2, 3, 4

24. Изменение кислотно-щелочного состояния считаются компенсированным при pH:
    а) 7.25-7.43
    б) 7.46-7.51
    в) 7.35-7.45
    г) 7.19-7.28
    д) 7.10-7.18

25. Изотонической считается концентрация раствора глюкозы:
    а) 0,8%
    б) 3%
    в) 4.2%
    г) 5%

д) 10%

26. Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является: 1. отсутствие пульса и АД 2. остановка дыхания 3. отсутствие сознания 4. акроцианоз 5. отсутствие сердечных тонов

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

27. Показанием к прямому массажу сердца является:

а) Остановка дыхания
б) Остановка сердца
в) Потеря сознания
г) Отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 минут
д) Фибриляция сердца

28. Отек легких развивается: 1. при увеличении отрицательного внутрилегочного давления 2. при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах 3. при повышении коллоидно-осмотического давления крови 4. при снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких 5. при снижении проницаемости мембран

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

29. Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное: 1. внутривенное введение дыхательных аналептиков 2. санацию трахеобронхиального дерева, пеногашение 3. кислородотерапию, искусственную вентиляцию легких 4. введение мочегонных и гормонов 5. При необходимости - ганглиолитики. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

Эталоны ответов:

1) а	11) в	21) а
2) в	12) в	22) в
3) в	13) г	23) д
4) г	14) в	24) в
5) г	15) д	25) г
6) д	16) д	26) г
7) а	17) в	27) г
8) в	18) б	28) д
9) д	19) а	29) а
10) г	20) в	

Список литературы:

Основная литература:

1. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С.К. Терновой, В.Е. Синицын. - 2010. - 304 с.

2. Госпитальная хирургия под ред. Бисенкова Л.Н., Трофимова В.М., Санкт-Петербург-Москва-Краснодар "Лань" 2005.

3. Абдоминальная боль: дифференциальная диагностика, возможные лечебные подходы,О.Н. Минушкин МЦ Управления делами Президента РФ, Москва

4. Медицинская радиология, Л.Д. Линденбратен и И.П. Королюк 2005

Дополнительная литература:

1. Роль ультразвукового исследования в диагностике острого аппендицита, М.В. Зинякова, Л.Г. Куртенок, С.В. Харитонов, И.М. Титкова, Н.Ш. Султанов, С.А. Качурин 2009

2. Современные аспекты ультразвуковой диагностики калькулезного холецистита, С.В. Харитонов, М.В. Зинякова, Г.А. Багдасаров, Н.Е. Саакян, Т.В. Семенова, А.Т. Бронтвейн 2010

3. Новые возможности в диагностике острой кишечной непроходимости, Н.А. Кузнецов, Г.В. Родоман, С.В. Харитонов, М.В. Зинякова 2006

4. Ikeda Sh. Flexible Bronchofiberscope. Ann.Otol., 2007; 79 (5): 916—23.

5. Госпитальная хирургия под ред. Бисенкова Л.Н., Трофимова В.М., Санкт-Петербург-Москва-Краснодар "Лань" 2005.

6. Лекции. профессор В.В.Соколов 2007.

Информация с интернет-сайтов:

- http://www.medison.ru
- http://www.colonoscopy.ru
- http://www.proctolog.ru
- http://www.mtpk-lomo.ru/goods/medical/endoskopy/endoscopy_soft
- http://gastrointestinalatlas.com/English/english.html
- http://medserver.tripod.com/endo_atlas.htm
- http://www.endoskopischer-atlas.de

9.3. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСПЗ «Хирургическая инфекция».

Пояснительная записка

Актуальность. На протяжении всей истории медицины проблема хирургической инфекции всегда была актуальной, не исчерпала она себя и в настоящее время.

Цель: изучить особенности течения раневого процесса, современные антибактериальные и перевязочные средства.

У обучающегося должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (далее-ПК) (см. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва, ФГОС ВО по направлениям ординатуры)**:**

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансериза-

ции и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

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-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

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

профилактическая деятельность:

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

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;

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

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;

• 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, проведением премедикации;

• методикой организации рабочего места в операционной;

• хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранение патологического состояния пациента;

По окончании обучения врач – хирург должен владеть навыками:

• интерпретации результатов эндоскопических диагностических методов исследования;

• интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);

• диагностической лапароскопия (на тренажере);

• лапаротомии, ревизии органов брюшной полости при травме;

• вторичной обработки гнойных ран;

• планирования разрезов в различных областях с учетом оптимального направления;

• атравматического ушивания ран;

• наложение повязки на рану.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 3 (очная форма обучения).

Код модуля	**Наименование модулей и тем**	**Всего часов (акад.**	**В том числе**
			Очное обучение

			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
3.1	Современные методы лечения гнойных ран	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
3.2	Острые гнойные заболевания мягких тканей	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
3.3	Синдром диабетической стопы	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
3.4	Перитонит	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
3.5	Хирургический сепсис	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**10/10**	**6**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 3 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. еди-	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
3.1	Современные методы лечения гнойных ран	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
3.2	Острые гнойные заболевания мягких тканей	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
3.3	Синдром диабетической стопы	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
3.4	Перитонит	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
3.5	Хирургический сепсис	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
	ИТОГО	**16/16**	**-**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 3

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
3.1	Современные методы лечения гнойных ран
3.1.1	Физические методы лечения
3.1.2	Химические методы лечения
3.1.3	Современные перевязочные средства
3.2	Острые гнойные заболевания мягких тканей
3.2.1	Абсцессы мягких тканей

3.2.2	Флегмоны
3.3	Синдром диабетической стопы
3.3.1	Консервативное лечение
3.3.2	Оперативное лечение
3.4	Перитонит
3.4.1	Классификация
3.4.2	Методы оперативного лечения
3.5	Хирургический сепсис

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего контроля:

1. Фурункул, как правило, вызывается:
   а) Стрептококком
   б) Стафилококком
   в) Гонококком
   г) Синегнойной палочкой
   д) Протеем

2. Лечение фурункула включает: 1. Протирание окружающей кожи 70° спиртом 2. Выдавливание и повязки с гипертоническим раствором поваренной соли при наличии некроза 3. Обкладывание пенициллином с новокаином вокруг воспалительного инфильтрата 4. Прием сульфаниламидных препаратов внутрь 5. Ультрафиолетовое облучение
   а) Верно 1,2,3,4
   б) Верно 1,3,4,5
   в) Верно 1,2,3,4,5
   г) Верно 2,3,4,5
   д) Верно 1,2,4,5

3. 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

4. Возбудителем гидраденита чаще всего является:
   а) Стрептококк
   б) Протей
   в) Стафилококк
   г) Синегнгойная палочка
   д) Кишечная палочка

5. 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

6. В этиологии парапроктита характерно проникновение инфекции в параректальную клетчатку через: 1. Трещины заднего прохода 2. Воспаленные геморроидальные узлы 3. Бытовым путем 4. Поврежденную слизистую оболочку прямой кишки 5. Расчесы области заднего прохода

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

7. Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются:

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

8. При фурункуле лица с высокой температурой применяется: 1. Строгий постельный режим 2. Широкое раскрытие гнойного очага 3. Пища в жидком состоянии 4. Инфузионная дезинтоксикационная терапия

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

9. Возбудителем рожи является:

а) Золотистый стафилококк
б) Стрептококк
в) Кишечная палочка
г) Ассоциация микроорганизмов
д) Синегнойная палочка

10. К осложнениям оперативного лечения гнойного паротита относится:

а) Свищ
б) Флегмона шеи
в) Остеомиелит нижней челюсти
г) Парез ветвей лицевого нерва
д) Парез ветвей тройничного нерва

11. Наиболее опасные осложнения флегмоны шеи: 1. Гнойный медиастинит 2. Гнойный менингит 3. Сдавление дыхательных путей 4. Прорыв гноя в пищевод 5. Сепсис

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

12. После установления диагноза острого гнойного медиастинита в первую очередь необходимы:

а) Массивная антибиотикотерапия
б) Иммунотрапия
в) Дезинтоксикационная терапия
г) Хирургическое лечение
д) Гемотрансфузия

13. При рецидивирующей роже нижних конечностей наиболее частым осложнением бывает:
а) Остеомиелит
б) Тромбофлебит
в) Периостит
г) Лимфостаз
д) Сепсис

14. При гнилостном парапроктите целесообразно применение:
а) Клафорана
б) Гентамицина
в) Вибрамицина
г) Метроджила и клиндамицина
д) Любого из перечисленных антибиотиков

15. Основной опасностью фурункула лица является:
а) Нарушение дыхания засчет отека
б) Выраженная интоксикация
в) Угроза развития осложнений со стороны органов зрения
г) Развитие восходящего лицевого тромбофлебита
д) Образование некрозов кожи с последующим грубым рубцеванием

16. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде являются: 1. Сахрный диабет 2. Предшествующие инфекционные заболевания 3. Ожирение 4. Авитаминоз
а) Верно 1,3
б) Верно 1,4
в) Верно 2,3
г) Верно 3,4
д) Верно 1,2

17. Операцию артротомии при гнойном артрите производят:
а) При обширном разрушении суставных концов костей
б) При многократных повторных пункциях сустава, не дающих эффекта
в) При наличии гноя в полости сустава
г) При разрушении связочного аппарата сустава
д) При резко выраженном болевом синдроме

18. К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся: 1. Боль 2. Нарушение функции сустава 3. Деформация сустава 4. Выраженная гиперемия кожи 5. Прогрессирующая мышечная атрофия конечностей
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4,5

19. 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

а) 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

20. 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

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

21. При лечении столбняка применяется: 1. Противостолбнячная сыворотка 2. Столбнячный анатоксин 3. Мышечные релаксанты 4. Хлоралгидрат 5. Нейролептики

а) 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

22. В ранней стадии гематогенного остеомиелита показаны: 1. Экстренная операция 2. Введение антибиотиков 3. Переливание крови 4. Введение витаминов 5. Создание функционального покоя пораженной области

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 2,3,4,5

23. К предрасполагающим факторам развития гематогенного остеомиелита относятся:

а) Травма кости
б) Общее или местное охлаждение
в) Перенесенные инфекции
г) Наличие гнойно-воспалительного процесса
д) Авитаминоз

24. 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

25. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются:
а) В печени
б) В легких
в) В селезенке
г) В головном мозге
д) В сердце

26. К средствам специфической иммунотерапии при сепсисе, вызванном стафилококком, относятся:
а) Т-активин
б) Левамизол
в) Антистафилококковая плазма и стафилококковый анатоксин
г) ЛейкомассаТромбоцитарная масса

27. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются:
а) Пероральный
б) Внутримышечный и внутривенный
в) Внутривенный и эндолимфатический
г) Внутрикостный и внутримышечный
д) Эндолимфатический

28. Антибактериальную терапию при сепсисе следует начинать:
а) При положительных посевах крови
б) После получения антибиотикограмм
в) При обнаружении первичного очага или метастатических гнойников
г) С момента установления диагноза
д) При неадекватном вскрытии первичного очага

29. При стафилококковом сепсисе из антибактериальных препаратов целесообразно принимать:
а) Природные пенициллины
б) Цефалоспорины и полусинтетические пенициллины
в) Нитрофураны и макролиды
г) Полусинтетические пенициллины

30. При синегнойном сепсисе целесообразно применять:
а) Оксациллин
б) Фурагин калия
в) Гентамицин и клиндамицин
г) Метроджил
д) Сульфаниламиды

31. Антистафилококковый бактериофаг при лечении стафилококкового сепсиса следует применять:
а) Внутривенно
б) Ректально
в) Внутримышечно
г) Местно в рану
д) Внутриартериально

32. Палочка синезеленого гноя в ране может быть обнаружена при: 1. Синегнойном сепсисе 2. Стафилококковом сепсисе 3. Протейном сепсисе 4. Анаэробном сепсисе 5. Столбняке

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

33. Активную иммунизацию при стафилококковом сепсисе следуют проводить с помощью:

а) Антистафилококкового бактериофага
б) Нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина
в) Антистафилококковой плазмы
г) Антистафилококкового иммуноглобулина
д) Введение гамма-глобулина

34. К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относятся: 1. Вскрытие гнойного очага 2. Ограниченное введение жидкости 3. Внутримышечное введение антибиотиков 4. Переливание крови 5. Введение витаминов

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

35. Для септикопиемии характерны:

а) Общая слабость, истощение организма
б) Метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани
в) Резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных метастазов
г) Гектическая температура
д) Относительное стихание процесса к концу образования метастазов

36. К осложнениям сепсиса относятся: 1. Септические кровотечения 2. Тромбоэмболия артерий конечностей или внутренних органов 3. Асцит, анасарка 4. Септический эндокардит 5. Пневмония

а) 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

37. При наличии поддиафрагмального абсцесса показана:

а) Срочная операция-вскрытие абсцесса
б) Пункция абсцесса
в) Наблюдение
г) Консервативная терапия
д) Лапароскопия

38. Внебрюшинный способ вскрытия поддиафрагмального абсцесса по Клермону предполагает:

а) Отслоение тупым путем поперечной фасции вместе с брюшиной от нижней поверхности диафрагмы
б) Отслоение тупым путем только поперечной фасции
в) Подход к гнойнику через грудную полость со вскрытием плевры
г) Подход к гнойнику через грудную полость без вскрытия плевры
д) Подход к гнойнику через разрез передней брюшной стенки

39. Задний поддиафрагмальный абсцесс под левым куполом диафрагмы вскрывается:
а) Через верхне-срединный доступ
б) Через косой доступ в левом подреберье
в) По А.В.Мельникову
г) По Клермону
д) Путем использования всех вышеуказанных методов

40. При расположении поддиафрагмального абсцесса сзади венечной связки абсцесс вскрывают:
а) По Клермону
б) Лапароскопическим способом
в) По А.В.Мельникову
г) Через верхне-срединный доступ
д) Пункцией и дренированием под контролем УЗИ

41. Анаэробная неклостридиальная инфекция наиболее чувствительна к:
а) Пенициллину
б) Гентамицину
в) Левомицетину
г) Стрептомицину
д) Метронидазолу

42. Наиболее сильно угнетает костный мозг:
а) Ампициллин
б) Гентамицин
в) Канамицин
г) Левомицетин
д) Кефзол

43. Образование активного иммунитета угнетает:
а) Стафилококковый анатоксин
б) Антистафилококковый иммуноглобулин
в) Антистафилококковая плазма и стафилококковый анатоксин
г) Сывороточный полииммуноглобулин
д) Антисинегнойная плазма

44. Некроз печеночных клеток может вызвать:
а) Левомицетин
б) Цефтриаксон
в) Эритромицин
г) Тетрациклин
д) Пенициллин

45. Из указанных антибиотиков при сальмонеллезе должен применяться:
а) Левомицетин

б) Оксациллин
в) Эритромицин
г) Тетрациклин
д) Пенициллин

46. Флегмона забрюшинного пространства как осложнение острого аппендицита развивается при:
а) Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка
б) Местном перитонтите в правой подвздошной области
в) Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка
г) Медиальном расположении червеобразного отростка
д) Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки

Эталоны ответов:

1) б	13) г	25) г	37) а
2) б	14) г	26) в	38) а
3) а	15) г	27) в	39) в
4) в	16) д	28) г	40) в
5) д	17) б	29) б	41) д
6) в	18) г	30) в	42) г
7) д	19) в	31) г	43) а
8) д	20) д	32) д	44) г
9) б	21) в	33) б	45) а
10) г	22) а	34) б	46) в
11) в	23) г	35) б	
12) г	24) д	36) в	

Список литературы:

Основная литература:

1. Эндокринология. Национальное руководство. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. Москва "ГЭОТАР-Медиа" 2013г
2. Материалы I съезда Diabetic Foot Study Group. – Рим. – 2000. Материалы симпозиума «Диабетическая стопа». – М. – 2005.
3. Diagnosis, Treatment and Prevention of the Diabetic Foot Syndrome Published byPAUL HARTMANN AGD-89522 Heidenheim1stedition in English March 2004 ISBN 3-929870-34-7
4. American diabetes association http://www.diabetes.org/
5. Диагностика и лечение синдрома диабетической стопы. Гусейнов А.З., Вередченко В.А., Истомин Д.А., Чиглашвили Д.С. Год: 2009
6. 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.
7. Ерошкин И.А. Рентгенохирургическая коррекция поражений артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом и ее роль в комплексном лечении синдрома диабетической стопы. // Автореферат дис. на соискание уч. степени д.м.н. – Москва.-2010.-56С.
8. Пасхалова Ю.С. Стратегия хирургического лечения нейроишемической формы синдрома диабетической стопы. //Автореферат дис. на соискание уч. степени к.м.н.-Москва.-2011.- 22С.
9. Митиш В.А., Ерошкин И.А., Галстян Г.Р., Доронина Л.П., Пасхалова Ю.С., Ерошенко А.В. Гнойно-некротические поражения нейроишемической формы синдрома диа-

бетической стопы. Новые возможности комплексного хирургического лечения. Эндокринная хирургия. №1(2); 2008; С. 15-19.

10. 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.

11. 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.

12. Аппаратная техника в лечении гнойных ран: монография / С.Г. Измайлов, В.В. Бесчастнов [и др.]. – Казань : Дом печати, 2007.

13. Инфекции в хирургии: руководство для врачей Гостищев В.К. ГЭОТАР-Медиа 2007.

Дополнительная литература:

1. Ф.В. Галимзянов ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН И РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ Учебное пособие Екатеринбург 2012

2. Кузнецов Н.А., Никитин В.Г./Щадящие хирургические вмешательства и интерактивные повязки в лечении инфицированных ран//Хирургия Том8/N2/2006 РАНЫ и РАНЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ.

3. Токмакова А.Ю, Страхова Г.Ю., Галстян Г.Р. Современная концепция ведения больных с хроническими ранами и сахарным диабетом//Сахарный диабет 2005 № 1.

4. Ларичев А.Б., Антонюк А.В., Кузьмин В.С., Вакуум-терапия в лечении хронических ран. (методическое пособие для врачей) Ярославль 2007.

5. Оболенский В.Н. Хроническая рана: обзор современных методов лечения. РМЖ, репринт №5 2013г.

6. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, иагностика, антимикробная терапия / Под ред В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. М.:Литтерра, 2006, с. 166.

7. Weiss G., Meyer F., Lippert H. Infectiological diagnostic problems in tertiary peritonitis / Langenbecks Arch. Surg., 2006, 391, p. 73—482.

9.4. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП4 «Хирургические заболевания желудка».

Пояснительная записка

Актуальность. Несмотря на современные методы пропаганды здорового образа жизни частота встречаемости заболеваний желудочно-кишечного тракта не снижается. Современные исследования показывают, что здоровье всего организма, иммунитет напрямую зависят от здоровья органов пищеварения и в первую очередь желудка.

Цель: изучить этиологию, патогенез, методы диагностики и лечения заболеваний желудка.

У обучающегося должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (далее-ПК):

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки,

стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

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-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

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

профилактическая деятельность:

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

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

- 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;
- 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;

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

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;

• 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, проведением премедикации;

• методикой организации рабочего места в операционной;

• хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранение патологического состояния пациента;

• методикой гемостаза при повреждениях магистральных и периферических сосудов;

• методикой определения необходимости продленного наблюдения и интенсивной терапии в послеоперационном периоде и показаний к нахождению больного в отделении (палате) интенсивной терапии (реанимации), до перевода в это отделение обеспечением необходимой интенсивной терапии и наблюдением за больным;

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

• 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;

• интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);

- ушивания перфоративной язвы желудка;
- резекции желудка по Бильрот-II в одной из модификаций;
- диагностической лапароскопия (на тренажере);
- лапаротомии, ревизии органов брюшной полости при травме;
- определение группы и видовой принадлежности крови, внутривенное переливание крови;
- постановка желудочного зонда;
- определение кровопотери по удельному весу, гемоглобину и гематокриту;
- промывание желудка.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ 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	Основы видеоэндоскопической хирургии	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
4.2	Основы робототехники	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.3	Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и ДПК	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
4.4	Диагностика и лечение осложнений оперативного лечения прободной язвы желудка и ДПК	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.5	Хирургическая тактика при прободной язве желудка и ДПК	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.6	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
4.7	Желудочно-кишечные кровотечения	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
4.8	Эндоскопические методы лечения острых желудочно-кишечных кровотечений	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.9	Полипы и доброкачественные опухоли желудка	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.10	Эндоскопические методы лечения доброкачественных опухолей желудка	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.11	Рак желудка	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
4.12	Резекция желудка и гастрэктомия	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.13	Постгастррезекционные осложнения	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**26/26**	**10**	**16**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 4 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. ед-	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма кон-троля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма кон-троля
4.1	Основы видеоэндоскопической хирургии	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.2	Основы робототехники	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.3	Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и ДПК	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.4	Диагностика и лечение осложнений оперативного лечения прободной язвы желудка и ДПК	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.5	Хирургическая тактика при прободной язве желудка и ДПК	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.6	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.7	Желудочно-кишечные кровотечения	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.8	Эндоскопические методы лечения острых желудочно-кишечных кровотечений	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.9	Полипы и доброкачественные опухоли желудка	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.10	Эндоскопические методы лечения доброкачественных опухолей желудка	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.11	Рак желудка	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
4.12	Резекция желудка и гастрэктомия	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
4.13	Постгастррезекционные осложнения	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
	ИТОГО	**26/26**	**-**	**16**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 4

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
4.1	Основы видеоэндоскопической хирургии
4.2	Основы робототехники
4.3	Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и ДПК
4.3.1	Диагностика язвенной болезни желудка и ДПК

4.3.2	Лечение язвенной болезни желудка и ДПК
4.4	Диагностика и лечение осложнений оперативного лечения прободной язвы желудка и ДПК
4.4.1	Диагностика осложнений оперативного лечения прободной язвы желудка и ДПК
4.4.2	Лечение осложнений оперативного лечения прободной язвы желудка и ДПК
4.5	Хирургическая тактика при прободной язве желудка и ДПК
4.5.1	Эндоскопические методы лечения
4.5.2	Варианты ушивания прободной язвы
4.6	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
4.6.1	Клиническая картина ГЭРБ
4.6.2	Методы диагностики
4.6.3	Варианты оперативного лечения
4.7	Желудочно-кишечные кровотечения
4.8	Эндоскопические методы лечения острых желудочно-кишечных кровотечений
4.9	Полипы и доброкачественные опухоли желудка
4.9.1	Полипы желудка
4.9.2	Доброкачественные опухоли желудка
4.10	Эндоскопические методы лечения доброкачественных опухолей желудка
4.11	Рак желудка
4.11.1	Распространенность, этиология, патогенез
4.11.2	Классификация
4.11.3	Методы диагностики
4.11.4	Варианты лечения
4.12	Резекция желудка и гастрэктомия
4.12.1	Резекция желудка
4.12.2	Гастрэктомия
4.13	Постгастррезекционные осложнения

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего тестирования:

1. Какие существуют мировые тенденции заболеваемости РЖ?
а) отмечается рост
б) снижение заболеваемости
в) стабильные без изменений

2 . Каков временной интервал, после которого наиболее часто развивается рак культи желудка?
а) 3-5 лет
б) 10-15 лет
в) 15-20 лет

3. Обязательным дооперационным исследованием следует считать:
а) морфологическое
б) ультразвуковое
в) рентгенологическое
г) лабораторное

4. Какой метод диагностики наиболее точно позволяет оценить глубину инвазии опухолью стенки желудка?
а) Фиброгастродуоденоскопия
б) Компьютерная томография
в) Эндосонография
г) Колоноскопия

5. Наиболее характерный путь метастазирования РЖ:
а) гематогенный
б) лимфогенный
в) трансплантационный

6. Какой из методов лечения является «золотым» стандартом радикального лечения злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта?
а) Хирургический метод
б) Химиотерапия
в) Лучевая терапия

7. Какой объем лимфодиссекции, на основании изучения отдаленных результатов хирургического лечения РЖ, считается оптимальным?
а) D1
б) D2
в) D3

8. При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:
а) Сроком с момента прободения
б) Степенью вопалительных изменений брюшины
в) Величиной перфоративного отверстия
г) Локализацией перфоративного отверстия
д) Возрастом больного

9. При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечение язвы 2. Ушивание язвы 3. Резекция желудка 4. Пилоропластики с ваготомией 5. Наложение гастроэнтероанастомоза
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

10. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота 2. Шум плеска над проекцией желудка 3. Наличие чаш Клойбера 4. Отрыжка 5. Похудание
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

11. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином 2. Промывание желудка 3.

Введением растворов электролитов 4. Введение белковых растворов 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния
а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4,5

12. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:
а) Рвота
б) желудочное кровотечение
в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
г) Частый жидкий стул
д) Икота

13. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:
а) Язвы луковици двенадцатиперстной кишки
б) Постбульбарные язвы
в) Язвы малой кривизны желудка
г) Язвы большой кривизны желудка
д) Язвы всех указанных локализаций

14. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются: 1. Перфорации 2. Кровотечение, неостанавливаемое консервативными методами 3. Малигнизация 4. Большая глубина "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании 5. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,3,4,5

15. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:
а) Затеканием содержимого по правому боковому каналу
б) Рефлекторными связями через спиномозговые нервы
в) Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
г) Развивающимся разлитым перитонитом
д) Висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

16. Экстренное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:
а) Остановившееся желудочное кровотечение
б) Перфоративная язва
в) Пенетрирующая язва
г) Стеноз выходного отдела желудка
д) Малигнизированная язва

17. 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

18. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом 2. Хроническим колитом 3. Хроническим аппендицитом 4. Хроническим панкреатитом 5. Мезоаденитом
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

19. К характерным признакам стеноза привратника относятся: 1. Желтуха 2. Шум плеска натощак 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

20. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью является:
а) Двенадцатиперстная кишка
б) Пилорический отдел желудка
в) Малая кривизна желудка
г) Большая кривизна желудка
д) Кардиальный отдел желудка

21. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто возникает:
а) Тахикардия
б) Схваткообразная боль
в) Локализованная, умеренная боль
г) Внезапно возникшая интенсивная боль
д) Жидкий стул

22. Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ являются:
а) Перфорация
б) Малигнизация
в) Пенетрация
г) Кровотечение
д) Переход в хроническую язву

23. 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

24. У больного перфорация дуоденальной язвы , осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить:
а) Резекцию желудка по первому способу Бильрота
б) Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру
в) ушивание язвы, дренирование брюшной полости
г) селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику
д) стволовую ваготомию и пилоропластику

25. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированым 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

26. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, имеются тонические судороги нижних конечностей и потеря сознания. В первую очередь больному показань введение:
а) Раствора глюкозы
б) Инсулина
в) Сердечных гликозидов и мезатона
г) Раствора хлористого натрия и раствора калия
д) Переливание эритромассы

27. Клиническими проявлениями демпинг-синдрома легкой степени являются:
а) Головокружение после приема сладкой пищи
б) Потливость
в) Сердцебиение
г) Слабость
д) Анемия

28. При остром кровотечении первыми изменяются следующие параметры:
а) Ph артериальной крови и СО-2
б) Гемоглобин и гематокрит
в) ЦВД
г) Насыщенность крови кислородом
д) Количество эритроцитов в периферической крови

29. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:
а) Экстренную гастродуоденоскопию
б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
в) Лапароскопию
г) Рентгеноскопию желудка
д) Ангиографию

30. Клиника острой кровопотери возникает при кровотечении объёмом:
а) 250 мл
б)500 мл

в) 1000 мл
г) 1500 мл
д)2000 мл

31. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт кислорода обеспечивает гематокрит не ниже:
а) 20-25%
б) 30%
в) 35%
г) 40%
д) 45%

32. Лечение острой кровопотери на начальных этапах начинают с переливания: 1. Эритромассы 2. Донорской крови 3. Кристаллоидных растворов 4. Коллоидных растворов. Выберите правильный ответ:
а) Верно 1, 2
б) Верно 1, 3
в) Верно 2, 4
г) Верно 2, 3
д) Верно 3, 4

33. 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

34. Назовите самый объективный показатель тяжести кровопотери:
а) Показатели Нв, числа эритроцитов
б) Показатели пульса и артериального давления
в) Бледность кожных покровов
г) Коллапс
д) Дефицит глобулярного объема

35. Достоверным признаком лёгочного кровотечения является:
а) Выделение крови изо рта
б) Кашель с выделением алой пенистой крови
в) Наличие затемнения в легком
г) Наличие экссудата в плевральной полости
д) Наличие крови в бронхах при бронхоскопии

36. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:
а) Применять массивные гемостатические средства
б) Применять гипотензивные средства
в) Вводить малые гемостатические дозы крови
г) Ввести зонд Блэкмора
д) Хирургически прошить кровоточащие сосуды

37. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На

малой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки
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

38. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:
а) При каллезной язве
б) При пенетрирующей язве
в) При поверхностных эрозиях слизистой
г) При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см
д) При рубцующейся язве

39. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода могут быть: 1. Пневмония 2. Трофические изменения слизистой оболочки пищевода 3. Пролежни 4. Гиперсаливация 5. Тиреоидит
а) Верно 1,2,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

40. 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

41. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:
а) Экстренную гастродуоденоскопию
б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
в) Лапароскопию
г) Рентгеноскопию желудка
д) Ангиографию

42. Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ являются:
а) Перфорация
б) Малигнизация
в) Пенетрация
г) Кровотечение
д) Переход в хроническую язву

43. При оценке степени тяжести кровопотери по лабораторным тестам отдается предпочтение:
а) Гематокритному числу
б) Уровню гемоглобина
в) Дефициту ОЦК
г) Дефициту ГО

д) Дефициту ОЦП

44. Больной поступил в клинику с неоднократной 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

45. У больного с дивертикулезом левой половины ободочной кишки развилось профузное кровотечение. Ваша тактика:
а) Удаление кровоточащего дивертикула
б) Левосторонняя гемиколоэктомия
в) Сигмотомия перевязка кровоточащего сосуда
г) Электокоагуляция кровоточащего сосуда
д) Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда

46. У больного с желудочным кровотечением выявлены множественные выступающие над слизистой желудка папуллообразные кровоточащие образования диаметром 0,2-0.3 см . Нарушений со стороны свертывающей системы крови нет. Назовите наиболее вероятное заболевание:
а) эрозивный гастрит
б) гемофилия
в) гемангиоматоз (болезнь Рандю-Ослера)
г) болезнь Менетрие
д) ожог желудка соляной кислотой

47. Операция-эзофагокардиомиотомия показана:
а) При карциноме пищевода
б) При ахалазии пищевода
в) При диафрагмальной грыже
г) При грыже пищеводного отверстия диафрагмы
д) При всем перечисленном

48. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется: 1. Эзофагитом 2. Надрывами слизистой дна желудка 3. Зиянием кардиального жома 4. Эндоскопическая картина решающего значения не имеет 5. Надрывами слизистой гастро-эзофагального отдела
а) Верно 1, 2, 3
б) Верно 2, 3, 4
в) Верно 3, 4, 5
г) Верно 2 и 5
д) Верно 1 и 3

49. 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

50. При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают:
Дробное рациональное питание 2. Возвышенное положение туловища во время сна 3. Нормализацию массы тела при ожирении 4. Диеты с низким содержимым 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

51. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет следующие характерные симптомы: 1. Затрудненное дыхание 2. Рвота 3. Цианоз 4. Анемия 5. Заполненные газом петли кишечника в грудной клетке, выявленные при рентгенологическом исследовании
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,3,4,5

52. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерны: 1. Рефлюкс-эзофагит 2. Ущемление 3. Кровотечение 4. Появление язвы желудка 5. Экстракардиальная стенокардия
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 2,3,4,5

53. Клиническими проявлениями скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:
а) дисфагия
б) частая рвота желудочным содержимым
в) частые изжоги
г) похудание
д) неустойчивый стул

Эталоны ответов:

1) б	14) г	27) д	40) в
2) в	15) а	28) в	41) а
3) а	16) б	29) а	42) г
4) в	17) г	30) в	43) г
5) б	18) д	31) в	44) г
6) а	19) а	32) д	45) б
7) б	20) а	33) в	46) в
8) б	21) г	34) д	47) б
9) д	22) г	35) д	48) д
10) в	23) г	36) г	49) а
11) а	24) в	37) д	50) г
12) в	25) г	38) г	51) г
13) в	26) г	39) д	52) г

53) в

Список литературы:

Основная литература:

1. Бородач А.В. Современная концепция язвенной болезни: насколько она обоснована// Хирургия.- 2013.-№10.- С.38-42.

2. Сажин И.В., Сажин В.П., Нуждихин А.В. Лапароскопическая резекция желудка при язвенной болезни// Хирургия.- 2014.- №4.- С.8-11.

3. Репин В.Н., Костылев Л.М. и др. Хирургическая тактика и причины летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях //Хирургия. - М., 2010, №3, С.27-30.

4. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами //Хирургия. - М., 2009, №3, С.10-16.

5. Ступин В.А. и соавт. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях// Хирургия.- 2013.- № 5.- С. 31-35.

6. Сажин И.В., Сажин В.П., Савельев В.М. Комплексное применение лапароскопической ваготомии при длительно нерубцующихся язвах после гастродуоденальных кровотечений// Хирургия.- 2014.- №3.- С. 3-5.

7. Аксёнов И.В. Экстренные операции на высоте язвенных гастродуоденальных кровотечений (Материалы Пленума правления РОХ «Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта»)// Вестник экспериментальной и клинической хирургии.- 2014.- Прил.1.- С.7.

8. Кириенко А.И. и соавт. Желудочно-кишечное кровотечение как осложнение имплантации кава-фильтра// Хирургия.- 2013.- № 10.- С. 53.

Дополнительная литература:

1. Михайлов, А.Н. Рентгенологическая диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.Н. Михайлов, А.В. Лой, В.Б. Римашевский // Здравоохранение. – 2010. – №8. – С. 30–33

2. Мастыкова, Е.К. Пищевод Барретта в структуре гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: современные представления / Е.К. Мастыкова, М.Р. Конорев, М.Е. Матвеенко // Вестник ВГМУ. – 2010. – Т.9, №4. – С. 65 – 74.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

9.5. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП5 «Хирургические заболевания кишечника».

Пояснительная записка

Актуальность. Несмотря на современные методы пропаганды здорового образа жизни частота встречаемости заболеваний желудочно-кишечного тракта не снижается.

Современные исследования показывают, что здоровье всего организма, иммунитет напрямую зависят от здоровья органов пищеварения.

Цель: изучить этиологию, патогенез, методы диагностики и лечения заболеваний кишечника.

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

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

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-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

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

профилактическая деятельность:

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

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

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

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;
- 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, проведением премедикации;
- методикой организации рабочего места в операционной;

• хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранение патологического состояния пациента;

• методикой определения необходимости продленного наблюдения и интенсивной терапии в послеоперационном периоде и показаний к нахождению больного в отделении (палате) интенсивной терапии (реанимации), до перевода в это отделение обеспечением необходимой интенсивной терапии и наблюдением за больным;

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

• 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;

• интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);

• диагностической лапароскопия (на тренажере);

• лапаротомии, ревизии органов брюшной полости при травме;

• ушивания ран кишечника;

• наложение повязки на рану;

• подкожные, внутримышечные инъекции;

• определение группы и видовой принадлежности крови, внутривенное переливание крови;

• катетеризация мочевого пузыря;

• постановка желудочного зонда;

• определение кровопотери по удельному весу, гемоглобину и гематокриту;

• промывание желудка.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 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	Острая кишечная непроходимость	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
5.2	Спаечная кишечная непроходимость	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
5.3	Дивертикулез кишечника	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
5.4	Видеоассистированная аппендэктомия	4/4	-	2	2	Текущий (тестовый)
5.5	Воспалительные заболевания кишечника – болезнь Крона, НЯК	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)

5.6	Кишечные стомы	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**14/14**	**8**	**4**	**2**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 5 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. еди-	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма конт-троля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма конт-троля
5.1	Острая кишечная непроходимость	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
5.2	Спаечная кишечная непроходимость	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
5.3	Дивертикулез кишечника	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
5.4	Видеоассистированная аппендэктомия	4/4	-	2	2	Текущий (тестовый)	-	-	-
5.5	Воспалительные заболевания кишечника – болезнь Крона, НЯК	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
5.6	Кишечные стомы	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**14/14**	**-**	**4**	**2**	**Промежуточный (тестовый)**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 5

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
5.1	Острая кишечная непроходимость
5.1.1	Клиническая картина
5.1.2	Методы диагностики
5.2	Спаечная кишечная непроходимость
5.2.1	Варианты оперативного лечения
5.3	Дивертикулез кишечника
5.4	Видеоассистированная аппендэктомия
5.5	Воспалительные заболевания кишечника – болезнь Крона, НЯК
5.5.1	Болезнь Крона
5.5.2	Неспецифический язвенный колит
5.6	Кишечные стомы
5.6.2	Хирургические варианты наложения кишечных стом

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего тестирования:

1. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся: 1. Врожденные аномалии кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.) 2. Чрезмерная подвижность органов врожденного или приобретенного характера 3. Наличие спаек, тяжей, сращений 4. Изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза 5. Наличие различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

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

2. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся: 1. Удвоение кишечника 2. Общая брыжейка подвздошной и слепой кишки 3. Ситус висцерус инверзус 4. Мобильный цекум 5. Мегадолихосигма

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

3. Назо-гастро-интестинальная интубация может сопровождаться развитием: 1. Синуситов и отитов 2. Бронхитов и пневмонии 3. Тромбоза легочной артерии 4. Стеноза пищевода и гортани 5. Разрыва варикозно расширенных вен пищевода

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

4. Повышение внутрикишечного давления при острой кишечной непроходимости приводит к: 1. Ухудшению вентиляции легких 2. Дополнительной потере жидкости 3. Дополнительной потере белков и эритроцитов 4. Возникновению мезентериальных тромбозов 5. Развитию функциональной кишечной непроходимости

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

5. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов: 1. Деторсией 2. Сигмопексией 3. Мезосигмопликацией 4. Резекцией сигмовидной кишки 5. Выведением некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

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

6. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает: 1. Одномоментную резекцию жизнеспособной; долихосигмы с наложением анастомоза 2. Одномоментную резекцию некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза 3. Резекцию сигмовидной кишки с наложением колостомы 4. Операцию Гартмана или типа Гартмана 5. Выворачивание омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

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

7. Наибольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место:
а) При спаечной кишечной непроходимости
б) При обтурационной кишечной непроходимости
в) При странгуляционной кишечной непроходимости
г) При паралитической форме динамической кишечной непроходимости
д) При спастической форме динамической кишечной непроходимости

8. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать:
а) С хирургического вмешательства
б) С инфузионной терапии
в) С введения назогастрального зонда
г) С антибиотикотерапии
д) С применения препаратов антихолинэстеразного действия

9. При наличии нежизнеспособной петли кишки, выявленной во время операции, необходимо произвести резекцию приводящей петли, отступая от видимой границы некроза на расстояние:
а) 5-10 см
б) 15-20 см
в) 25-30 см
г) 40-50 см
д) 60-70 см

10. Скорость продвижения метиленового синего по кишечнику составляет:
а) 1 см/мин
б) 5 см/мин
в) 10 см/мин
г) 25 см/мин
д) 15 см/мин

11. Оптимальным для примывания брюшной полости после удаления источника перитонита является объем жидкости:
а) 1-2 литров
б) 4-6 литров
в) 8-12 литров
г) 14-16 литров
д) 18-20 литров

12. Узлообразование чаще наблюдается между:
а) Прямой и тонкой кишкой
б) Нисходящей и сигмовидной кишкой
в) Сигмовидной и тонкой кишкой
г) Петлями тонкой кишки
д) Слепой и тонкой кишкой

13. Наиболее тяжелой клинической формой кишечной непроходимости является:
а) Инвагинация
б) Заворот
в) Узлообразование
г) Ущемленная грыжа
д) Обтурация толстой кишки опухолью

14. Кровавый понос может иметь место при: 1. Язвенном колите 2. Терминальном илеите 3. Дизентерии 4. Острой порфирии 5. Ишемии толстой кишки
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4,5

15. У больного 75 лет с продолжающимся кровотечением, а также тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано:
а) Резекция желудка
б) Прошивание кровтоточащего сосуда
в) клиновидное иссечение язвы желудка
г) термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастроскопа
д) Консервативное лечение

16. У больного с дивертикулезом левой половины ободочной кишки развилось профузное кровотечение. Ваша тактика:
а) Удаление кровоточащего дивертикула
б) Левосторонняя гемиколоэктомия
в) Сигмотомия перевязка кровоточащего сосуда
г) Электокоагуляция кровоточащего сосуда
д) Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда

17. Наиболее часто встречаются дивертикулы:
а) В пищеводе
б) В желудке
в) В двенадцатиперстной кишке
г) в ободочной кишке
д) В тонкой кишке

18. Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен рыхлый инфильтрат с формированием абсцесса. Ваша тактика:
а) Удаление червеобразного отростка, дренирование полости абсцесса
б) Отграничение инфильтрата тампонами и ушивании брюшной полости
в) Дренирование полости абсцесса внебрюшинным доступом
г) Новокаиновая блокада по Школьникову

д) Лапаротомия , дренирование полости абсцесса

19. Предельным сроком консервативной терапии при высоких губовидных свищах является:
а) три недели
б) три месяца
в) нет определенного срока
г) до появления полиорганной недостаточности
д) после ликвидации мацерации кожи вокруг свища

20. Основным недостатком внебрюшинного способа закрытия кишечных свищей является:
а) сложность операции
б) образование послеоперационной грыжи
в) частые рецидивы после операции
г) возможность кровотечения
д) опасность инфицирования брюшной полости

21. Длительное нахождение дренажей в брюшной полости после аппендэктомии приводит к:
а) образованию кишечных свищей
б) кровотечению
в) нагноению раны
г) хроническому колиту
д) хроническому циститу

22. Смена обтураторов при кишечных свищах проводится не реже одного раза:
а) в 3 дня
б) в 5 дней
в) в 10 дней
г) в 14 дней
д) в 20 дней

23. При формировании гепатикоеюноанастомоза длина петли тонкой кишки , выключенной по Ру , должна быть:
а) до 30 см
б) 30-50см
в) 50-70см
г) 70-90см
д) 90-120см

24. Острая непроходимость двенадцатиперстной кишки может быть обусловлена: 1.аневризмой брюшного отдела аорты 2.аневризмой брюшного отдела аорты 3.сдавлением мезентериальными сосудами 4.инвагинацией тощей кишки в двенадцатиперстную 5. головчатым панкреатитом :
а) верно 1,2,3,5
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно1, 2,3,4,5
д) верно 1,2,3,4

25. Причиной рефлекторной паралитической кишечной непроходимости может быть:
а) мерцательная аритмия
б) обострения язвенной болезни желудка
в) компрессионный перелом позвоночника
г) гипертонический криз
д) болезнь Крона

Эталоны ответов:

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

Список литературы:

Основная литература:

1. Ачкасов Е.Е., Алекперов С.Ф., Шкода А.С., Беляев Л.Б., Волков В.С., Крутилина О.В., Калачёв О.А. . Классификация обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Колопроктология. 2009. Т. 3. — С. 17-23.

2. Ansaloni L., Andersson R.E., Bazzoli F., Catena F., Cennamo V., Di Saverio S., Fuccio L., Jeekel H., Leppaniemi A., Moore E., Pinna A.D., Pisano M., Repici A., Sugarbaker P.H., Tuech J.J. Guidelenines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the world society of emergency surgery (WSES) and peritoneum and surgery (PnS) society // World J Emerg Surg. 2010. Т. 5. — С. 29.

3. Cirocchi R., Farinella E., Trastulli S., Desiderio J., Listorti C., Boselli C., Parisi A., Noya G., Sagar J. Safety and efficacy of endoscopic colonic stenting as a bridge to surgery in the management of intestinal obstruction due to left colon and rectal cancer: a systematic review and meta-analysis // Surg Oncol. 2013. Т. 22. № 1. — С. 14-21.

4. Hassan C., Bretthauer M., Kaminski M.F., Polkowski M., Rembacken B., Saunders B., Benamouzig R., Holme O., Green S., Kuiper T., Marmo R., Omar M., Petruzziello L., Spada C., Zullo A., Dumonceau J.M. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline // Endoscopy. 2013. Т. 45. № 2. — С. 142-50.

5. Jimenez Fuertes M., Costa Navarro D. Resection and primary anastomosis without diverting ileostomy for left colon emergencies: is it a safe procedure? // World J Surg. 2012. Т. 36. № 5. — С. 1148-53.

6. Maung A.A., Johnson D.C., Piper G.L., Barbosa R.R., Rowell S.E., Bokhari F., Collins J.N., Gordon J.R., Ra J.H., Kerwin A.J. Evaluation and management of small-bowel obstruction: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline // J Trauma Acute Care Surg. 2012. Т. 73. № 5 Suppl 4. — С. S362-9.

7. Ortiz H., Biondo S., Ciga M.A., Kreisler E., Oteiza F., Fraccalvieri D. Comparative study to determine the need for intraoperative colonic irrigation for primary anastomosis in left-sided colonic emergencies // Colorectal Dis. 2009. Т. 11. № 6. — С. 648-52.

8. Болихов К.В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение). Автореферат канд. мед. наук - М., 2006. - 30с.

9. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии М., 2006. 432 с.

10. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Издательство «Литтерра», 2012, 608 с.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

Дополнительная литература:

1. 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.

2. 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.

3. Richter S., Lindemann W., Kollmar O. et al. One stage sigmoid colon resection for perforated diverticulitis (Hinchey stages III and IV) World J Surg 2006;30:1027-1032.

4. Гастроэнтерология. Национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. ГЭОТАР Медиа, 2008. - 754 с.

5. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. Миклош, М. 2008

6. Халиф И.Л. Лечебная тактика при язвенном колите. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2006. Т16. №3. С. 58-62

7. Справочник по колопроктологии под редакцией проф. Ю.А. Шелыгина, проф Л.А. Благодарного: 2012. «Литтерра», с.460-522.

8. Dignass A, et al, Second EUROPEAN evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis, Journal of Crohn's and Colitis (2012)

9. Ford AC, Achkar J-P, Khan KJ, Kane SV, Talley NJ, Marshall JK, et al. Efficacy of 5-aminosalicylates in ulcerative colitis: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2011;106:601-16.

10. Burns EM, Bottle A, Aylin P, Clark SK, Tekkis P, Darzi A, et al. Volume analysis of outcome following restorative proctocolectomy. Br J Surg 2011;98:408-17

11. Holubar SD, Larson DW, Dozois EJ, Pattana-Arun J, Pemberton JH, Cima RR. Minimally invasive subtotal colectomy and ileal pouch-anal anastomosis for fulminant ulcerative colitis: a reasonable approach? Dis Colon Rectum 2009;52:187-92.

12. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии, Издательство «Литерра», 2012., С. 538-596.

13. Манихас Г.М. Амбулаторно-стационарная реабилитация больных с колостомой. Дисс. докт. мед. наук. - М., 2006.

14. Renzulli P, Candinas D. Intestinal stomas--indications, stoma types, surgical technique.Ther Umsch. 2007 Sep; 64(9):517-27)

15. Colwell, J. C. & Gray, M. (2007). Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 34(5), 492-496.

9.6. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП6

«Хирургические заболевания печени и желчных ходов».

Пояснительная записка

Актуальность. Заболевания печени и желчного пузыря представляют большой раздел патологии, с которым сталкиваются врачи многих специальностей (инфекционисты, терапевты, хирурги). Образование и выделение желчи, нарушение функций желчного пузыря могут сопровождать заболевание печеночной паренхимы, а также вызывать вторично ее повреждение. В последние годы отмечается рост заболеваемости печени вирусной этиологии, опасных в большей степени своими осложнениями.

Цель: Усвоить этиопатогенетические факторы заболеваний печени, желчевыводящих путей.

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

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

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-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

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

профилактическая деятельность:

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

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

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

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.

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, проведением премедикации;
- методикой организации рабочего места в операционной;
- хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранение 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.

По окончании обучения врач – хирург должен владеть навыками:

- интерпретации результатов эндоскопических диагностических методов исследования;
- интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);
- интерпретации данных контрастных методов исследования (аортография,коронарография);
- холецистэктомии от дна и от шейки, интраоперационная холангиография при остром холецистите;
- дренирования желчевыводящих путей;
- холецистоеюноанастомоза;
- диагностической лапароскопия (на тренажере);
- лапаротомии, ревизии органов брюшной полости при травме;
- ушивания ран печени;
- наложение повязки на рану;
- подкожные, внутримышечные инъекции;
- определение группы и видовой принадлежности крови, внутривенное переливание крови.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 6 (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
6.1	Доброкачественные опухоли печени	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
6.2	Злокачественные опухоли печени	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
6.3	Пункционные малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
6.4	Портальная гипертензия	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
6.5	Эндоскопические вмешательства при лечении желчекаменной болезни	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)

6.6	Острый холецистит	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
6.7	Видеолапароскопическая холецистэктомия	6/6	-	2	4	Текущий (тестовый)
6.8	Постхолецистэктомический синдром	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
6.9	Дифференциальная диагностика постхолецистэктомического синдрома	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**22/22**	**8**	**10**	**4**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 6 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. ед-	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма кон-троля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма кон-троля
6.1	Доброкачественные опухоли печени	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
6.2	Злокачественные опухоли печени	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
6.3	Пункционные малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем	2/2	-	-	-		2	-	Текущий (тестовый)
6.4	Портальная гипертензия	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
6.5	Эндоскопические вмешательства при лечении желчекаменной болезни	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
6.6	Острый холецистит	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
6.7	Видеолапароскопическая холецистэктомия	6/6	-	2	4	Текущий (тестовый)	-	-	-
6.8	Постхолецистэктомический синдром	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
6.9	Дифференциальная диагностика постхолецистэктомического синдрома	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
	ИТОГО	**22/22**	**-**	**10**	**4**	**Промежуточный (тестовый)**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 6

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
6.1	Доброкачественные опухоли печени
6.1.1	Доброкачественные опухоли печени

6.1.2	Кисты печени
6.2	Злокачественные опухоли печени
6.3	Пункционные малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем
6.4	Портальная гипертензия
6.5	Эндоскопические вмешательства при лечении желчекаменной болезни
6.5.1	Ретроградная холангиопакреатография
6.6	Острый холецистит
6.6.1	Лапароскопическая холецистэктомия
6.6.2	Дренирование желчных путей
6.7	Видеолапароскопическая холецистэктомия
6.7.1	Предоперационная подготовка пациента
6.7.2	Алгоритм выполнения оперативного вмешательства
6.8	Постхолецистэктомический синдром
6.8.1	Медикаментозное лечение
6.8.2	Варианты оперативного лечения
6.9	Дифференциальная диагностика постхолецистэктомического синдрома

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего контроля:

1. В каких регионах наиболее часто встречается рак печени?
   a) а) В США и Канаде
   b) В странах Латинской Америки
   c) В странах Азии и Африки
   d) В европейских странах
   e) В России

2. Какая классификация наиболее полно отражает многообразие новообразований печени?
   a) По размерам опухоли
   b) Гистогенетическая
   c) Морфологическая
   d) По локализации опухоли
   e) Эмбриогенетическая

3. Назовите наиболее исчерпывающий перечень групп новообразований печени.
   a) Доброкачественные, злокачественные опухоли, опухолеподобные образования
   b) Гемангиомы, кисты, метастатические опухоли
   c) Псевдоопухоли, кисты, солидные опухоли
   d) Эпителиальные, неэпителиальные, жидкостные
   e) Внутриорганные, внеорганные, смешанные

4. Какие доброкачественные опухоли чаще других встречаются в печени?
   a) Ангиолипома
   b) Лейомиома
   c) Феохромоцитома
   d) Гибернома
   e) Гемангиома

5. Какие злокачественные опухоли поражают печень чаще других?
   a) Метастатические опухоли
   b) Первичный рак печени
   c) Холангиокарцинома
   d) Цистоаденокарцинома

e) Саркома

6. Какой метод диагностики является решающим для подтверждения злокачественного поражения печени.
   a) УЗИ
   b) КТГ
   c) УЗИ и МРТ
   d) Гистологическая верификация
   e) Ангиография

7. Химиоэмболизация артерий печени показана при:
   a) Злокачественных новообразованиях печени
   b) Злокачественных и доброкачественных новообразованиях
   c) Сосудистых мальформациях печени
   d) Колоректальном раке
   e) Болезни Кароли

8. Укажите метод навигации для наименее инвазивной методики РЧА опухоли печени.
   a) КТГ и МРТ
   b) Лапароскопия
   c) Лапаротомия
   d) УЗИ
   e) Видеолапароскопия

9. Какой метод лечения кист печени является наименее инвазивным из перечисленных?
   a) Лапаротомия с анатомической резекцией печени
   b) Видеолапароскопическая краевая резекция печени
   c) Видеолапароскопическая фенестрация кисты
   d) Пункционно-дренирующий под контролем УЗИ со склерозированием полости
   e) Радиочастотная аблация кисты

10. При выполнении чрескожной чрезпеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения: 1. Кровотечение 2. Желчеистечение 3. Повреждение полового органа с последующим развитием перитонита 5. Все перечисленные Выберите правильный ответ:
    a) Верно 1, 2, 3, 4
    b) Верно 2, 3, 4, 5
    c) Верно 1, 3, 4, 5
    d) Верно 2, 3, 4
    e) Верно 1, 2, 3, 4, 5

11. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:
    a) Острый панкреатит
    b) Механическая желтуха
    c) Хронический панкреатит
    d) Наличие конкрементов в панкреатических протоках
    e) Холедохолитиаз

12. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:
    a) Пероральная холецистография
    b) Внутривенная холецистохолангиография
    c) Ретроградная холангиография

d) Сцинтиграфия печени
e) Прямая спленопортография

13. Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедоходуоденальный свищ является:
a) ФГДС
b) Обзорная Рентгенография брюшной полости
c) Пероральная холецистография
d) Внутривенная холеграфия
e) Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью

14. Непосредственной причиной повреждения магистральных желчных протоков могут быть: 1. Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков 2. Воспалительно-инфильтративные изменения в области печеночно-двенадцатиперстной связки 3. Технические и тактические ошибки хирургов 4. Исследование протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами 5. Пальпаторное исследование протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем
a) Верно 2,3,4,5
b) Верно 1,2,4,5
c) Верно 1,3,4,5
d) Верно 1,2,3,4,5
e) Верно 1,2,3,4

15. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде к тяжелым осложнениям: 1. Ограниченному или разлитому желчному перитониту 2. Образованию подпеченочных гнойников 3. Развитию наружного желчного свища 4. Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии 5. Развитию поддиафрагмального абсцесса
a) Верно 1,2,3,4
b) Верно 1,3,4,5
c) Верно 2,3,4,5
d) Верно 1,2,3,5
e) Верно 1,2,3,4,5

16. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно: 1. Ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой 2. Сшив проток на Т-образном дренаже 3. Сшив проток на Г-образном дренаже 4. Наложив билиодигестивный анастомоз 5. Наложив холецисто-гастроанастомоз
a) Верно 1,2,3,5
b) Верно 1,3,4,5
c) Верно 2,3,4,5
d) Верно 1,2,4,5
e) Верно 1,2,3,4

17. 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

18. 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

19. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимоть, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и:
    a) Слепой кишкой
    b) Малой кривизной желудка
    c) Двенадцатиперстной кишкой
    d) Тощейкишкой
    e) Ободочной кишкой

20. Свежее повреждение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде диагностируется с помощью:
    a) чрезкожной чреспеченочной холангиографии
    b) ретроградной панкреато-холангиографии
    c) ретроградной панкреато-холангиографии+чрезкожной чреспеченочной холангиографии
    d) фистулохолангиографии
    e) УЗИ

21. Пересечение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
    a) механической желтухой
    b) икотой
    c) гнойным холангитом
    d) желчеистечением
    e) рвотой желчью

22. Перевязка внепеченочных желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
    a) желчным перитонитом
    b) лихорадкой
    c) желчеистечением
    d) механической желтухой
    e) панкреонекрозом

23.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

24. 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

25. Показанием к одномоментному двойному дренированию желчных протоков является:
a) холедохолитиаз
b) хронический головчатый панкреатит
c) поликистоз печени
d) дистальная рубцовая стриктура гепатикохоледоха до 1.0см
e) дистальная рубцовая стриктура гепатикохоледоха более чем 1,5см

26. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют:
a) о холедохолитиазе
b) о сальмонеллезе желчного пузыря
c) о внутренней желчной фистуле
d) о желудочно-толстокишечной фистуле
e) о холецистите

27. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:
a) Острый панкреатит
b) Механическая желтуха
c) Хронический панкреатит
d) Наличие конкрементов в панкреатических протоках
e) Холедохолитиаз

28. Для распознавания причин механической желтухи используется:
a) Пероральная холецистография
b) Внутривенная холецистохолангиография
c) Ретроградная холангиография
d) Сцинтиграфия печени
e) Прямая спленопортография

29. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано:
a) При остром деструктивном холецистите
b) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря
c) При ненадежном гемостазе ложа желчного пузыря
d) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря
e) Тампон не ставят

30. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде к тяжелым осложнениям: 1. Ограниченному или разлитому желчному перитониту 2. Образованию подпеченочных гнойников 3. Развитию наружного желчного свища 4. Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии 5. Развитию поддиафрагмального абсцесса
a) Верно 1,2,3,4
b) Верно 1,3,4,5
c) Верно 2,3,4,5
d) Верно 1,2,3,5
e) Верно 1,2,3,4,5

31. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно: 1. Ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой 2. Сшив проток на Т-образном дренаже 3. Сшив проток на Г-образном дренаже 4. Наложив холедоходуоденоанастомоз 5. Наложив холецисто-гастроанастомоз
    a) Верно 1,2,3,5
    b) Верно 1,3,4,5
    c) Верно 2,3,4,5
    d) Верно 1,2,4,5
    e) Верно 1,2,3,4

32. У больного с холедохолитиазом могут возникнуть следующие осложнения: 1. Холангит 2. Обтурационная желтуха 3. Рубцовые изменения протока 4. пролежни стенки простока 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

33. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:
    a) Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
    b) Наложить холедоходуоденоанастомоз
    c) После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
    d) Вскрыть холедох и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток
    e) Наложить холедохоэнтероанастомоз

34. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является:
    a) Диетическое
    b) Медикаментозное
    c) Хирургическое лечение
    d) Санаторно-курортное
    e) Лечение минеральными водами

35. 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

36. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Правильная лечебная тактика:
    a) Диетотерапия, применение спазмолитиков
    b) Санаторно-курортное лечение
    c) Плановое хирургическое лечение
    d) Лечение сахарного диабета и стенокардии
    e) Хирургическое лечение только по витальным показаниям

37. Способ выбора для распознавания механической желтухи:

a) Пероральная холецистография
b) Внутривенная холецистохолангиография
c) Ретроградная (восходящая) холангиография
d) Сцинтиграфия печени
e) Прямая спленопортография

38. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:
a) С желчно-каменной болезнью
b) Со стенозирующим папиллитом
c) С забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
d) С псевдотуморозным панкреатитом
e) С опухолью головки поджелудочной железы

39. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и:
a) Слепой кишкой
b) Малой кривизной желудка
c) Двенадцатиперстной кишкой
d) Тощей кишкой
e) Ободочной кишкой

40. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается:
a) С острым холециститом
b) С желчно-каменной болезнью
c) Со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта
d) С раком желчного пузыря
e) С хроническими неспецифическими заболеваниями легких

41. Во время операции по поводу острого холецистита обнаружен выпот с примесью желчи, желчное пропитывание гепатодуоденальной связки и шейки желчного пузыря. Причина этих изменений:
a) Деструктивный холецистит
b) Ферментаривный холецистит
c) Хронический панкреатит
d) Перфорация пилородуоденальной язвы
e) Гнойный холангит

42. Частичное удаление желчного пузыря с электрокоагуляцией оставшейся слизистой (операция мукоклазия по Прибраму) показано при:
a) Гангренозном холецистите
b) Перивезикальном асбцессе
c) Синдроме Мириззи
d) Плотном паравезикальном инфильтрате
e) Атипичном расположении желчных протоков

43. Пересечение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
a) механической желтухой
b) икотой
c) гнойным холангитом
d) желчеистечением
e) рвотой желчью

44. Перевязка внепеченочных желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
    a) желчным перитонитом
    b) лихорадкой
    c) желчеистечением
    d) механической желтухой
    e) панкреонекрозом

45. Удлинение протромбинового времени при желтухе не удается корригировать 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

46. Наиболее частой причиной портальной гипертонии у взрослых является:
    a) тромбоз селезеночной или воротной вены
    b) опухолевые поражения печени
    c) цирроз печени
    d) легочная или сердечно-сосудистая недостаточность
    e) синдром Бадд-Хиари

47. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно выявить с помощью:
    a) лапароскопии
    b) пневмомедиастинографии
    c) ангиографии печени
    d) рентгеноскопии пищевода и желудка
    e) динамической гепатобилиосцинтиографии

48. Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:
    a) увеличение вязкости крови
    b) снижение активности крови
    c) снижение давления в системе воротной вены
    d) активация процесса перехода протромбина в тромбин
    e) снятия спазма вен портальной системы

49. Какие осложнения вызывает портальная гипертензия?
    a) асцит
    b) варикозное расширение вен пищевода и желудка.
    c) расширение вен передней брюшной стенки.
    d) расширение геморроидальных вен.
    e) верно все перечисленное.

50. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:
    a) применять массивные гемостатические средства
    b) применять гипотензивные средства
    c) вводить малые гемостатические дозы крови

d) ввести зонд Блэкмора
e) хирургически прошить кровоточащие сосуды

51. К наиболее частыми причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся: 1. Опухоли гепатопанкреатодуоденальной области 2. Стеноз большого дуоденального сосочка 3. Холедохолитиаз 4. Дуоденальная гипертензия 5. Глистная инвазия
a) верно 1,2,4,5
b) верно 1,2,3,4,5
c) верно 2,3,4,5
d) верно 1,2,3,5
e) верно 1,2,3,4

52. Показания к операции при внепеченочной портальной гипертензии складываются из наличия: 1. Спленомегалии 2. Высокого портального давления 3. Лейкопении, трмбоцитопении 4. Кровоточивости слизистой оболочки 5. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и кардии
a) верно 1,2,3,4
b) верно 1,3,4,5
c) верно 2,3,4,5
d) верно 1,2,3,5
e) верно 1,2,3,4,5

53. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода могут быть: 1. Пневмония 2. Трофические изменения слизистой оболочки пищевода 3. Пролежни 4. Гиперсаливация 5. Тиреоидит
a) верно 1,2,4,5
b) верно 1,3,4,5
c) верно 1,2,3,4,5
d) верно 2,3,4,5
e) верно 1,2,3,4

54. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять:
a) на 6-10 часов
b) на 12-18 часов
c) на 1-8 суток
d) на 9-12 суток
e) на 13-15 суток

55. Основными показаниями для наложения портокавального анастомоза является:
a) цирроз печени
b) асцит
c) кровотечение из вен пищевода
d) портальная энцефалопатия
e) рецидивирующая желтуха

56. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является:
a) интермитирующая лихорадка
b) общая слабость
c) спленомегалия
d) кровоточивость слизистой оболочки носа

e) маточные кровотечения

Эталоны ответов:

1) c	15) d	29) c	43) d
2) b	16) e	30) d	44) d
3) a	17) e	31) e	45) d
4) e	18) d	32) e	46) c
5) a	19) c	33) d	47) d
6) d	20) b	34) c	48) c
7) a	21) d	35) d	49) e
8) d	22) d	36) c	50) d
9) d	23) e	37) c	51) d
10) e	24) d	38) c	52) d
11) a	25) e	39) c	53) e
12) c	26) c	40) b	54) c
13) e	27) a	41) b	55) c
14) d	28) c	42) d	56) c

Список литературы:

Основная литература:

1. Шаповальянц С.Г. и соавт. Хирургическая тактика лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, у больных с измененной анатомией билиодуоденальной области// Хирургия.-2011.-№10.-С.35-38.

2. Никольский В.И. и соавт. Чрескожные чреспеченочные вмешательства при билиарной гипертензии// Хирургия.- 2013.- №10.- С.72-76.

3. Гальперин Э.И., Котовский А.Е., Момунова О.Н. Темп декомпрессии желчных протоков при механической желтухе// Хирургия.- 2011.- № 8.- С. 33-40.

4. Алиев Ю.Г. и соавт. Холецистэктомия из минидоступа у больных калькулёзным холециститом// Хирургия.- 2013.- №11.- С.32

5. Никольский В.И. и соавт. Чрескожные чреспечёночные вмешательства при билиарной гипертензии// Хирургия.- 2013.- №10.- С. 72

6. Needle-knife sphincterotomy as a precut procedure: A retrospective evaluation of efficacy and complications /W. Bruins Slot, M.N. Schoeman, J.A. Disario et al. //Endoscopy.- 1996.- 28.- P. 334-339.

7. Ерамишанцев А. К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка// Анн.хир.гепатол.- 2007.-Т.12,№ 2.- С.8-16.

8. Шерцингер А.Г. и соавт. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных портальной гипертензией// Хирургия.- 2013.- № 2.- С. 30-34.

9. Альперович Б.И. Хирургия печени. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с.

10. Руководство по хирургии желчных путей. 2 е изд. Под редакцией Гальперина Э.И., Ветшева П.С. - М.: Издательский дом Видар М, 2009. - 568 с.

11. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. - М.: Практическая медицина, 2011. - 311 с.

Дополнительная литература:

1. 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.

2. Израилов Р.Е., Алиханов Р.Б., Хатьков И.Е. и др. Лапароскопические симультанные обширные резекции печени и резекции толстой кишки: можно ли выполнять безопасно //Эндоскопическая хирургия. – 2014 - № 1. — С. 171-172.

3. Александров К.Р., Вишняков Д.В., Уткин Д.И. и др. Лапароскопические операции

при метастазах колоректального рака в печень //Эндоскопическая хирургия. – 2014 - № 1. — С. 10-1.

4. Constantine Ch. Karaliotas, Christoph E. Broelsch, Nagy A. Habib (Eds.)
5. Liver and Biliary Tract Surgery – SpringerWienNewYork, 2006. – 638 с.
6. Iwatsuki S., Esquivel C, Gordon R., Starzl T.E. Liver resection for metastatic colorectal cancer // Surgery, 2010- Vol. 100.- N4.- P. 804-810.
7. Korpan N.ed.Basix of Cryosurgery. — Wien, New York: Springer, 2009.

9.7. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП7 «Заболевания поджелудочной железы».

Пояснительная записка

Актуальность. Наиболее уязвимой из всех органов пищеварения является поджелудочная железа. Диагностика заболеваний поджелудочной железы непростая задача даже для опытного специалиста.

Цель: Усвоить этиопатогенетические факторы заболеваний поджелудочной железы.

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

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

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-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

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

профилактическая деятельность:

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

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

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

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.

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, проведением премедикации;
- методикой организации рабочего места в операционной;
- хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранение патологического состояния пациента;
- методикой диагностики на основании клинических и лабораторных данных нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, проводить коррекцию их нарушений.

По окончании обучения врач – хирург должен владеть навыками:

- интерпретации результатов эндоскопических диагностических методов исследования;
- интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);
- интерпретации данных контрастных методов исследования (аортография,коронарография);
- дренирования сальниковой сумки при остром панкреатите, рассечение капсулы поджелудочной железы;
- холецистэктомии от дна и от шейки, интраоперационная холангиография при остром холецистите;
- дренирования желчевыводящих путей;
- холецистоеюноанастомоза;
- диагностической лапароскопия (на тренажере);
- лапаротомии, ревизии органов брюшной полости при травме;
- ушивания ран печени;
- наложение повязки на рану;
- подкожные, внутримышечные инъекции;
- определение группы и видовой принадлежности крови, внутривенное переливание крови.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 7 (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
7.1	Методы диагностики заболеваний поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.2	Острый панкреатит	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
7.3	Интенсивная терапия острого панкреатита	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.4	Хронический панкреатит	2/2	**2**	-	-	Текущий (тестовый)
7.5	Ретроградная холангиопанкреатография	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.6	Кисты поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.7	Дренирующие операции при кистах поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.8	Опухоли поджелудочной железы	2/2	**2**	-	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**16/16**	**6**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 7 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
7.1	Методы диагностики заболеваний поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
7.2	Острый панкреатит	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.3	Интенсивная терапия острого панкреатита	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
7.4	Хронический панкреатит	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
7.5	Ретроградная холангиопанкреатография	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
7.6	Кисты поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-

7.7	Дренирующие операции при кистах поджелудочной железы	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
7.8	Опухоли поджелудочной железы	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**16/16**	**-**	**10**	**-**	**Промежу-точный (тестовый)**	**6**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 7

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
7.1	Методы диагностики заболеваний поджелудочной железы
7.2	Острый панкреатит
7.2.1	Классификация
7.2.2	Медикаментозное лечение
7.3	Интенсивная терапия острого панкреатита
7.4	Хронический панкреатит
7.5	Ретроградная холангиопанкреатография
7.5.1	Особенности подготовки больного
7.5.2	Методы выполнения процедуры
7.6	Кисты поджелудочной железы
7.7	Дренирующие операции при кистах поджелудочной железы
7.7.1	Методика дренирования кист под УЗ-контролем
7.8	Опухоли поджелудочной железы

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего контроля:

1. Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать: 1. Обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки 2. Деформацию двенадцатиперстной кишки 3. Стеноз двенадцатиперстной кишки 4. Стойкий парез кишечника 5. Прорастание опухоли в головку поджелудочной железы

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

2. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть: 1. Дуоденостаз 2. Стеноз сфинктера Одди 3. Проявление аллергии 4. Заброс желчи в панкреатический проток 5. Инфекционные заболевания (гепатиты)

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

3. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения: 1. Абсцесс поджелудочной железы 2. Флегмона забрюшинной клетчатки 3. Ферментативный перитонит 4. Острая сердечная недостаточность 5. Обтурационная кишечная непроходимость

а) Верно 1,2,3,4,5

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

4. Абдоминизация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует:
а) Ограничению патологического процесса в брюшной полости
б) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
в) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
г) Улучшению кровоснабжения железы
д) Уменьшению активности протеолитических ферментов

5. Ингибиторы протеаз обладают следующими свойствами:
а) Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы
б) Блокирует аутокаталитическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
в) Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
г) Купируют процессы кининообразования
д) Улучшает кровоснабжение поджелудочной железы

6. При выведении больного из панкреатогенного шока должы осуществлятся все указанные мероприятия: 1. Необходимость купировать болевой синдром 2. Восполнение объема циркулирующей крови 3. Назначение больших доз антибиотиков 4. Проведение комплексной детоксикации 5. Лечение нарушения сокартительной функции миокарда
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,3,4,5

7. 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
а) Верно 1,2,4,5
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

8. При остром панкреатите наибольшее количество активированных панкреатических ферментов содержится:
а) В артериальной крови
б) В венозной крови
в) В экссудате брюшной полости
г) В лимфе
д) В моче

9. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:
а) Беременность

б) Хронический холецистит
в) Алкоголизм
г) Травма живота
д) Применение кортикостероидов

10. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет:
а) 16 единиц
б) 32 единицы
в) 64 единицы
г) 128 единиц
д) 256 единиц

11. Для течения жирового панкреонекроза характерно: 1. Образование постнекротического инфильтрата 2. Изолированный пневмотоз поперечно-ободочной кишки 3. Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости 4. Положительный симптом Воскресенского 5. Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника
а) 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

12. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить:
а) Купирование болевого синдрома
б) Снятие спазма сфинктера Одди
в) Ускорение секвестрации ткани поджелудочной железы
г) Уменьшение секреторной активности и отека поджелудочной железы
д) Инактивизация протеаз в крови и детоксикацию

13. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:
а) Травма живота
б) Применение кортикостероидов
в) Алкоголизм
г) Хронический холецистит
д) Цирроз печени

14. Развитие токсемии при остром панкреатите обусловливается: 1. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных полипептидов 2. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных липидов 3. Попаданием в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов 4. Активированием калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови 5. Наличие высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении
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

15. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является:
а) Эзофагит, вызванный попаданием трипсина
б) Рецидив кисты

в) Послеоперационное кровотечение
г) Инфекция
д) Злокачественное перерождение

16. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является:
а) Медикаментозное лечение
б) Марсупилинизация
в) Резекция тела поджелудочной железы
г) Лучевая терапия
д) Иссечение кисты

17. В лечении кист поджелудочной железы нередко нередко практикуется наложение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является:
а) Цистогастростомия
б) Цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
в) Цистоеюностомия на отключенной петле
г) Цистостомия
д) Цистодуоденостомия

18. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен: 1. Канцероматоз брюшины 2. Нарушением портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень 3. Сдавлением воротной вены опухолью 4. Тромбозом воротной вены опухолью 5. Спленомегалией
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

19. У больного раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью возникает: 1. Болей в верхнем отделе живота 2. Нарушения переваривания пищи 3. Кишечных расстройств 4. Похудания 5. Исчезновение сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли
а) Верно 1,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4

20. При формировании наружного панкреатического свища показано:
а) иссечение свища
б) наложение анастомоза между свищом и тонокой кишкой
в) резекция поджелудочной железы
г) консервативная терапия, направленная на угнетение эндокринной функции поджелудочной железы (5-фторурацил, рибонуклеаза, соматостатин), жировая диета
д) пломбировка свища

21. Главным источником интоксикации при остром панкреатите в первом периоде заболевания является:
а) кининовый "взрыв"
б) феномен"уклонения ферментов"
в) значительное повышение активности апуд-системы

г) выброс простогландинов
д) отек брыжейки ободочной кишки

22. Нарушение гемодинамики при остром панкреатите в первой фазе обусловлено:
а) атоксической дилатацией сосудов
б) резким повышением емкости портальной системы
в) повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межуточное пространство
г) сердечной недостаточностью
д) перегрузкой правого сердца

23. Для снятия болевого синдрома при остром панкреатите можно применять:1.введение баралгина и его аналогов 2.введение промедола, дипидолора. 3. выполнение различных новокаиновых блокад.4.введение морфина, фентанила.5. продленная перидуральная блокада.
а) верно 1,2,3,4
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 1,2,3,5
д) верно 1,2,3,4,5

24. Абдоминизация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует: 1.органичению патологического процесса в брюшной полости 2.прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство 3.прекращению поступления ферментов и продуктов паспада в брыжейку толстой и тонкой кишки 4.улучшению кровоснабжения железы 5.уменьшению активности протеолитических ферментов
а) верно 1,2,3,5
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 1,2,3,4,5
д) верно 1,2,3,4

25. При отечной форме панкреатита во время лапароскопии можно обнаружить все следующие признаки , за исключением:
а) отека малого сальника и печеночно-двенадцатипестной связки
б) уменьшения в размерах желчного пузыря
в) выбухания стенки желудка кпереди
г) гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости
д) серозного выпота в подпеченочном пространстве

26. Наиболее частой причиной хронического панкреатита является:
а) хронический алкоголизм
б) ЖКБ
в) гиперпаратиреоидизм
г) наследственный фактор
д) травма

Эталоны ответов:

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

13) в	17) в	21) б	25) б
14) д	18) д	22) в	26) а
15) д	19) д	23) г	
16) д	20) г	24) д	

Список литературы:

Основная литература:

1. Кубышкин В.А, Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. М.:Медпрактика-М,2003. 380 с.

2. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов панкреатодуоденальной зоны. М.: Медицина, 2007. 447 с.

3. Кармазановский Г.Г., Федоров В.Д. Компьютерная томография поджелудочной железы и органов забрюшинного пространства. М.: Изд. дом Русский врач, 2002. 358

4. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2008. 949 p.

5. Howard T.J., Krug J.E., Yu J. et al. A margin-negative R0 resection accomplished with minimal postoperative complications is the surgeon's contribution to long-term survival in pancreatic cancer. J. Gastrointest. Surg. 2006; 10: 1338-1345.

6. Lassen K., Coolsen M., Slim K. et al. Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced recovery after surgery (ERAS) Society recommendations. Clin. Nutricion. 2012; 31: 817-830.\

7. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Красногоров В.Б. и др. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечение) Анналы хирургической гепатологии, 2006, т.11, №1, с. 60 – 66

8. Дибиров М.Д., Юанов А.А. Панкреонекроз. Протокол диагностики и лечения. Учебно-методическое пособие. Москва, 2012, с. 366

9. Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовестнов Д.А. и др. Диагностика и лечение острого панкреатита. М., 2013, «ВИДР», с. 382

10. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Будурова М.Д., Алтунин А.И. Панкреонекроз. М., 2007, с.223

11. Международная Ассоциация Панкреатологов (Индия, г.Кочин) – 2012г (Dellinger E.P., Forsmark C.E., Layer P., Levy P., Maravi-Poma E., Petrov M.S., Shimosegawa T., Siriwardena A.K., Uomo G.,Whitcomb D.C., Windsor J.A. Determinant_based classification of acute pancreatitis severity: an international multidisciplinary consultation. Ann. Surg. 2012; 256 (6): 875–880.)

12. Международная рабочая группа по классификации острого панкреатита (Американская коллегия гастроэнтерологов) – 2012г. (Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., Gooszen H.G., Johnson C.D., Sarr M.G., Tsiotos G.G., Vege S.S. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis 2012:revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013; 62 (1): 102–111).

13. Прудков М.И. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению Уральского Федерального округа, Екатеринбург, 2013, с. 23 – 29

14. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Острый панкреатит. Национальное руководство по хирургии. 2009, т.2, с. 196 – 229.

15. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. МИА, 2008, с. 259

16. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. и др. Деструктивный панкреатит. Доказательные методы диагностики и лечения. Методические рекомендации. М., 2008, с. 11

17. Сахно В.Д., Майнулов А.М., Власова Н.В., Бочкарева И.В.Некротический панкреатит, протоколы лечения. Анналы хирургической гепатологии, 2005, т.10, № 1, с. 107 – 112

18. Филимонов М.И., Бурневич С.З. Хирургия панкреонекроза. 80 лекций по хирургии под редакцией В.С. Савельева. М., «Литтера», 2008, с. 447 – 455.

19. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Pancreas. R. Meier.J. Ockenga, M. Pertkiewicz, A. Pap, N. Milinice, J. MacFie, DGEM: C. Loser, V. Keim. Clinical Nutrition (2006) 25, 275-284

20. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Pancreas. L. Gianotti, R. Meier, D.N. Loboc, C. Bassi, C.H.C. Dejonge, J. Ockenga, O. Irtung, J. MacFie. Clinical Nutrition 28 (2009) 428-35

21. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically III Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). Stephen A. McClave, Robert G. Martindale, Vincent W. Vanek, Mary McCarthy, Pamela Roberts, Beth Taylor, Juan B. Ochoa, Lena Napolitano, Gail Cresci, the A.S.P.E.N. Board of Directors and the American College of Critical Care Medicine JPEN J Parenter Enteral Nutr 2009 33: 277-316

22. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. Pancreatology 13 (2013) e1-e15

23. International Consensus Guidelines for Nutrition Therapy in Pancreatitis. Jay M. Mirtallo, Alastair Forbes, Stephen A. McClave, Gordon L. Jensen, Dan L. Waitzberg, Andrew R. Davies and for the International Consensus Guideline Committee Pancreatitis Task Force JPEN J Parenter Enteral Nutr 2012 36: 284

24. Tina Jafari, Awat Feizi, Gholamreza Askari, Aziz A. Fallah. Parenteral immunonutrition in patients with acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. Clin Nutr. 2014 May 28. pii: S0261-5614(14)00139-3. doi: 10.1016/j.clnu.2014.05.008. [Epub ahead of print]

Дополнительная литература:

1. 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.

2. Кригер А.Г., Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г. с соавт. Послеоперационный панкреатит при хирургических вмешательствах на поджелудочной железе. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012; 4: 14-19.

3. Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Вишневский В.А. с соавт. Экстирпация дистальной культи поджелудочной железы при профузном внутрибрюшном аррозионном кровотечении, обусловленным послеоперационным панкреонекрозом. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012; 11: 4-7.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. DeRosa A., Gomez D., Pollock J.G. et al. The radiological management of pseudoaneurysms complicating pancreatitis. JOP. 2012 Nov; 13(6): 660-666.

9. 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.

10. Fankhauser G., Stone W., Naidu S. The minimally invasive management of visceral artery aneurysms and pseudoaneurysms. J Vasc Surg. 2011; 53: 966-970.

11. 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.

12. Tamura R., Ishibashi T., Takahashi S. Chronic pancreatitis: MRCP versus ERCP for quantitative caliber measurement and qualitative valuation. Radiology. 2006; 238: 920-928.

13. 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.

14. 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.

9.8. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 8 «Травмы живота».

Пояснительная записка

Актуальность. Наиболее уязвимой из всех органов пищеварения является поджелудочная железа. Диагностика заболеваний поджелудочной железы непростая задача даже для опытного специалиста.

Цель: Усвоить этиопатогенетические факторы заболеваний поджелудочной железы.

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

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистиче-

ской классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

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

профилактическая деятельность:

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

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

- 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;
- 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;

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

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;

• 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, проведением премедикации;

• методикой организации рабочего места в операционной;

• хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранение патологического состояния пациента;

• методикой гемостаза при повреждениях магистральных и периферических сосудов;

• методикой определения необходимости продленного наблюдения и интенсивной терапии в послеоперационном периоде и показаний к нахождению больного в отделении (палате) интенсивной терапии (реанимации), до перевода в это отделение обеспечением необходимой интенсивной терапии и наблюдением за больным;

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

• 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;

• интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);

• физикальной диагностики при травмах и заболеваниях магистральных сосудов;

• диагностической лапароскопия (на тренажере);

- лапаротомии, ревизии органов брюшной полости при травме;
- спленэктомии;
- ушивания ран печени;
- ушивания ран кишечника;
- выведения одно- и двухствольной сигмостомы;
- вторичной обработки гнойных ран;
- наложение повязки на рану;
- подкожные, внутримышечные инъекции;
- определение группы и видовой принадлежности крови, внутривенное переливание крови;
- катетеризация мочевого пузыря;
- постановка желудочного зонда;
- определение кровопотери по удельному весу, гемоглобину и гематокриту;
- промывание желудка.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 8 (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
8.1	Закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости	2/2	2		-	Текущий (тестовый)
8.2	Инородные тела желудочно-кишечного тракта	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
8.3	Возможности эндоскопии в лечении больных с инородными телами ЖКТ	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**6/6**	**2**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 8 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. ед	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
8.1	Закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости	2/2	-		-	-	2	-	Текущий (тестовый)

8.2	Инородные тела желудочно-кишечного тракта	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
8.3	Возможности эндоскопии в лечении больных с инородными телами ЖКТ	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
	ИТОГО	**6/6**	**-**	**4**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**2**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 8

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
8.1	Закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости
8.1.1	Закрытые повреждения органов брюшной полости
8.1.2	Открытые повреждения органов брюшной полости
8.2	Инородные тела желудочно-кишечного тракта
8.2.1	Инородные тела верхних отделов ЖКТ
8.2.2	Инородные тела нижних отделов ЖКТ
8.3	Возможности эндоскопии в лечении больных с инородными телами ЖКТ

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного и текущего контроля:

1. Показанием к DSC не является:
   a) Гипотензия ниже 90 мм рт ст.;
   b) Гипотермия менее 34 градусов;
   c) ЧСС более 100 уд/мин
   d) Показатель АЧТВ более 60 сек.;
   e) Уровень pH менее 7,2%;

2. V степени тяжести повреждения печени по классификации американской ассоциации хирургов-травматологов 1996г соответствует:
   a) Разрушение паренхимы более чем 50% доли (более 3х сегментов)
   b) Отрыв печени
   c) Центральная гематома с разрывом и кровотечением
   d) Подкапсульная стабильная гематома любого диаметра
   e) Глубина раны более 3 см

3. 2 степени интраабдоминальной гипертензии по классификации, принятой на конференции Всемирного общества по абдоминальному компартмент синдрому 2005г соответствует внутрибрюшное давление:
   a) 21-25 мм. рт.ст.
   b) 16-20 мм. рт.ст.
   c) 5-10 мм.рт.мт
   d) Более 25 мм рт.ст.
   e) 12-15 мм. рт.ст.;

4. Видеолапароскопия при травме органов брюшной полости противопоказана:
   a) пострадавшим с закрытой травмой живота, у которых после комплексной диагностики остались сомнительные показания к хирургическому вмешательству — наличие свободной жидкости в брюшной полости с предполагаемым объёмом менее 500 мл, нечёткие перитонеальные симптомы;
   b) больным с открытой травмой живота при наличии множественных (более пяти) ра-

нений передней брюшной стенки холодным оружием и отсутствии клинических и инструментальных данных о характере этих ранений (проникающие или нет), цель видеолапароскопии — ревизия париетальной брюшины;

c) при невозможности проведения ревизии раневого канала на всём протяжении во время первичной хирургической обработки раны и отсутствии клинических и инструментальных данных за проникающий характер (цель исследования — ревизия париетальной брюшины);

d) при разрыве диафрагмы

e) при доказанном проникающем ранении брюшной стенки без клинических и инструментальных признаков повреждения органов брюшной полости.

5. К средней степени тяжести кровопотери по классификации А.И. Горбашко, 1982 относится показатель:

a) ЧСС – более 100 в 1 минуту
b) Систолическое АД более 110 мм. рт. ст
c) Ht- 25-30%
d) Hb- менее 83 г/л
e) Дефицит глобулярного объема (ГО) до 20%

6. Какой объем кровопотери у больного массой 80 кг, при уровне фактического гематокрита 30% (уровень должного гематокрита 47%):

a) 1000 мл
b) 1500 мл
c) 2000 мл
d) 2500 мл
e) 3000 мл

7. Полное выключение печени из кровообращения возможно на срок не более:

a) 3 мин
b) 5 мин
c) 10 мин
d) 20 мин
e) 30 мин

8. К стандартам оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе не относится:

a) восстановление проходимости дыхательных путей, использование искусственной вентиляции легких
b) остановка кровотечения
c) лабораторно-инструментальная оценка тяжести кровопотери
d) катетеризация вен и быстрое начало противошоковой инфузионной терапии
e) адекватное обезболивание

9. На втором этапе оказания медицинской помощи по принципу DSC не выполняется:

a) дистальная резекция поджелудочной железы сшивающим аппаратом
b) лигирование брыжеечных сосудов, сосудов селезенки и почек.
c) формирование лапаростомы
d) дренирование общего желчного протока
e) восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта

10. Диагностическая лапаротомия не показана:

a) при подозрении на продолжающееся внутрибрюшное кровотечение
b) в случаях, когда нельзя исключить повреждение внутрибрюшных органов у боль-

ного с сочетанной травмой в тяжёлом состоянии, несмотря на детальное обследование, включая УЗИ, лапароцентез, лапароскопию

c) при удовлетворительном состоянии больного, когда активное обследование, выполненное в течение-2-3 ч (включая и специальные методы), не разрешает сомнения о повреждении органов брюшной полости

d) при невозможности проведения ревизии раневого канала на всём протяжении во время первичной хирургической обработки раны и отсутствии клинических и инструментальных данных за проникающий характер

e) при проникающих ранениях, выявленных во время первичной хирургической обработки ран

Эталон ответов:

1) c
2) a
3) b
4) d
5) c
6) c
7) d
8) c
9) e
10) d

Список литературы:

1. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2, 2009г ГЭОТАР-Медиа
2. Клинические рекомендации по травматическим повреждениям органов брюшной полости Кукош М.В., Цыбусова Т.Н., Уфа
3. Гарбузенко Д.В. избранные лекции по неотложной абдоминальной хирургии. /Д В. Гарбузенко – Saarbrucken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH& Co., 2012.
4. Ермолов А.С. Абдоминальная травма: руководство для врачей /А.С. Ермолов М.Ш. Хубутия, М.М. Абакумов – Москва: издательский дом Видар – М. – 2010

9.9. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 9 «Грыжи».

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.

У обучающегося должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (далее-ПК) (см. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва, ФГОС ВО по направлениям ординатуры)**:**

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, пре-

дупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

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-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

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

профилактическая деятельность:

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

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;

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

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;

• 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, проведением премедикации;

• методикой организации рабочего места в операционной;

• хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранение 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;

• интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);

• грыжесечения с грыжепластикой в различных модификациях;

• диагностической лапароскопия (на тренажере);

- лапаротомии, ревизии органов брюшной полости при травме;
- спленэктомии;
- постановка желудочного зонда;
- промывание желудка.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 9 (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
9.1	Грыжевая болезнь	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
9.2	Особенности техники операций при грыжах	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
9.3	Варианты оперативных вмешательств при грыжах передней брюшной стенки	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
9.4	Варианты оперативных вмешательств при ущемленных грыжах	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**8/8**	**2**	**6**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 9 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

од модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма троля кон-	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма троля кон-
9.1	Грыжевая болезнь	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
9.2	Особенности техники операций при грыжах	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
9.3	Варианты оперативных вмешательств при грыжах передней брюшной стенки	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
9.4	Варианты оперативных вмешательств при ущемленных грыжах	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-

	ИТОГО	**8/8**	**-**	**6**	**-**	**Промежу-точный (тестовый)**	**2**	**-**	**Промежут очный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 9

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
9.1	Грыжевая болезнь
9.1.1	Паховые грыжи
9.1.2	Бедренные грыжи
9.1.3	Грыжи белой линии живота
9.1.4	Вентральные грыжи
9.2	Особенности техники операций при грыжах
9.3	Варианты оперативных вмешательств при грыжах передней брюшной стенки
9.4	Варианты оперативных вмешательств при ущемленных грыжах

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного и текущего контроля:
1. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо:
а) Вначале рассечь ущемленное кольцо
б) Вначале рассечь грыжевой мешок
в) Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
г) Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
д) Сделать лапаротомию

2. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются: 1. Острое начало 2. Невправимость грыжи 3. Болезненность грыжевого выпячивания 4. Резкая боль 5. Высокая температура
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

3. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:
а) Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
б) Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
в) Поставить очистительную клизму
г) Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
д) Назначить теплую ванну

4. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области. При ущемлении имеют место боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно больного:
а) Грыжа запирательного отверстия
б) Прямая паховая грыжа
в) Бедренная грыжа
г) Косая паховая грыжа

д) Скользящая грыжа

5. Невправимость грыжи зависит:
а) От спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
б) От спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем
в) От сужения грыжевых ворот
г) От выхождения в нее мочевого пузыря
д) От выхождения в нее слепой кишки

6. Для лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:
а) Бассини, Нестеренко-Салова, Шоулдайса
б)Мартынова
в) Жирара-Спасокукоцкого
г) Руджи-Парлавеччио
д) Ру

7. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние:
а)5-10 см
б)15-20 см
в)25-30 см
г) 35-40 см
д)45-50 см

8. При поступлении больного с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:
а) Наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
б) Выполнение срочной операции
в) Наблюдение
г) Консервативное лечение
д) Вправление грыжи

9. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть:
а) К диафаноскопии и пальпации
б) К пункции
в) К перкуссии
г) К аускультации
д) К пальцевому исследованию прямой кишки

10. Шейка мешка бедренной грыжи расположена:
а) Впереди круглой связки
б) Медиальнее бедренных сосудов
в) Латеральнее бедренных сосудов
г) Позади бедренных сосудов
д) Медиальнее куперовской связки

11. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах:
а) Рихтеровской
б) Косой паховой

в) Скользящей
г) Прямой паховой
д) Пупочной

12. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет следующие характерные симптомы: 1. Затрудненное дыхание 2. Рвота 3. Цианоз 4. Анемия 5. Заполненные газом петли кишечника в грудной клетке, выявленные при рентгенологическом исследовании
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,3,4,5

13. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерны: 1. Рефлюкс-эзофагит 2. Ущемление 3. Кровотечение 4. Появление язвы желудка 5. Экстракардиальная стенокардия
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 2,3,4,5

14. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения: 1. Повреждение сосудов 2. Ранение нервов брюшной стенки 3. Пересечение семявыводящего протока 4. Ранение кишки и мочевого пузыря 5. Ранение матки
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

15. Для скользящей паховой грыжи с выхождением мочевого пузыря не характерно:
а) Наличие болей в надлобковой области
б) Наличие грыжевого выпячивания в паховой области
в) Учащенное мочеиспускание и прерывистость
г) Позывы на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования
д) Наличие положительного симптома Мейо-Робсона

16. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются:
а) Со слизистого слоя
б) с подслизистого слоя
в) с мышечного слоя
г) с субсерозного слоя
д) с серозного слоя

17. К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся:
а) Бедренные
б) Косые паховые
в) Пупочные
г) Грыжи белой линии живота

д) Прямые паховые

18. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят:
а) в приводящей петле
б) в отводящей петле
в) в приводящей и отводящей петле в равной степени
г) в сегменте брыжейки ущемленной кишки
д) На всем протяжении

19. Бедренная грыжа характеризуется: 1. Небольшими размерами 2. Частым ущемлением 3. Опусканием в мошонку 4. Расположением ниже пупартовой связки 5. Выхождением через паховый канал
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

20. При поступлении в больницу больного с ущемленной паховой грыжей первыми мероприятиями должны быть:
а) Срочное оперативное вмешательство
б) Теплая ванна с целью возможного спонтанного вправления
в) Введение спазмолитиков для более легкого вправления грыжи
г) Назначение анальгетиков и спазмолитиков
д) Насильственное вправление с последующим наблюдением в условиях стационара

21. Первоочередными мероприятиями при ущемленной многочасовой давности паховой грыжи являются:
а) Назначение анальгетиков и спазмолитиков для облегчения вправления грыжи
б) Применение общей теплой ванны
в) Вправление грыжи
г) Проведение срочного оперативного лечения
д) Выполнение предоперационной подготовки в течение 2-3 часов с последующей операцией

22. При наличии нежизнеспособной петли кишки, выявленной во время операции, необходимо произвести резекцию приводящей петли, отступая от видимой границы некроза на расстояние:
а)5-10 см
б)15-20 см
в)25-30 см
г) 40-50 см
д)60-70 см

23. Показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:
а) Появление перитонеальных признаков
б) Исчезновение грыжевого выпячивания
в) Дизурические явления
г) Повышение температуры
д) Наличие болевого синдрома в области грыжевых ворот

24. При Рихтеровском ущемлении с некрозом стенки кишки наиболее приемлемым вариантом операции является:
а) Резекция кишки
б) Клиновидное иссечение некротического участка
в) Погружении участка некроза однорядным шелковым швом
г) Погружении некротизированного участка 2-х рядным швом
д) Выведение кишки наружу

25. Основными признаками жизнеспособности кишки при ущемленной грыже являются:
а) Перистальтика кишечной стенки
б) Пульсация сосудов брыжейки
в) Серозная оболочка блестящая, тёмно-вишнёвого цвета
г) Розовый цвет кишечной стенки, блеск серозной оболочки, сохранение пульсации сосудов брыжейки и перистальтики кишечной стенки
д) Блестящая серозная оболочка, сохранена перистальтика кишечной стенки

26. При трудностях дифференцирования пахового лимфаденита от ущемленной бедренной грыжи, производится:
а) Пункция образования
б) Сканирование изотопом гелия
в) Лечение антибиотиками
г) Ирригоскопия
д) Операция

27. При рассечении Жимбернатовой связки при ущемленной бедренной грыже был поврежден сосуд, которым казалась:
а) Бедренная вена
б) Бедренная артерия
в) Запирательная артерия
г) Нижняя брыжеечная артерия
д) Наружная подвздошная артерия

28. Ущемление противобрыжеечного края кишки наблюдается:
а) При грыже Литтре
б) При грыже Рихтера
в) При комбинированной паховой грыже
г) При грыже спигелиевой линии
д) При грыже треугольника Пти

29. Ущемление дивертикула Меккеля наблюдается:
а) Грыже спигелиевой линии
б) Грыже треугольника Пти
в) Грыже Рихтера
г) Грыже Литтре
д) Комбинированной паховой грыже

30. На следующий день после операции грыжесечения по поводу прямой паховой грыжи у больного появились боли при мочеиспускании, макрогематурия. Это обусловлено:
а) Ранением мочевого пузыря
б) острым циститом
в) Почечной коликой

г) Простатитом
д) Обострением хронического пиелонефрита

31. Выкраивание лоскута для аутодермальной пластики при послеоперационных грыжах производится:
а) Вблизи операционного рубца
б) На животе
в) На бедре
г) На спине
д) в ягодичных областях

32. Критерием скользящей грыжи является:
а) участие в образовании грыжевого мешка мезоперитонеально расположенного органа
б) участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально расположенного органа
в) наличие грыжевого содержимого
г) отсутствие грыжевого содержимого
д) участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально расположенного органа

33. При флегмоне грыжевого мешка показано:
а) консервативное лечение с антибиотиками
б) вскрытие флегмоны
в) дренирование флегмоны двухпросветным дренажем с активной аспирацией
г) интубация кишечника зондом Милле-Эббота
д) операция лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника

34. Оптимальный возраст оперативного лечения паховой грыжи:
а)6 мес.
б)1 год
в) После установления диагноза
г) 3 года
д)5 лет

35. Основной особенностью грыжесечения у девочек является:
а) Использование косметических швов
б) Зашивание поверхностного пахового кольца и пахового канала "наглухо"
в) Выделение и сохранение круглой связки матки, восстановление анатомической целостности структур г) паховой области
г) Использование кетгутового материала
д) Операционный разрез по кожной складке

Эталоны ответов:

1) б	11) в	21) г
2) д	12) г	22) г
3) б	13) г	23) а
4) д	14) д	24) а
5) б	15) д	25) г
6) а	16) а	26) д
7) б	17) а	27) в
8) а	18) а	28) б
9) а	19) д	29) г
10) б	20) а	30) а

31) а 33) д 35) в
32) а 34) в

Список литературы:
Основная литература:

1. Брехов Е.И., Юрасов А.В. и др. Особенности диагностики и хирургической коррекции послеоперационных миофасциальных дефектов боковой стенки живота и поясничнo-боковой области // Научно-практический журнал «Хирургия». - 2009, №10, С.10-14.

2. 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.

3. Островский В.К., Филимончев И.Е. Факторы риска рецидивов паховых грыж // Научно-практический журнал «Хирургия». - М., 2010, №3, С.45-48.

4. Белевитин А.Б., Воробьев В.В. и др. Возможности амбулаторной хирургии (комментарий редколлегии) // Хирургия. - М., 2010, №3, С.49-53.

5. Протасов А.В., Кривцов Г.А. и др. Влияние сетчатого инплантанта на репродуктивную функцию при паховой герниопластике // Хирургия. - М., 2010, №8, С.28-32.

Дополнительная литература:

1. Нестеренко Ю.А., Сайбулаев С.А. Выбор метода пластики пахового канала при плановых операциях // Научно-практический журнал «Хирургия». - М., 2008, №12, С.35-39.

2. Алишихов Ш.А., Матвеев Н.Л. и др. Обзор: О методики фиксации инплантатов в хирургии грыж (обзор литературы) // Научно-практический журнал «Эндоскопическая хирургия». - М., 2008, №, С.60-63.

3. Velasco J.M., Gelman C., Vallina V.L. Preperitoneal bilateral inguinal herniorrhaphy evolution of a technique from conventional to laparoscopic. //Surg Endosc.- 2006.- vol.10.- № 2.- p.122-127

9.10. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 10 «Колопроктология».

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.

У обучающегося должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (далее-ПК) (см. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва, ФГОС ВО по направлениям ординатуры)**:**

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

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-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

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

профилактическая деятельность:

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

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 пациентов 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, проведением премедикации;

• методикой организации рабочего места в операционной;

• хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранение 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;

• интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);

• диагностической лапароскопия (на тренажере);

• лапаротомии, ревизии органов брюшной полости при травме;

• ушивания ран кишечника;

• пальцевого ректального исследования;

• вскрытия острого парапроктита с проведением лигатуры;

• иссечения анальной трещины;

• геморроидэктомии по Миллиган-Моргану;

• иссечения эпителиальной кисты копчика;

• выведения одно- и двухствольной сигмостомы.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 10 (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
10.1	Технологии Fast-track хирургии	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)

10.2	Хронический геморрой	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
10.3	Воспалительные заболевания аноректальной зоны	2/2	2	2	-	Текущий (тестовый)
10.4	Диагностика и хирургическое лечение заболеваний аноректальной зоны	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.5	Рак толстой кишки	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
10.6	Осложненные формы рака толстой кишки	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.7	Рак прямой кишки	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
10.8	Комбинированные методы лечения рака прямой кишки	2/2	-	2		Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**18/18**	**10**	**8**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 10 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	**Наименование модулей и тем**	**Всего часов (акад. часов/зач. единиц)**	**В том числе**						
			Очное обучение				**Дистанц. обучение**		
			лекции	**ПЗ, СЗ**	**Симул. обуч.**	**Форма конт-троля**	**Лекции**	**ПЗ, СЗ (ЭОР)**	**Форма конт-троля**
10.1	Технологии Fast-track хирургии	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.2	Хронический геморрой	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.3	Воспалительные заболевания аноректальной зоны	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	2	-	Текущий (тестовый)
10.4	Диагностика и хирургическое лечение заболеваний аноректальной зоны	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
10.5	Рак толстой кишки	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.6	Осложненные формы рака толстой кишки	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)	-	-	-
10.7	Рак прямой кишки	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
10.8	Комбинированные методы лечения рака прямой кишки	2/2	-	2		-	-	-	-
	ИТОГО	**26/26**	**-**	**16**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 10

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
10.1	Технологии Fast-track хирургии
10.2	Хронический геморрой
10.2.1	Этиология и патогенез хронического геморроя
10.2.2	Классификация
10.2.3	Послеоперационное ведение больных с хроническим геморроем
10.3	Воспалительные заболевания аноректальной зоны
10.3.1	Анальная трещина
10.3.2	Острый парапроктит
10.3.3	Прямокишечные свищи
10.3.4	Варианты пластических операций в лечении прямокишечных свищей
10.3.5	Эпителиальный копчиковый ход
10.3.6	Недостаточность анального сфинктера
10.4	Диагностика и хирургическое лечение заболеваний аноректальной зоны
10.5	Рак толстой кишки
10.5.1	Генетические основы колоректального рака
10.5.2	Классификация
10.5.3	Особенности диагностики
10.5.4	Тактика лечения
10.6	Осложненные формы рака толстой кишки
10.7	Рак прямой кишки
10.7.1	Этиология и патогенез рака прямой кишки
10.7.2	Классификация
10.7.3	Методы исследования
10.7.4	Варианты оперативного лечения
10.8	Комбинированные методы лечения рака прямой кишки

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного и текущего тестирования:

1. Длина анального канала соответствует:
   а) 1-2 см
   б) 2-3см
   в) 3-4см
   г) 4-5см
   д) 5-6 см

2. Анальная трещина чаще расположена на:
   а) задней полуокружности анального канала
   б) правой полуокружности анального канала
   в) левой полуокружности анального канала
   г) передней палуокружности анального канала
   д) передней и задней полуокружности анального канала

3. Возникновению анальной трещины способствуют :1. длительные запоры 2.геморрой 3.острый парапроктит и проктит 4.травма прямой кишки и анального канала

а) верно 1,2
б) верно 1,3
в) верно 2,3
г) верно 3,4
д) верно 1,4

4. Задняя дозированная сфинктеротомия оказана 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 утверждения диагноза анальной трещины достаточно :

а) пальцевого исследования прямой кишки
б) колоноскопии
в) аноскопии
г) ирригоскопии
д) ректороманоскопии

6. При лечении хронческой калезной трещины наиболее эффективным является:

а) пресакральная болокада раствором новокаина
б) введение новокаина со спиртом под трещину
в) пальцевое растяжение сфинктера по Рекомье
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. Больному, геморрой у которого осложнился трещиной анального канала, следует предпринять:
а) противовоспалительное лечение
б) иссечение анальной трещины
в) пресакральную новокаиновую блокаду
г) геморроидэктомию
д) геморроидэктомию с дозированной сфинктеротомией

11. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести:
а) пальцевое исселование прямой кишки и ректороманоскопию
б) анализ кала на скрытую кровь
в) лапароскопию
г) ультразвуковое исследование органов малого таза
д) рентгенологическое исследование ободочной кишки

12. Редчайшие боли в области ануса во время акта дефекации, сопровождающиеся незначительным выделением алой крови, со стулобоязнью характерны
а) для рака прямой кишки
б) для полипа прямой кишки
в) для сфинктерита
г) для трещины анального канала
д) для геморроя

13. Клиническая картина ректального свища арактеризуется :
а) стулобоязнью
б) кровотечением при дефекации
в) рецидивами парапроктита с выделениме гноя из свища
г) выделением слизи при дефекации
д) повышение температуры

14. Наиболее радикльным методом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов следует считать:
а) склеротерапию
б) пресакральную новокаиновую блокаду
в) антикоагулянты
г) оперативное вмешательство
д) применение холода

15. Для диагностики дивертикулеза толстой кишки наиболее информативными методами исследования являются :
а) ректороманоскопия
б) колоноскопия
в) ирригскопия
г) исследование толстой кишки после приема бария внурть
д) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

16. 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

17. При остром ишиоректальном парапроктите показаны:
а) пункция гнойника и введение антибиотиков
б) вскрытие гнойника через просвет кишки
в) вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишеной связки
г) вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале
д) пункция абсцесса и введение дренажа для промывания

18. 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

19. Для возникновения острого парапроктита обязательными этиологическими факторами являются:
а) кровотечение из прямой кишки
б) поносы
в) склонность к запорам
г) закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление
д) дефект слизистой прямой кишки

20. После макро- и микроскопического исследования препарата прямой кишки, удаленного по поводу рака, сформулирован диагноз: рак прямой кишки T?M?N-это значит, что
а) опухоль занимает 1\2окружности кишки
б) регионарные лимфатические узлы не поражены
в) регионарные лимфатические узлы поражены
г) нет отдаленных метастазов
д) правильно все кроме В

21. После геморроидеэктомии осложнениями являются:
а) выраженный болевой синдром
б) задержка мочеиспускания
в) перианальный отек
г) кровотечение
д) острый парапроктит

22. При гнойном воспалении эпителиального копчикового хода более целесообразно:
а) пункция абсцесса, промывание его и введение антибиотика
б) вскрытие абсцесса и дренирование гнойной полости
в) иссечение эпителиального хода с ушиванием раны наглухо
г) вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и открытым ведением раны
д) вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и подшиванием краев раны по дну

23. 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

24. При перфорации дивертикула сигмовидной кишки паказаны:
а) резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец
б) наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости
в) операция Гартмана
г) лапаротомия, дренирование брюшной полости
д) дренирование брюшной полости, трансверзостомия

25. Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются:
а) воспаление сигмовидной кишки
б) пенетрация опухоли в брыжейку
в) кишечная непроходимость
г) перфорация опухоли
д) профузное кишечное кровотечение

26. При экстрасфинктерном ректальном свище, осложненном гнойной полостью, наиболее радикальной операцией является:
а) иссечение свища в просвет кишки
б) дренирование гнойной полости
в) проведение лигатуры и дренирование гнойной полости
г) иссечение свища с ушиванием сфинктера
д) пластическая операция по низведению слизистой по Блиничеву

27. Врожденный дивертикулез ободочной кишки чаще локализуется :
а) в левой половине ободочной кишки
б) в правой половине ободочной кишки
в) одинаково часто в правой и левой половине
г) в сигмовидной кишке
д) в поперечно-ободочной кишке

28. При раке сигмовидной кишки, осложненном перфорацией опухоли, отсутствии метастазов в отдаленные органы у больного 62 лет операцией выбора является:
а) резекция сигмовидной кишки с анастомозом и наложением превентивной колостомы
б) резекция сигмовидной кишки с анастомозом
в) резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы
г) трансверзостомия, дренирование брюшной полости
д) выведение сигмовидной кишки с опухолью на переднюю стенку живота

29. Анальная трещина диагностируется с помощью:
а) осмотра перианальной области
б) пальцевого исследования прямой кишки
в) ректороманоскопии
г) ирригоскопии
д) колоноскопии

30. Геморроидальное кровотечение характеризуется выделением при акте дефекации:
а) алой крови
б) темной крови со сгустками
в) мелены

г) смешанной крови и кала со слизью
д) алой крови со сгустками

31. Подкожный острый парапроктит в типичных случаях характеризуется:
а) отсутствием изменений на коже промежности
б) наличием параректальных свищей
в) припухлостью промежности с гиперемией кожи
г) болями в глубине таза
д) выделением слизи из ануса

32. Острый подкожный парапроктит характеризуется всем перечисленным, за исключением:
а) болей в промежности
б) повышения температуры
в) гиперемии кожи над припухлостью
г) болей, наступающих спустя некоторого времени после дефекации
д) наличия припухлости на промежности

Эталоны ответов:

1) в	12) г	23) а
2) а	13) в	24) в
3) д	14) г	25) в
4) а	15) в	26) в
5) в	16) б	27) б
6) д	17) г	28) в
7) а	18) в	29) а
8) д	19) г	30) а
9) в	20) д	31) в
10) в	21) б	32) г
11) а	22) д	

Список литературы:

Основная литература:

1. Smith N, Brown G. Preoperative staging in rectal cancer. Acta Oncol 2008; 47: 20-31
2. Sauer R, Becker H, Hohenberger W et al. German Rectal Cancer Study Group Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. N Engl J Med 2004; 351: 1731-1740.
3. Folkesson J, Birgisson H, Pahlman L et al. Swedish Rectal Cancer Trial: Long lasting benefits from radiotherapy on survival and local recurrence rate. J Clin Oncol 2005; 23: 5644-5650.
4. Sebag-Montefiore-D for the NCRI colorectal cancer study group and CR0, Steele R, Quirke P et al. Routine short course pre-op radiotherapy or selective post-op chemotherapy for resectable rectal cancer? Preliminary results of the MRC CR07 randomised trial. ASCO Ann Meeting Proc Part 1 2006; vol. 24: No 18S, abstr 3511.
5. Bujko K, Nowacki MP, Nasierowska-Guttmejer A et al. Long-term results of a randomised trial comparing preoperative short-course radiotherapy vs preoperative conventionally fractionated chemoradiation for rectal cancer. Br J Surg 2006; 93: 1215-1223
6. Collette L, Bosset JF, den Dulk M et al. Patients with curative resection of cT3-4 rectal cancer after preoperative radiotherapy or radiochemotherapy: does anybody benefit from adjuvant fluorouracil-based chemotherapy? J Clin Oncol 2007; 25: 4379-4386.
7. Radu C, Berglund A Pahlman L, Glimelius B. Short course preoperative radiotherapy with delayed surgery in rectal cancer - a retrospective study. Radiother Oncol 2008; 87: 343-3410.
8. Ганичкин А.М. Хирургия рака толстой кишки

9. Филлипс Р.К.С.(ред.) Колоректальная хирургия. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009-352с.
10. 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
11. Болихов К.В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение). Автореферат канд. мед. наук - М., 2006. - 30с.

Дополнительная литература:

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии М., 2006. 432 с.
2. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Издательство «Литтерра», 2012, 608 с.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Richter S., Lindemann W., Kollmar O. et al. One stage sigmoid colon resection for perforated diverticulitis (Hinchey stages III and IV) World J Surg 2006;30:1027-1032.
11. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора метода хирургического лечения геморроя. Дисс. д.м.н. М., 19910.
12. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А.. Геморрой. М.: Литтера , 2010, 200 с.
13. Колоректальная хирургия / под ред. Р. К. С. Филлипса ; пер. с англ. под ред. Г. И. Воробьева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 20010. -352 с.
14. Anus. Surgical treatment and pathology. Ed .R.Cohen,A.Windsor.,Springer-Vertag London,2014
15. 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

9.11. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСМ 11 «Торакальная хирургия».

Пояснительная записка

Актуальность. Торакоабдоминальные ранения частый вид травмы. Поэтому знание особенностей ведения больных с ранением органов грудной клетки очень важны для врача-хирурга.

Цель: изучить лечебную тактику при повреждениях органов грудной клетки.

У обучающегося должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (далее-ПК) (см. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва, ФГОС ВО по направлениям ординатуры)**:**

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

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-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

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

профилактическая деятельность:

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том

числе медицинской эвакуации (ПК-12).

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

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

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;

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;
- 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, необходимой и достаточной для устранение патологического состояния пациента;
- методикой гемостаза при повреждениях магистральных и периферических сосудов;
- методикой определения необходимости продленного наблюдения и интенсивной терапии в послеоперационном периоде и показаний к нахождению больного в отделении (палате) интенсивной терапии (реанимации), до перевода в это отделение обеспечением необходимой интенсивной терапии и наблюдением за больным;

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

• 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;

• интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);

• физикальной диагностики при травмах и заболеваниях магистральных сосудов;

• плевральной пункция, дренирования плевральной полости;

• наложение повязки на рану;

• подкожные, внутримышечные инъекции.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСМ 11 (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
11.1	Открытая и закрытая травма грудной клетки (классификация, признаки, диагностика, патогенез, лечебная тактика)	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**2/2**	**2**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСМ 11 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. ед-	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля

11.1	Открытая и закрытая травма грудной клетки (классификация, признаки, диагностика, патогенез, лечебная тактика)	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**2/2**	**-**	**-**	**-**	**Промежу-точный (тестовый)**	**2**	**-**	**Промежу-точный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСМ 11

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
11.1	Открытая и закрытая травма грудной клетки (классификация, признаки, диагностика, патогенез, лечебная тактика)
11.1.1	Открытая травма грудной клетки
11.1.1.1	Классификация, признаки, диагностика, патогенез,
11.1.1.2	лечебная тактика
11.1.2	Закрытая травма грудной клетки
11.1.2.1	Классификация, признаки, диагностика, патогенез,
11.1.2.2	лечебная тактика

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного и текущего тестирования:

1. В общей структуре травматизма торакальная травма составляет:

а) 0,2%
б) 17 %
в) 5%
г) 51%
д) 67%

2. Сочетанная травма это:

а) повреждение нескольких органов в пределах одной анатомической области
б) повреждение нескольких органов в разных анатомических областях
в) повреждение, возникающее при воздействии на организм этиологически разных травмирующих факторов
г) повреждение одного или нескольких органов на фоне хронической патологии
д) повреждение одного органа несколько раз в течение небольшого промежутка времени

3. К проникающим ранениям груди относятся

а) все колото-резаные и огнестрельные ранения
б) все ранения груди, сопровождающиеся повреждением наружных покровов
в) только сквозные ранения
г) травмы с повреждением плевры
д) травмы, полученные острыми предметами

4. К торакобдоминальным ранениям относятся:

а) все сочетанные травмы органов брюшной и грудной полости
б) все сочетанные травмы органов груди, живота и забрюшинного пространства
в) ранения, при которых повреждается диафрагма и раневой канал проходит плевральную и брюшную полости

г) все травмы, сопровождающиеся повреждением диафрагмы

д) все травмы, сопровождающиеся повреждением диафрагмы и органов брюшной полости

5. Подкожная эмфизема является характерным признаком повреждения:
а) медиастинальной плевры
б) всех слоев грудной стенки
в) средостения
г) диафрагмы
д) легкого и дыхательных путей

6. Характерными рентгенологическими признаками гемопневмоторакса являются:
а) затемнение легочного поля на стороне повреждения
б) сочетание затемнения и повышения прозрачности легочного поля
в) повышение прозрачности легочного поля на стороне повреждения
г) смещение органов средостения в поврежденную сторону
д) расширение тени средостения

7. Местом пункции при наличии жидкости в плевральной полости является
а) I-III межреберья по срединно-ключичной линии
б) VIII-IX межреберья по задней подмышечной линии
в) V-VI межреберья по передней подмышечной линии
г) V-V межреберья по средней подмышечной линии
д) VII-VIII межреберья по задней подмышечной линии

8. Местом пункции при наличии воздуха в плевральной полости является
а) I межреберье по срединно-ключичной линии
б) VIII межреберье по задней подмышечной линии
в) V межреберье по передней подмышечной линии
г) V межреберье по средней подмышечной линии
д) VII межреберье по задней подмышечной линии

9. Рентгенологическим признаком большого гемоторакса является:
а) затемнение плеврального синуса
б) затемнение до нижнего края II ребра
в) затемнение до нижнего края VI ребра
г) затемнение до нижнего края IV ребра
д) тотальное затемнение

10. Наиболее объективным методом диагностики ушиба легкого является:
а) позитронно-эмиссионная томография
б) биопсия легкого
в) компьютерная томография
г) ренгеноскопия грудной клетки
д) МРТ

Эталоны ответов:
1) в
2) б
3) г
4) в
5) д

6) б
7) д
8) а
9) б
10) в

Список литературы:

1. Бисенков Л.Н. Торакальная хирургия. – СПб.: Гиппократ, 2004. – 1918 с.
2. Фергюсон М. К. Атлас торакальной хирургии. – ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 304 с.
3. Шулутко А.М., Овчинников А.А., Ясногородский О.О., Мотус И.Я. Эндоскопическая торакальная хирургия. – М.: Медицина, 2006. – 392 с.

9.12. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСМ 12 «Основы ангиологии и пластической хирургии».

Пояснительная записка

Актуальность. Любая хирургическая операция невозможно без пересечения сосудов. Каждая операция, не связанная с гнойным осложнением, заканчивается ушиванием раны, которое зачастую сопровождается техническими трудностями: дефект покровных тканей, рубцовая деформация и т.д. Естественно, что для деятельности врача-хирурга важны основы ангиологии и пластической хирургии.

Цель: изучить основы сосудистой и пластической хирургии.

У обучающегося должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (далее-ПК) (см. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва, ФГОС ВО по направлениям ординатуры)**:**

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

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-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

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

профилактическая деятельность:

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

лечебная деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

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

- 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;
- принципы оказания неотложной помощи и особенности проведения оперативных вмешательств пациентов в условиях массового поступления пострадавших;
- современные методы интенсивной терапии и реанимации при различных заболеваниях и критических состояниях у пациентов различных возрастно-половых групп;

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;

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, проведением премедикации;

• методикой организации рабочего места в операционной;

• хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранение патологического состояния пациента;

• методикой гемостаза при повреждениях магистральных и периферических сосудов;

• методикой определения необходимости продленного наблюдения и интенсивной терапии в послеоперационном периоде и показаний к нахождению больного в отделении (палате) интенсивной терапии (реанимации), до перевода в это отделение обеспечением необходимой интенсивной терапии и наблюдением за больным;

• 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 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, ЯМРТ);

• интерпретации данных контрастных методов исследования (аортография,коронарография);

• физикальной диагностики при травмах и заболеваниях магистральных сосудов;

• интерпретации результатов УЗДГ сосудов конечностей;

• проведения компрессионных проб при хронической венозной недостаточности;

• флебосклерозирующии 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;

• определение группы и видовой принадлежности крови, внутривенное переливание крови;

• определение кровопотери по удельному весу, гемоглобину и гематокриту.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСМ 12 (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
12.1	Травма сосудов (клиника, диагностика, хирургическая техника и тактика)	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
12.2	Варикозная болезнь, посттромбофлебитический синдром	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
12.3	Облитерирующие заболевания сосудов, эмболии и острые тромбозы артерий	2/2	2		-	Текущий (тестовый)
12.4	Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
12.5	Основы пластической и реконструктивной хирургии	2/2	2	-	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**10/10**	**10**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСМ 12 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. ед-	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма кон-троля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма кон-троля
12.1	Травма сосудов (клиника, диагностика, хирургическая техника и тактика)	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
12.2	Варикозная болезнь, посттромбофлебитический синдром	2/2	-	-	-	Текущий (тестовый)	2	-	Текущий (тестовый)
12.3	Облитерирующие заболевания сосудов, эмболии и острые тромбозы артерий	2/2	-		-	-	2	-	Текущий (тестовый)
12.4	Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
12.5	Основы пластической и реконструктивной хирургии	2/2	-	-	-	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	**16/16**	**-**	**-**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**	**10**	**-**	**Промежуточный (тестовый)**

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСМ 12

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
12.1	Травма сосудов (клиника, диагностика, хирургическая техника и тактика)
12.1.1	Клиника диагностика травмы сосудов
12.1.2	хирургическая техника и тактика
12.2	Варикозная болезнь, посттромбофлебитический синдром
12.3	Облитерирующие заболевания сосудов, эмболии и острые тромбозы артерий
12.4	Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений
12.4.1	Методы профилактики тромбоэмболических осложнений
12.4.2	Методы лечения тромбоэмболических осложнений
12.5	Основы пластической и реконструктивной хирургии

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего тестирования:

1 Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:
- а) растворения фибрина
- б) приостановления роста тромба
- в) увеличения количества сгустков
- г) измениения внутренней оболочки сосудов
- д) снижения активности ДНК

2 Причиной торомбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:
- а) лицевых вен
- б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
- в) глубоких вен верхних конечностей
- г) поверхностых вен нижних конечностей
- д) поверхностых вен верхних конечностей

3 Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны:
- а) резкий отек нижней конечности
- б) некроз пальцев стоп
- в) похолодание стопы
- г) симптом перемежающейся хромоты
- д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен

4 К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные , кроме: 1.замедления тока крови в венах 2. нарушения целостности внутренней выстилки вен 3. варикозного расширения вен 4.снижения фибринолитической активности крови 5.мерцательной аритмии
- а) верно 1,2,3,4,5
- б) верно 1,3,4,5
- в) верно 3,4,5
- г) верно 2,3,4,5
- д) верно 1,2,3,4

5 Маршевая проба проводится с целью выявления:
- а) несостоятельных коммуникантных вен
- б) проходимости глубоких вен нижних конечностей
- в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
- г) торомбоза подколенной артерии
- д) острого тромбофлебита

6 Проба Претта проводится с целью выявления:
а) проходимости глубоких вен нижних конечностей
б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
в) несостоятельных коммуникативных вен
г) острого тромбофлебита
д) тромбоза подколенной артерии

7 Наиболее частыми симптомами тромбофлебита поверхностых вен нижних конечностей являются : 1. дистальные отеки 2. распирающие боли 3. повышение температуры тела 4. гиперемия кожи и отек по ходу вен 5.резкая болезненность при пальпации
а) верно 1,2,3,4
б) верно 1,2,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 1,2,4,5
д) верно 2,3,5

8 Тромбообразованию после полостных операций способствует: 1. повышение фибринолитической активности 2.ожирение 3. гиподинамия 4.онкологические заболевания 5.ишемическая болезнь сердца
а) верно 2,3,4,5
б) верно 1,2,3,4
в) верно 1,3,4,5
г) верно 1,2,4,5
д) верно3,4,5

9 Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются: 1.отеки дистальных отделов конечностей по вечерам 2.перемежающаяся хромота 3.признаки трофических расстройств кожи голени 4.судороги по ночам 5.видиме расширение подкожных вен
а) верно 1,2,3,4
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 3,4,5
д) верно 2,4,5

10 К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся:
а) сокращение икроножных мышц
б) возвышенное положение нижних конечностей
в) длительный постельный режим
г) бинтование ног эластическими бинтами
д) раннее вставание

11 При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:
а) бебкока
б) нарата
в) маделунга
г) троянова-тределенбурга
д) линтона

12 Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационом периоде включает в себя все ниже перичисленное: 1. назначение гепарина 2.назначение дезагрегантов 3.лечебная физкультура 4. длительный постельный режим 5.бинтование ног эластичным бинтом

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

13 Операция Троянова-Тределенбурга заключается:

а) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-феморального треугольника
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен зондом
г) в перевязке коммуникантных вен над фасцией
д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

14 Операция Нарата заключается:

а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) удаление подкожных вен с помощью зонда
г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

15 Операция Маделунга заключается:

а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен зондом
г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

16 Операция Клаппа заключается:

а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен зондом
г) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

17 Операция Кокетта заключается

а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
в) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

18 Операция Линтона заключается:

а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
в) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

19 Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:
а) Комбинированным оперативным методом
б) Операцией Линтона
в) Операцией Бебкока
г) Операцией Нарата
д) Операцией Маделунга

20 Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя :
а) Антибиотики
б) Спазмолитики
в) Антикоагулянты
г) Активные движения
д) Парентеральное введение больших объемов жидкостей

21 Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно : 1. Резкие боли распирающего характера 2.Повышение температуры тела 3.Отек конечности 4. Цианоз 5.Гиперемия кожи по ходу больной вены
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

22 Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется: 1. Постельный режим 2. Бутадион 3.Компрессы с мазью Вишневского 4.Ходьба 5.Возвышенное положение конечности
а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,3,5
г) Верно 2,3,4
д) Верно 1,3,4,5

23 Послеоперационные эмболии легочной артерии обычно бывают следствием:
а) Абсцессов
б) флегмон
в) флеботромбозов
г) Лимфаденитов
д) Эндартериита

24 Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит:
а) В необходимости профилактики лимфостаза
б) В необходимости воздействия на артериальный кровоток
в) В ускорении кровотока по глубоким венам
г) В профилактике трофических расстройств
д) В необходимости большей концентрации кровообращения

25 Флеботромбозы встречаются чаще у больных: 1.С ожирением 2. С варикозным расширением вен 3.С онкологическими заболеваниями 4.С почечной недостаточностью 5.С ишемической болезнью сердца:

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

26 Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью:
а) Предотвратить дальнейшее расширение сосуда
б) Предотвратить двусторонний подострый эндокардит
в) Предотвратить сердечную недостаточность
г) Восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда
д) Обратить в норму симптом Тинеля

27 При остром тромбозе большой подкожной вены в послеоперационном периоде показано:
а) Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия
б) Сафенэктомия по комбинированной методике
в) Перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную
г) Консервативное лечение с использованием масляно-бальзамических повязок
д) Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме.

28 Наиболее частым клиническим проявлением тромбоэмболии легочной артерии является:
а) Кровохарканье
б) Боли в грудной клетке
в) Одышка
г) Кашель с мокротой
д) Шум трения плевры

29 При ранении воротной вены выполняется:
а) Перевязка воротной вены
б) Создание соустья с селезеночной веной
в) Наложение сосудистого шва
г) Операция Экка
д) Резекция воротной вены

Эталоны ответов:

1) б	11) д	21) д
2) б	12) г	22) а
3) а	13) а	23) в
4) д	14) б	24) в
5) б	15) а	25) г
6) в	16) г	26) г
7) б	17) г	27) в
8) а	18) д	28) в
9) б	19) а	29) в
10) в	20) в	

Список литературы:

1. Сосудистая хирургия. Национальное руководство. Краткое издание./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. М.: ИГ "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 464 с.

2. Сосудистая хирургия по Хаймовичу: [в 2-х т.]. - М.: Бином. Лаборатория знаний. Т. 1 / пер. с англ. А. В. Покровского ; под ред. Э. Ашера. - перевод с 5-го англ. изд. - 2010. - 644 с. Т. 2 / пер. с англ. А. В. Покровского ; под ред. Э. Ашера. - перевод с 5-го англ. изд. - 2010. - 534 с.

3. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники: руководство / Ю. В. Белов. - Изд. 2-е, испр. и доп. - М. : Медицинское информационное агентство, 2011. - 464 с.

4. Атлас сосудистой хирургии / К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс ; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. - М.: ИГ "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.

5. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Учебное пособие./Л.Н. Иванов и др.-. НГМА, Нижний Новгород, 2013. – 142 с.

6. Заболевания периферических артерий./ под ред. Э.Р. Молера III, М.Р. Джаффа, перевод с англ. / Под ред. М.В. Писарева. - М.: ИГ "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 224 с.

7. Нестандартная хирургия критической ишемии нижних конечностей./ Самодай В.Г., Пархисенко Ю.А., Иванов А.А. – МИА, 2009. – 240 с.

8. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений / коллектив авторов/ под ред. В.С.Савельева, Е.И.Чазова // Флебология. – Т. 4. – Вып. 2. - № 1. – 2010. – 39 с.

9. Тромбоэмболия легочной артерии. Библиотека врача-специалиста. Руководство. /Ускач Т.М., Косицына И.В., Жиров И.В. и др. / Под ред. С.Н. Терещенко. - "ГЭОТАР-Медиа", 2010, 96 с.

10. Основные принципы профилактики и лечения тромбозов/ под ред. О.Н. Ткачевой. - М.: "Медицина", 2013, 208 с.

Дополнительная литература:

1. Острая тромбоэмболия легочных артерий: клиника, диагностика, лечение. Учебное пособие / А.П. Медведев, С.В. Немирова, В.В. Пичугин, Л.Н.Иванов, М.Л. Калинина. - НГМА Нижний Новгород, 2013. - 90 с.

2. Венозный тромбоэмболизм и тромбоэмболия легочной артерии / И.Н. Бокарев, Л.В. Попова. - МИА, 2013. - 512 с.

3. Бисенков Л.Н. Торакальная хирургия. – СПб.: Гиппократ, 2004. – 1918 с.

4. Фергюсон М. К. Атлас торакальной хирургии. – ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 304 с.

5. Шулутко А.М., Овчинников А.А., Ясногородский О.О., Мотус И.Я. Эндоскопическая торакальная хирургия. – М.: Медицина, 2006. – 392 с.

6. Курс пластической хирургии. – Под ред. К.П. Пшениснова. – В 2-х томах. – Рыбинский Дом Печати, 2010. – 1419 с.

7. А. Р. Геворков, Н. Л. Мартиросян, С. С. Дыдыкин, Ш. Ш. Элиава. Основы микрохирургии. – Гэотар-Медиа, 2009. – 96 с.

8. Пластическая и реконструктивная хирургия лица. Руководство / А.Д. Пейпл, пер. 3-го англ. изд. под ред. Э.В. Шихирмана. – Бином. Лаборатория знаний. – 2013. – 1136 с.

9. Кичемасов С.Х., Скворцов Ю.Р. Кожная пластика лоскутами с осевым кровоснабжением при ожогах и отморожениях IV степени. - Гиппократ. - 2012. - 288 с.

10. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Перечень практических навыков

1. Первичная хирургическая обработка ран.
- показания к ПХО
- варианты антисептики
- необходимые инструменты, шовный материал
- первичные, отсроченные и вторичные швы
- особенности хирургической техники при ПХО ран различных локализаций

2. Вагосимпатическая новокаиновая блокада:
- показания
- методика выполнения
- используемые анестетики
- возможные осложнения

3. Паранефральная новокаиновая блокада:
- показания
- методика выполнения
- используемые анестетики
- возможные осложнения.

4. Абдоминальная пункция (лапароцентез):
- показания (плановые и срочные) и противопоказания,
- оптимальные точки проведения иглы и троакара через брюшную стенку,
- методы обезболивания,
- показания и методика установки дренажа в брюшную полость и его фиксации,
- возможные осложнения.

5. Лапароскопия:
- показания к плановой и экстренной лапароскопии,
- противопоказания,
- варианты методики, диагностические возможности метода,
- виды обезболивания,
- результаты, варианты завершения лапароскопии, возможные осложнения.

6. Плевральная пункция:
- показания и противопоказания,
- обследование для проведения плевральной пункции,
- методика выполнения
- точки доступа для пункции
- осложнения плевральной пункции.

7. Дренирование плевральной полости:
- показания и противопоказания
- необходимые обследования для проведения плевральной пункции
- методика выполнения, обезболивания
- точки доступа для пункции
- показания к дренированию плевральной пункции, методики проведения дренажа при различной патологии

- методы завершения дренирования плевральной полости,
- осложнения плевральной

8. Геморроидэктомия:
- показания
- объем обследования, подготовка к операции
- варианты и этапы операции
- специальный инструментарий, шовный материал
- осложнения и результаты.

9. Закрытая геморроидэктомия:
- показания
- объем обследования, подготовка к операции
- варианты и этапы операции
- специальный инструментарий, шовный материал
- осложнения и результаты.

10. Вскрытие острого парапроктита:
- диагностика, объем обследования,
- методы обезболивания
- варианты радикальной операции
- осложнения и результаты

11. Вскрытие абсцессов мягких тканей:
- методы диагностики
- варианты обезболивания
- методы обработки гнойной полости
- пункционные и открытые методики лечения
- послеоперационное ведение больного

12. Хирургическое лечение гнойных ран:
- фазы течения раневого процесса
- методы хирургической обработки и дренирования
- местное применение лекарственных препаратов, контроль микрофлоры
- вторичные швы, кожная пластика

13. Лапаротомия:
- показания, противопоказания
- методы обезболивания
- проекции доступов к различным органам живота, варианты доступов
- анатомическая и физиологическая целесообразность доступов
- последовательность ревизии органов брюшной полости
- методы дренирования брюшной полости
- методики ушивания ран передней брюшной стенки, профилактика грыж

14. Ушивание перфоративной язвы желудка:
- диагностика
- хирургический доступ
- показания к ушиванию или резекции желудка
- методики ушивания, санации брюшной полости
- послеоперационный ведение пациента

15. Аппендэктомия:
- методы диагностики
- инструментальные методы диагностики
- показания к консервативному лечению
- хирургический доступ
- видеолапароскопический доступ
- выбор методики обработки культи червеобразного отростка
- показания к дренированию брюшной полости

16. Холецистэктомия лапаротомная:
- показания и противопоказания к операции,
- объем обследования, подготовка к операции
- виды лапаротомного доступа, варианты и этапы операции
- специальный инструментарий, шовный материал
- осложнения и результаты.

17. Холецистэктомия из минидоступа:
- показания и противопоказания к операции
- объем обследования, подготовка к операции
- варианты и этапы операции
- специальный инструментарий, шовный материал
- осложнения и результаты.

18. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ):
- показания и противопоказания к операции
- объем обследования, подготовка к операции
- виды доступа, варианты и этапы операции
- специальный инструментарий, методики лигирования трубчатых структур
- преимущества ЛХЭ по сравнению с традиционными методиками
- осложнения и результаты

19. Дренирование желчевыводящих протоков при холецистэктомии:
- интраоперационная диагностика патологии желчевыводящих протоков,
- показания
- методики установки и фиксации желчного дренажа,
- сроки дренирования ЖВП, уход за дренажом.

20. Холецистоэнтеростомия:
- хирургический доступ, этапы операции,
- подготовка больного,
- методики наложения анастомоза,
- использование шовного материала
- возможные осложнения

21. Холедоходуоденостомия:
- показания к операции,
- хирургический доступ, этапы операции,
- методики наложения анастомоза,
- использование шовного материала
- возможные осложнения.

22. Холедохо(гепатико)энтеростомия:

- показания к операции,
- хирургический доступ, этапы операции,
- методики наложения анастомоза,
- использование шовного материала
- возможные осложнения ранние и поздние.

23. Ушивание раны печени:
- причины травмы печени
- диагностика
- варианты повреждения паренхимы печени
- хирургический доступ
- принципы ушивания раны печени, шовный материал
- показания к дренированию желчевыводящей системы

24. Спленэктомия:
- причины травмы селезенки
- диагностика
- показания к выполнению
- хирургические доступы
- техника выполнения
- осложнения

25. Резекция желудка по Бильрот I**:**
- показания к операции
- хирургические доступы
- техника операции
- методики хирургической реконструкции (шовный материал, сшивающие аппараты)
-послеоперационные осложнения
- результаты

26. Резекция желудка по Бильрот II:
- показания к операции
- хирургические доступы
- техника и варианты операции
- методики хирургической реконструкции (виды шовного материала, сшивающие аппараты)
- послеоперационные осложнения
- результаты

27. Резекция желудка с желудочно-кишечным анастомозом на петле, выделенной по Roux:
- показания к операции
- хирургические доступы
- техника операции
- методики хирургической реконструкции (виды швов, сшивающие аппараты),
- послеоперационные осложнения

28. Резекция желудка по поводу рака:
- особенности операции
- хирургические доступы
- техника операции, объем удаляемой части органа, варианты лимфаденэктомии
- методики хирургической реконструкции (виды швов, сшивающие аппараты)
- послеоперационные осложнения

29. Гастроэнтеростомия:
- показания к операции
- подготовка пациента
- хирургические доступы
- технические варианты
- осложнения и результаты

30. Резекция тонкой кишки:
- показания к операции
- объем резекции органа при различной патологии
- методы восстановления непрерывности кишечного тракта, варианты анастомозов
- варианты завершения операции и декомпрессии
- осложнения.

31. Резекция толстой кишки:
- показания к операции
- объемы операции при различной патологии
- подготовка больного к операции,
- варианты хирургической техники и восстановления кишечного пассажа
- послеоперационные осложнения результаты

32.Резекция толстой кишки по Гартману:
- показания
-этапы и техника операции
- методы наложения колостомы
- осложнения и результаты

33.Одноствольная илеостомия
- показания
- техника операции по Бруку
- осложнения

34.Двуствольная илеостомия
- показания
- техника операции по Торнболу
- осложнения

35.Двуствольная колостомия
- показания
- техника операции
- осложнения

36. Эпицистостомия:
- показания,
- традиционные и малоинвазивные хирургические методики выполнения операции.

37. Ушивание ранения мочевого пузыря:
- диагностика повреждений мочевого пузыря,
- хирургический доступ, возможные интраоперационные осложнения,
- завершение операции (перитонизация, катетеризация, дренирование).

38. Нефрэктомия:
- срочные и плановые показания к операции.
- хирургические доступы,
- техника выполнения.

39. Грыжепластика паховой грыжи:
- классификация паховых грыж,
- хирургические доступы,
- варианты анестезиологического пособия,
- варианты хирургической техники,
- особенности техники операции при ущемленной грыже.

40. Грыжепластика пупочной грыжи:
- хирургические доступы,
- варианты анестезиологического пособия,
- варианты хирургической техники,
- особенности техники операции при ущемленной грыже.

41. Грыжепластика послеоперационной вентральной грыжи:
- хирургические доступы
- подготовка больного к операции
- варианты анестезиологического пособия
- варианты хирургической техники
- аллопластика, показания, материалы, варианты пластики
- особенности техники операции при ущемленной грыже.

42. Лапаростомия:
- показания
- варианты и техника выполнения
- особенности послеоперационного комплексного лечения
- сроки и хиругические этапы лечения
- осложнения результаты

43. Ранения тонкой кишки:
- классификация
-этапы и техника операции
- показания к ушиванию ран и резекции кишки
- варианты завершения операции
- осложнения

44. Ранения толстой кишки:
- классификация
-этапы и техника операции
- показания к ушиванию ран и резекции кишки
- варианты завершения операции
- осложнения

45. Несостоятельность тонкокишечного анастомоза:
- диагностика
- тактика лечения
- этапы и техника операции
- варианты операции

46.Интраоперационная декомпрессия кишечника:
- показания
- варианты и техника выполнения
- зондовая интубация тонкой кишки, способы зондовой терапии

Вопросы к собеседованию на итоговой аттестации (по специальности «Хирургия»)

1. Рак желудка: классификация, клиника, осложнения, хирургическое лечение.
2. Острый парапроктит: патогенез, классификация, хирургическое лечение.
3. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, особенности патогенеза, выбор метода хирургического лечения.
4. Профилактика тромбоэмболических осложнений в хирургии.
5. Желчекаменная болезнь; диагностическая тактика, роль эндоскопической хирургии.
6. Колостомия: классификация, показания, техника, осложнения.
7. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки: диагностика, хирургическая тактика.
8. Острый холецистит: диагностика, выбор хирургической тактики, особенности лечения больных пожилого и старческого возраста
9. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии: диагностика, лечебная тактика, роль эндоскопических методик, выбор объема операции.
10. Обтурационная кишечная непроходимость: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
11. Опухоли поджелудочной железы: клиника, диагностика, осложнения, хирургическое лечение.
12. Резекция желудка: варианты, показания, техника, осложнения.
13. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложненная стенозом: клиника, предоперационная подготовка, хирургическая тактика.
14. Грыжесечение при паховых грыжах: варианты пластики грыжевых ворот, осложнения.
15. Динамическая кишечная непроходимость: этиология, патогенез, клиника, лечение.
16. Резекция тонкой кишки в плановой и экстренной хирургии: показания, техника, осложнения.
17. Механическая желтуха: этиология, патогенез, диагностика, выбор хирургической тактики.
18. Рак прямой кишки: классификация, клиника, осложнения, хирургическое лечение.

19. Спаечная кишечная непроходимость: патогенез, клиника, диагностика, лечение.

20. Опухоли печени: классификация, клиника, диагностика, лечение.

21. Резекция толстой кишки в плановой и экстренной хирургии; показания, техника, осложнения.

22. Рак толстой кишки: классификация, клиника, диагностика, осложнения, лечение.

23. Перитонит: классификация, клиника, диагностика, современная хирургическая тактика.

24. Прямокишечные свищи: классификация, диагностика, выбор метода операции.

25. Операция Гартмана: показания, техника, осложнения.

26. Хронический геморрой: классификация, клиника, лечебная тактика.

27. Гастроэнтероанастомоз: показания, техника, осложнения.

28. Постхолецистэктомический синдром: классификация, хирургические аспекты патологии, реконструктивные операции.

29. Ранения толстой кишки: хирургическая техника, осложнения.

30. Демпинг-синдром: патогенез, классификация, клиника, лечебная тактика.»

31. Хронический панкреатит: классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение.

32. Ранения тонкой кишки: хирургическая техника, осложнения

33. Острый панкреатит: патогенез, классификация, эндоскопические методики, хирургическая тактика.

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

35. Илеостомия: показания, техника, осложнения.

36. Пептическая язва гастроэнтероанастомоза: патогенез, выбор хирургической тактики.

37. Вентральная грыжа: этиология, особенности хирургического лечения.

38. Странгуляционная кишечная непроходимость: патогенез, клиника, хирургическое лечение.

39. Портальная гипертензия: классификация, клиника, осложнения, диагностика, хирургическое лечение.

40. Аппендикулярный инфильтрат: диагностика, осложнения, хирургическая тактика.

41. Синдром приводящей петли: этиология, патогенез, клиника, лечение.

42. Гастрэктомия: показания, техника, осложнения.

43. Гастродуоденальные кровотечения: этиология, клиника, диагностика, лечение.

44. Болезнь Крона: патологическая анатомия, клиника, диагностика, лечение.

45. Язвенный колит: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
46. Папиллосфинктеротомия: показания, техника, осложнения.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.

Пациент К. 38 лет поступил с жалобами на рецидивирующую боль в нижнем правом квадранте живота, субфебрильную температуру в течение 8 дней (до 37.4), ощущение дискомфорта, тяжести в животе, вздутие и умеренные по интенсивности схваткообразные боли, усиливающиеся при нарушении диеты, жидкий или кашицеобразный стул до 2-5 раз в сутки с примесью крови.

При колоноскопии определяется следующая эндоскопическая картина: слизистая оболочка прямой кишки и левой половины ободочной кишки не изменена, в восходящем отделе ободочной кишки отмечается сегментарное сужение просвета на участке около 20 см, слизистая оболочка в этой зоне имеет глубокие язвы-трещины, покрытые фибрином. в виде „булыжной мостовой", взята множественная биопсия

1. Какой предварительный диагноз и его обоснование?
2. Каковы характерные микроскопические признаки болезни Крона, определяемые при гистологическом исследовании биоптата?
3. Какие внекишечные осложнения наиболее часто встречаются при болезни Крона?
4. Назовите объем медикаментозной терапии при данной форме Болезни Крона и дайте его обоснование
5. Каковы варианты хирургического лечения болезни Крона?

Задача № 2

Больная Н., 18 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови до 15-20 раз в сутки, частые болезненные позывы на дефекацию, схваткообразные боли в животе, тошноту, похудание, нарастающую общую слабость.

Считает себя больной в течение 3 недель, когда появился учащенный жидкий стул с постоянной примесью крови. Состояние при поступлении тяжелое, больная пониженного питания. Кожа бледная, сухая. Температура тела 38,3 °С, число дыханий - 22 в минуту. В легких при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритмичны, систолический шум на верхушке. ЧСС - 106 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины не определяются.

Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, край уплотнен. Селезенка не пальпируется. Отеки голени и стоп.

В анализах крови: Hb - 70 г/л, эритроциты - 2,5х10 /л, лейкоциты - 14х10 /л, палочкоядерные - 10 %, сегментоядерные - 59 %, лимфоциты - 18 %, эозинофилы - 3 %, моноциты - 10 %, СОЭ - 43 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, общий билирубин -18,6 ммоль/л, алАТ - 60 ЕД, АСТ - 80 ЕД, К+ - 3,5 мэкв/л, Na+ - 135 мэкв/л.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Ректороманоскопия: слизистая оболочка резко гиперемирована, диффузно кровоточит, отечна, утолщена, стенки кишки покрыты гнойным налетом, множественные сливные язвы, сосудистый рисунок отсутствует, в просвете кишки - гной, кровь.

Больной назначена медикаментозная терапия.

К концу пятых суток пребывания в стационаре на фоне проводимой терапии частота стула значительно уменьшилась, однако общее состояние больной ухудшилось: усилились боли в животе, отмечалась неоднократная рвота, повысилась температура тела до 39,8 °С, участилось ЧСС до 140 в минуту, снизилось АД до 70/40 мм рт.ст. При обследовании лицо бледное, покрытое холодным липким потом, живот резко вздут, болезненный по всей поверхности, симптомы раздражения брюшины положительные.

В анализе крови лейкоцитоз - $22x10^9$, со сдвигом формулы влево (15 % палочкоядерных нейтрофилов).

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: в брюшной полости определяется свободный газ, поперечно-ободочная кишка расширена в диаметре до 8-10 см, отмечается отсутствие гаустраций.

1. Определите клиническую форму заболевания в момент поступления больной в стационар.
2. Показано ли в данной ситуации проведение колоноскопии для определения распространенности поражения толстой кишки? Какой возможен другой вариант обследования?
3. Каков объем медикаментозной терапии при молниеносной форме ЯК, тотальном колите, тяжелом течении?
4. Какое осложнение язвенного колита развилось у больной на 5 сутки стационарного лечения?
5. Каков объем хирургического вмешательства необходим при данном осложнении?

Задача № 3

Пациентка 1962гр была направлена гастроэнтерологом в эндоскопическое отделение для проведения колоноскопии с жалобами на боли в нижней половине живота, запоры. Протокол эндоскопического исследования:

колоноскоп проведен в нисходящий отдел ободочной кишки, далее визуализация затруднена из-за наличия в просвете кишки мутной хлопьевидной жидкости. В дистальной части нисходящей ободочной кишки визуализируется единичный полип, без ножки, слегка приподнятый, размером около 1 см, слизистая полипа по цвету не отличается от окружающей. Слизистая сигмовидной кишки гиперемирована, складки высокие, тонус повышен, сосудистый рисунок усилен. В сигмовидной кишке определяются единичные дивертикулы до 0.5см без признаков дивертикулита.

1. Оформить эндоскопическое заключение с использованием современных классификаций.
2. Каковы рекомендации эндоскописта по дальнейшему обследованию пациента?
3. Назовите осложнения дивертикулеза толстой кишки. Какое из этих осложнений встречается наиболее часто?
4. Какова эндоскопическая тактика лечения выявленного полипа сигмовидной кишки?
5. Какое динамическое эндоскопическое наблюдение рекомендуется после удаления полипа?

Задача № 4.

Больная М., 58 лет, обратилась к врачу с жалобами на постоянные боли в левой подвздошной области, неустойчивый стул с склонностью к запорам. Заболела остро 2 дня назад. Общее состояние больной ближе к удовлетворительному. Аппетит сохранен. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Температура тела 37,3°С. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Общий анализ крови – Нв 142 г/л ; лейкоциты – 10.0×10^9 ;СОЭ – 14 мм/ч Общий анализ мочи – без патологии. Осмотр гинеколога – без патологии.

1. Какой предварительный диагноз?
2. Назовите варианты клинического течения дивертикулеза толстого кишечника
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какой объем дополнительного обследования необходимо выполнить для подтверждения предварительного диагноза?
5. Какова тактики применения колоноскопии в данной ситуации?

Задача № 5.

Больной Н. 60 лет поступил в хирургический стационар с жалобами на постоянные боли в левой подвздошной области, субфебрильную температур, неустойчивый стул со склонностью к запорам. Болен в течение 2 дней. Состояние средней тяжести. Температура 38,0 Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется плотный неподвижный болезненный инфильтрат, уходящий в полость малого таза. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз – 12,4 $\times 10^9$/л.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какой объем дополнительного обследования необходимо выполнить для подтверждения предварительного диагноза?

3. Какие виды острых осложнений встречаются при дивертикулярной болезни толстой кишки?
4. Какова тактика лечения острого паракишечного инфильтрата?
5. Какова тактика наблюдения за больными, перенесшими осложнение дивертикулярной болезни в виде острого паракишечного инфильтрата?

Задача № 6.

Больной 62 лет поступил в приемное отделение с жалобами на слабость, жидкий стул со значительной примесью темной крови. Болен в течение двух суток. Состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 104 в мин., АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено, в ампуле определяется обильное содержимое с примесью темной крови. Нв=80г/л.

1. Определите тактику лечения и эндоскопического обследования больного.
2. Каковы наиболее часто встречающиеся причины толстокишечных кровотечений?
3. Какова тактика лечения дивертикулярной болезни, осложненной кровотечением ?
4. Каковы методы эндоскопического гемостаза при толстокишечном кровотечении?
5. Какова тактика лечения жизнеугрожаемого массивного толстокишечного кровотечения?

Задача № 7.

Пациент Т. 43 лет поступил в стационар с жалобами на рвоту цвета «кофейной гущи», дегтеобразный стул, слабость, учащенное сердцебиение, головокружение. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, холодный пот, умеренное снижение АД. По результатам общего анализа крови – выявлено снижение количества эритроцитов и гемоглобина. ЭГДС: в желудке визуализируется активное струйное кровотечение.

1. Опишите локализацию зоны кровотечения, изображенную на данном фото?
2. Какому типу по Forrest такое кровотечение соответствует?
3. Необходимо ли в данном случае хирургическое вмешательство?
4. Какие эндоскопические методы лечения вы можете предложить?
5. Если показано эндоскопическое наблюдение в динамике, то в какие сроки после лечения?

Задача № 8.

В стационар поступил пациент в. 47 лет с жалобами на сильную боль в животе, локализующуюся в верхних отделах живота, но затем распространившуюся по всему животу. При поколачивании по животу, поворотах в постели, покашливании боль резко усиливается; отмечается «доскообразное» напряжение передней брюшной стенки. Живот несколько втянут, не участвует в дыхании. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах живота. При эндоскопическом обследовании выявлена следующая картина: в ср/3 тела желудка выявлен кратерообразный язвенный дефект треугольной формы с инфильтрацией краев до 2 см без четко определяемого дна, с налетом фибрина.

1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?
2. Какова тактика при лечении этого заболевания?
3. Возможно ли применение консервативного лечения при прободной гастродуоденальной язве?
4. В каком объеме должна быть выполнена экстренная операция?
5. Допустимо ли выполнение ушивания перфоративой язвы лапароскопическим доступом? Необходима ли интраоперационная фиброгастродуоденоскопия?

Задача № 9.

Больной с., 45 лет, поступил с жалобами на интенсивные, ноюще-колющие боли в животе (эпигастральная область, вокруг пупка), средней продолжительности (до 1,5-2 часов), чаще до еды или через 1,5-2 часа после еды, иногда - по утрам до завтрака. В последнем случае прием пищи частично купировал болевой синдром. Боли усиливались после употребления в пищу кислых, острых и жареных блюд. Для купирования боли иногда применял спазмолитики и антациды (с непродолжительным эффектом). Диспепсические жалобы: периодически отмечается отрыжка, изжога (при переедании вечером), чувство быстрого насыщения, склонность к запорам.

Из анамнеза известно, что пациент болен в течение 3 лет, ранее не обследовался и не лечился. Среди факторов запуска обострения называет погрешности в диете и нарушение режима питания, а также физические нагрузки. Частота обострений 2-3 раза в год, сезонность отчетливо не прослеживается, однако летом самочувствие значительно улучшается.

При объективном исследовании выявляются следующие патологические признаки. Язык обложен белым налетом, больше у корня. Живот мягкий, доступен поверхностной пальпации во всех отделах. При глубокой пальпации определяется болезненность в области эпигастрия, пилородуоденальной зоне, правом подреберье, точке Мейо-Робсона. Симптомы Менделя и пузырные (Ортнера, Кера, Мерфи) - положительны. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены в размерах, сигма не спазмирована. Мочеиспускание не нарушено.

При проведении ЭГДС определяется рубцовая деформация луковицы ДПК, выявлено 2 дефекта слизистой оболочки с налетом фибрина, инфильтрацией и эпителизацией краев, до 0.3 и 0.7 см соответственно.

1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае и, учитывая эндоскопическую картину, определите фазу заболевания?
2. Какова тактика для уточнения диагноза и лечения этого заболевания?
3. Если показано эндоскопическое наблюдение в динамике то как часто?
4. Развитие какого осложнения язвенной болезни имеет наибольшую вероятность в описанном состоянии?
5. Возможно ли эндоскопическое бужирование зоны стеноза ДПК?

Задача № 10.

Больной в. 45 лет, поступил с жалобами на слабость, снижение работоспособности, тупые, ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, рвоту съеденной пищей. Болен в течение 2 месяцев, лечился самостоятельно - принимал но-шпу и анальгин. В первое время, после приема лекарств, боли беспокоили меньше. В последние дни участились рвоты. Потерял в весе около 10 кг. В эпигастральной области неотчетливо пальпируется плотная инфильтрация.

При ЭГДС в теле желудка выявлен инфильтрат с бугристой поверхностью, грязно-серым налетом, перистальтика отсутствует, слизистая оболочка контактно кровоточива.

1.Ваш диагноз?
2.Какие исследования целесообразно произвести для его подтверждения?
3.Какие дополнительные исследования показаны пациенту для определения тактики лечения?
4. Что, по вашему мнению, имеет значение в определении тактики ведения больного (радикальная, паллиативная операция, комбинированное лечение, превентивная химиотерапия, симптоматическая терапия)?
5. Какой объем радикальной операции показан больному с локализацией раковой опухоли в теле желудка?

Задача № 11.

Больной, 52 лет, обратился к гастроэнтерологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на затруднение глотания на уровне нижней трети грудины, при приеме любой пищи. Нарушение глотания впервые возникло более 2 лет назад, однако оно значительно усилилось около месяца назад наряду с появлением неприятного запаха изо рта, слюнотечения, жжения за грудиной после еды.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Ад 125/85 мм.рт.ст. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. В легких без патологии. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Печень по краю правой реберной дуги, край ровный, при пальпации безболезненный. Стул, со слов больного, без особенностей.

После проведения ЭГДС выявлено расширение просвета пищевода, сужение кардии, при проведении эндоскопа в области кардиоэзофагеального перехода ощущается сопротивление.

1. Какое заболевание следует заподозрить в первую очередь
2. Появление новых жалоб у пациента вызвано

3. Какие признаки, характерные для данного заболевания, выявляются при контрастном рентгеновском исследовании пищевода?
4. Определите тактику ведения данного больного, какой вид хирургического лечения является наиболее современным и малоинвазивным?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать ахалазию пищевода?

Задача № 12.

У пациента 70 лет с циррозом печени наблюдается следующая эндоскопическая картина при проведении ЭГДС: определяются продольно извитые варикозно-расширенные вены пищевода более, чем 10 мм, сильно набухшие, пролабирующие в просвет, занимают 2/3 пищевода, слизистая оболочка пищевода истончена.

1. Какое заключение можно дать по данной эндоскопической картине ?
2. Каковы патогенетические причины развития варикозных вен пищевода и верхней тети желудка?
3. Чем опасно прогрессирование флебэктазии для данной степени?
4. Определите тактику планового лечения пациента и лечения в срочных ситуациях?
5. Является ли борьба с портальной гипертензией и кровотечениями из варикозных вен радикальным методом лечения? Какой радикальный метод хирургического лечения возможен при циррозе печени?

Задача № 13.

У мужчины 32 лет после злоупотребления алкоголем была неоднократная рвота в ночное время. Утром рвота однократная, по типу «кофейной гущи». Мочеиспускание в норме. Стула не было. При осмотре цвет кожи обычный, влажность слегка повышена, тахикардия около 92 в мин. АД 120/75 мм рт.ст. При проведении ЭГДС: в кардиоэзофагеальной зоне обнаружена продольная трещина. Края разрыва отечные, пропитаны кровью, прикрыты сгустком крови, из-под сгустков крови отмечается подтекание свежей крови.

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие эндоскопические методы могут быть применены для остановки кровотечения при синдроме Меллори-Вейса?
3. Какие методы консервативной терапии применяются при данном синдроме?
4. Если эндоскопический гемостаз неэффективен, какое лечение следует применить?
5. Какова частота кровотечений неопухолевой природы из верхнего отдела желудочно- кишечного тракта в результате синдрома Меллори-Вейса?

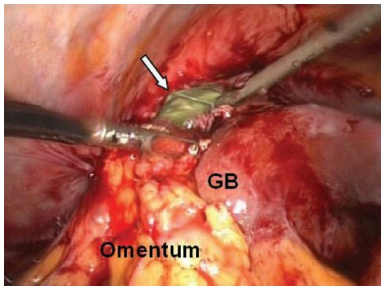
Задача № 14.

На фотографии изображен этап выделения треугольника Кало во время проведения лапароскопической холецистэктомии.

1. Что является границами треугольника Кало?
2. Что важного в треугольнике Кало?
3. Какая структура заклипирована, какая пересекается?

Задача № 15.

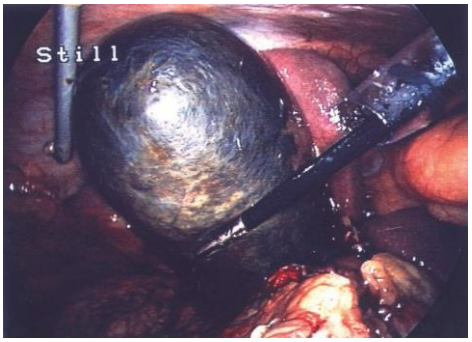
По срочной помощи в больницу доставлен 65-летний мужчина с жалобами на боль в правой эпигастральной области, периодическими подъемами температуры. При обследовании выявлен лейкоцитоз, подъем уровня С-реактивного белка. Выполнена видеолапароскопия.



1. Что изображение на фотографии? Что отмечено белой стрелкой и что могло привести к такой ситуации?
2. Какие заболевания могут приводить к подобному осложнению?
3. Какие исследования нужно провести интраоперационно для установления причины данного состояния?

Задача № 16.

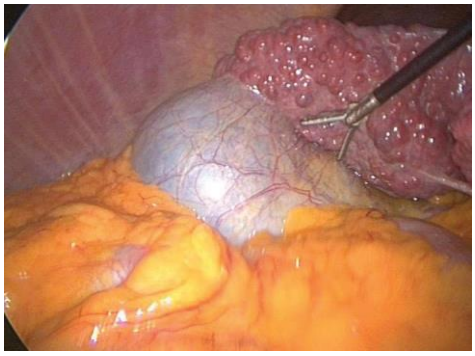
60-летний мужчина был доставлен в больницу с диагнозом «правосторонняя нижнедолевая пневмония» и с болями в правом эпигастрии. После трех суток неэффективной антибиотикотерапии выполнено УЗИ. Исследование показало растянутый с утолщенной стенкой желчный пузырь с камнями в просвете. Выполнена видеолапароскопия.



1. Опишите патологию, изображенную на фотографии.
2. Необходима ли постановка чрескожного дренажа в ведении данного пациента?
3. Какое состояние, кроме калькулезного холецистита могло привести к данной патологии?

Задача № 17.

На фотографии изображен начальный этап лапароскопической холецистэктомии

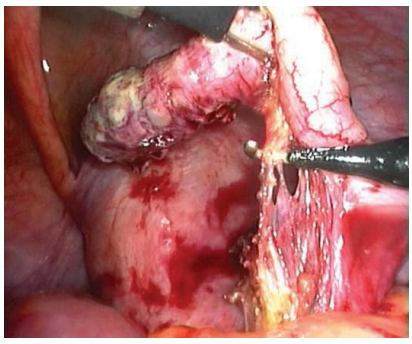


1. Какая патология печени представлена на фотографии?
2. Каковы риски хирургического вмешательства у пациента с данной патологией?
3. Какие осложнения могут быть в связи с увеличением градиента чреспеченочного венозного давления?
4. Какую современную методику вы знаете, которая бы могла решить данную проблему?

Задача № 18.

Данные фотографии сделаны во время диагностической лапароскопии пациентам с подозрением на аппендицит.

Фотография № 1

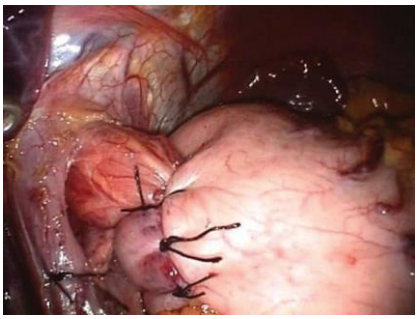


Фотография № 2

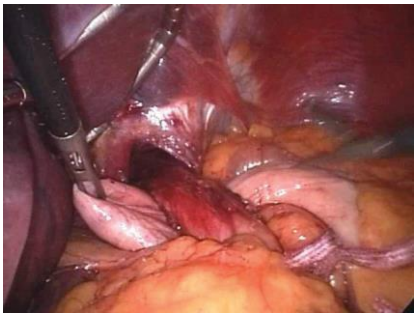
1. Опишите этапы типичной аппендэктомии.
2. В чем очевидные различия между фотографиями № 1и № 2?

Задача № 19.

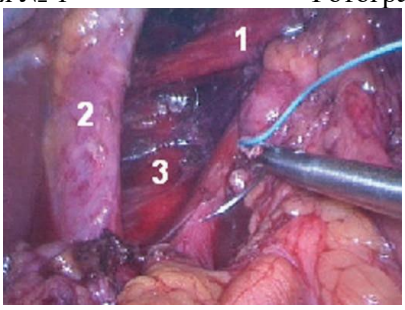
На данных фотографиях изображено оперативное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.



Фотография № 1



Фотография № 2

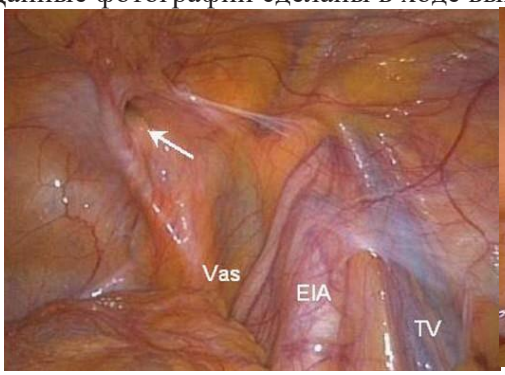


Фотография № 3

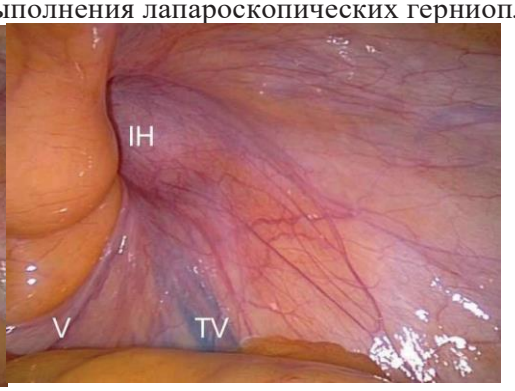
1. Опишите общие принципы антирефлюксной хирургии. Какая операция выполнена на первой фотографии? Какие модификации данной операции существуют?
2. Опишите этап оперативного лечения, изображенного на второй фотографии.
3. Какие анатомические структуры обозначены цифрами? Какой этап операции завершается?

Задача № 20.

Данные фотографии сделаны в ходе выполнения лапароскопических герниопластик.

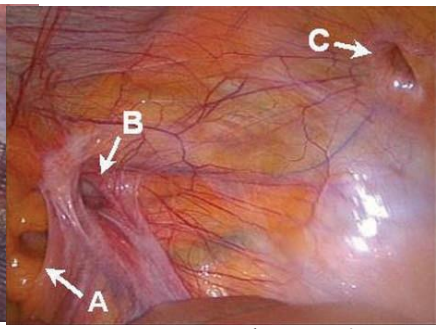


Фотография № 1



Фотография № 2

Фотография № 3



Фотография № 4

1. Какой диагноз можно поставить в каждом случае?

2. Определите анатомические структуры обозначенные аббревиатурами.
3. Где именно расположена сетка на третьей фотографии и в чем принципиальная важность установки ее именно в этом месте?
4. На четвертой фотографии изображено несколько правосторонних грыж, выявленных при лапароскопии. Определите все помеченные буквами дефекты.

Задача № 21.

Больной 43 лет, доставленный в срочном порядке, жалуется на боли в эпигастральной области и правой половине живота. 5 часов назад внезапно появились резкие боли в эпигастрии. Была однократная рвота. Через час боли распространились в правую половину живота. Боли в эпигастрии стали не такими резкими. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, язык сухой. Живот напряжен болезненный в эпигастрии и больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положителен в эпигастрии, более резко в правой подвздошной области. Аппендикулярные симптомы положительны. Притупление в отлогих местах не выражено. Перистальтика кишечника резко ослаблена. Печеночная тупость сглажена.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие данные анамнеза могут помочь в диагностике?
4. Какие дополнительные методы необходимо использовать?
5. Если вы решите больного оперировать, то какие операции возможны и чем обусловлен ваш выбор?

Задача № 22.

Больной 48 лет обратился с жалобами на общую слабость, головокружение, рвоту содержимым в виде "кофейной гущи", дважды был стул жидким калом черного цвета. Заболел 2 суток назад. Заболевание связывает с нарушением в питании и физической нагрузкой. В прошлом отмечает изжогу, боли в эпигастрии после приема алкоголя и грубой пищи. Не обследовался, не лечился. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 100 уд в 1 мин, ритмичный. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастрии. Вены брюшной стенки не расширены. Нв-70 г/л.

1. О каком осложнении вы подумали?
2. Что могло быть источником кровотечения?
3. Какие исследования необходимо провести для выяснения источника кровотечения?
4. Классификация тяжести желудочного кровотечения по Forest.
5. Какие методики наряду с медикаментозной терапией существуют для остановки кровотечения?
6. Методики эндоскопического гемостаза.
7. Тактика лечения рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза
8. Что может быть показанием к хирургическому вмешательству, и какие операции применяются для остановки кровотечения?

Задача № 23.

У больной 59 лет 4 дня назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились затем в правую подвздошную область. Дважды была рвота, температура повысилась до 37,5° С. Больная принимала тетрациклин и анальгин и обратилась к врачу только на 5-й день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больной средней тяжести. Температура 37,4° С, пульс 88 уд в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налетом. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12х8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Лейкоцитов в крови $11x10^9$/л.

1. О каком заболевании можно думать?
2. С какими заболеваниями следует его дифференцировать в первую очередь?
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Какая и при каких изменениях клиники может потребоваться срочная операция?
5. Какие рекомендации надо дать при выписке из стационара?

6. Каковы оптимальные сроки проведения отложенной операции?

Задача № 24.

Пострадавший 40 лет сбит автомобилем за 30 минут до поступления в стационар. Предъявляет жалобы на сильные боли в левой половине грудной клетки и левом подреберье, слабость, головокружение. При осмотре: бледность кожных покровов, "хруст снега" при пальпации всей левой половины грудной клетки, резкая болезненность и крепитация ребер при пальпации по лопаточной линии. ЧДД- 28 в мин. Дыхание жесткое, выслушивается во всех отдела, ослаблено слева по всей поверхности. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные, чистые. Пульс- 110 уд в 1 мин. слабого наполнения и напряжения. АД- 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации болезненный, напряжение мышц в эпигастральной области и левом подреберье. Перитонеальные симптомы сомнительные.

1. Какие дополнительные методы исследования Вам необходимы для уточнения диагноза?
2. Какие патологические симптомокомплексы-синдромы могут быть у больного с закрытой травмой живота?
3. Какие диагностические методы исследования помогут Вам уточнить характер повреждения внутренних органов брюшной полости? Грудной клетки?
4. Предварительный диагноз. Тактика.
5. Лечение. Прогноз для жизни и трудоспособности?

Задача № 25.

Больной 62 лет поступил в порядке срочной помощи с клиникой распространенного гнойного перитонита. Перитонеальные симптомы резко положительны, перистальтика не определяется, склонность к гипотонии, признаки полиорганной недостаточности. Болен в течение четырех суток. По данным расспроса причиной перитонита предположительно явился острый аппендицит.

1. Нужна ли в данной ситуации предоперационная подготовка?
2. Имеются ли показания к проведению, каких - либо лабораторных и инструментальных методов исследования с целью до операционного подтверждения источника перитонита?
3. Выбор хирургического доступа?
4. Методы санации брюшной полости?
5. Имеются ли показания к интубации тонкой кишки?
6. Методы завершения операции.
7. Что такое методика программированной релапаротомии, релапаротомии «по требованию»?

Задача № 26.

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабоположительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – 16,2 х 10^9/л, Эр – 3,4 х 10^{12}/л, СОЭ 24 мм/ч.

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий
5. Принципы консервативной терапии

6. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
7. Выбор объема операции в соответствии с национальными рекомендациями.

Задача № 27.

Больной 32 лет доставлен на второй день от начала заболевания. После приема алкоголя отметил появление сильных болей в верхней половине живота опоясывающего характера, многократной рвоты, не приносящей облегчения, слабость.

Состояние больного тяжелое, заторможен, пульс 110 ударов в минуту, АД 70/40 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, при пальпации болезненный в верхней половине, аускультативно перистальтика не определяется. Положительные симптомы Мондора, Грей-Тернера, Кулена, Воскресенского, Мейо-Робсона. Симптом Щеткина-Блюмберга (-).

1. Дайте обоснование предварительного диагноза. Назовите современную классификацию данного заболевания.
2. Какими исследованиями диагноз можно уточнить?
3.Показания и сроки выполнения КТ-исследования
4..Каков способ оценки органной недостаточности в данном состоянии?
5. Каков объем консервативной терапии ?
6. Показано ли оперативное лечение в момент поступления? Показания к хирургическому и навигационному лечению
7.Тактика хирургического лечения, сроки выполнения операций

Задача № 28.

Больной 32 лет, 5-е сутки лечения в хирургическом отделении ЦРБ с острым панкреатитом. Состояние тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, положительной динамики в течение заболевания не отмечается. Сохраняются симптомы полиорганной недостаточности. Язык сухой. Живот вздут, болезненный в эпигастрии, правом подреберье, по правому боковому каналу. Перистальтика не выслушивается. Умеренный лейкоцитоз, амилаза крови – 560 ед.\ л УЗИ органов брюшной полости – увеличение и отек тела поджелудочной железы, свободная жидкость в сальниковой сумке и в брюшной полости - по левому флангу.

1.Сформулируйте клинический диагноз. Назовите современную классификацию острого панкреатита, классификация тяжести течения заболевания
2.Какова тактика дальнейшего лечения больного?
3.Каков объем дополнительного обследования?
4.Какова возможная характеристика жидкостных скоплений при остром панкреатите на 5-е сутки от начала заболевания?
5.Каковы оптимальные сроки и объем оперативных вмешательств при панкреонекрозе.

Задача № 29.

У больной на 9 сутки от начала заболевания и на 5 сутки после поступления в больницу с аппендикулярным инфильтратом усилились боли в правой подвздошной области. Температура приняла гектический характер. Объективно: язык влажный, пульс 100 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется инфильтрат с нечеткими контурами, который увеличился в размерах и стал более болезненным, над ним определяется положительный симптом Менделя. При исследовании прямой кишки пальцем нависания передней стенки не обнаружено.

1. Какое осложнение наступило у больной?
2. Какова тактика хирурга?
3. Если показано оперативное лечение, опишите методику различных вариантов операции.
4. Какие рекомендации необходимо дать больному при выписке?

Задача № 30.

Больной 42 лет поступил по скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Болен в течении 12 часов. В анамнезе 4 года назад была произведена аппендэктомия. Состояние больного средней тяжести, беспокоен. Пульс - 100 уд/мин.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, больше в мезогастрии, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в мезогастрии. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перкуторно: тимпанит в нижней половине. Аускультативно: перистальтика ослаблена.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования нужно провести?
3. Каковы особенности рентгенологического обследования при диагностике данного состояния?
4. В каком лечении больной нуждается (лечебно-диагностический комплекс)?
5. Какие варианты операции возможны?

Задача № 31.

Больная 68 лет поступила по скорой помощи. Жалобы на ноющие боли по всему животу, задержку стула и газов в течение последних суток, вздутие живота в течение последней недели. Последние два года беспокоят запоры, принимает слабительные. Состояние средней тяжести. Пульс - 92 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, малоболезненный по ходу толстого кишечника. Перкуторно тимпанит во всех отделах. Аускультативно перистальтика ослабленная, положительные симптомы Склярова, Кивуля. При ректальном исследовании ампула прямой кишки пустая. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. О каком заболевании вы подумали?
2. Каковы особенности рентгенологического обследования при диагностике толстокишечной кишечной непроходимости?
3. Возможности эндоскопии в лечении данной патологии.
4. Выбор тактики хирургического лечения на основе национальных рекомендаций
5. Каковы варианты хирургических вмешательств – дренирующие, радикальные, одномоментные?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.

Задача №1.

1. Болезнь Крона. Обоснование: прерывистый характер поражения, трансмуральный характер поражения - язвы-трещины, наличие стриктуры.
2. Для болезни Крона характерно наличие саркоидных гранулем, афтоидных язв или трансмуральных лимфоидных скоплений, нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки. Гранулемы при болезни Крона состоят из эпителиоидных и гигантских клеток типа Пирогова—Лангханса.
3. Наиболее часто встречаются при болезни Крона артралгия или артрит; ирит или увеит; узловая эритема; гангренозная пиодермия или афтозный стоматит.
4. У больного болезнь Крона восходящего отдела ободочной кишки, легкое течение, первая атака. Показано назначение препаратов 5 – АСК (месалазин4 г в сутки), поддерживающая терапия — месалазин 1-1,5 г.
5. Вариантами хирургического лечения болезни Крона являются резекция пораженного сегмента с формированием кишечного анастомоза в пределах здоровых тканей, субтотальная резекция ободочной кишки с наложением одноствольной илеостомы, колэктомия с формированием илео-ректального анастомоза, стриктуропластика.

Задача №2.

1. В данном случае наблюдается молниеносная форма ЯК, тотальный колит, тяжелое течение.
2. Выполнение колоноскопии при молниеносной форме ЯК, тотальном колите, тяжелом течении противопоказано. Для оценки распространенности поражения целесообразно проведение ирригоскопии с двойным контрастированием.
3. Показано назначение преднизолона 2 мг/кг/сутки, местное введение месалазина 2-4 г в микроклизмах, инфузионная терапия для коррекции водно-электролитных нарушений. При отсутствии в течение 7 дней эффекта от гормональной терапии необходимо назначение препаратов второй линии – инфликсимаб или циклоспорин А. При отсутствии эффекта – рассмотрение вопроса о хирургическом лечении.
4. У больной развилась токсическая дилатация и перфорация толстой кишки, разлитой перитонит.
5. В данной ситуации рекомендуется выполнять колпроктэктомию с илеостомией по Бруку.

Задача №3.

1. Полип нисходящей ободочной кишки (IIа по Парижской классификации). Дивертикулез сигмовидной кишки.
2. Необходимо после повторной подготовки выполнить повторную колоноскопию с целью полного осмотра толстой кишки. Биопсию полипа целесообразно не производить - морфологическое исследование ткани полипа выполнить после его полного эндоскопического удаления.
3. Осложнениями дивертикулеза являются кровотечения, дивертикулит, перфорация, инфильтрат, внутренние и наружные свищи. Наиболее часто встречается дивертикулит.
4. При полипе типа IIа размером 1 см показано его эндоскопическое удаление; методика - резекция слизистой оболочки.
5. Первая колоноскопия – через 6 мес, последующая – через 3 года .

Задача №4.

1. Дивертикулярная болезнь. Острый дивертикулит.
2. 1.Бессимптомный дивертикулёз.
   2. Клинически выраженный дивертикулез.
   3.Дивертикулярная болезнь (острые и хронические осложнения)
3. Рак толстой кишки, болезнь Крона, острый аппендицит, ишемический колит, мочекаменная болезнь
4. Для подтверждения дивертикулярной болезни, осложненной острым дивертикулитом необходимо выполнить УЗИ брюшной полости, КТ с контрастированием толстой кишки, ирригоскопию с водорастворимым контрастом.

5. При остром дивертикулите выполнение срочной колоноскопии опасно риском развития осложнений (перфорация толстой кишки). Колоноскопию необходимо произвести после купирования воспалительного процесса – спустя 2 месяца после выписки больного.

Задача №5.

1. Дивертикулярная болезнь. Острый паракишечный инфильтрат.
2. Для подтверждения дивертикулярной болезни толстой кишки, осложненной острым паракишечным инфильтратом необходимо выполнить УЗИ брюшной полости, КТ с контрастированием толстой кишки, ирригоскопию с водорастворимым контрастом. Колоноскопию необходимо произвести после купирования воспалительного процесса (по данным методов лучевой диагностики).
3. Выделяют (ГНЦК) следующие виды острых осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки: острый дивертикулит, острый паракишечный инфильтрат (периколическая флегмона), перфоративный дивертикулит, толстокишечное кровотечение.
4. Объем лечения включает спазмолитики, прокинетики, антибиотики (ципрофлоксацин или цефалоспорины широкого спектра + метронидазол), псиллиум (Мукофальк), месалазин (Салофальк) – для ускорения купирования обострения. Грубые пищевые волокна исключают из диеты.
5. После купирования острого осложнения необходимо выполнить полное эндоскопическое обследование толстой кишки. Риск развития рецидивного эпизода воспаления у лиц, перенесших атаку острого паракишечного инфильтрата (периколической флегмоны) или же переход заболевания в хроническую форму составляет более 50%, в связи с чем больным рекомендуется плановое хирургическое лечение.

Задача № 6.

1. Больного необходимо поместить в отделение интенсивной терапии, на фоне инфузионной и гемотрансфузионной терапии необходимо выполнить обследование (гастродуоденоскопию) верхних отделов желудочно-кишечного тракта для исключения наиболее часто встречающихся источников профузных внутренних кровотечений. При исключении источника кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта показано обследование толстой кишки:в первую очередь необходимо выполнить ректоскопию для исключения аноректального источника кровотечения. Если ректоскопия не выявляет источника кровотечения, то показана колоноскопия.
2. Наиболее часто встречающиеся причины толстокишечных кровотечений: дивертикулез толстой кишки, рак толстой кишки, язвенный колит, ишемический колит.
3. В случае неэффективности консервативной терапии при локализованном источнике кровотечения целесообразно выполнить эндоскопический гемостаз, при нелокализованном источнике кровотечения показана экстренная операция - сегментарная резекция толстой кишки.
4. При эндоскопической верификации источника кровотечения выполнить остановку кровотечения можно путём инъекции гипертонического раствора адреналина, электрокоагуляции, клипирования кровоточащего сосуда.
5. При продолжающемся массивном толстокишечном кровотечении показана селективная ангиография. При установленном локализованном источнике кровотечения показан эндоваскулярный гемостаз (вазопрессин, эмболизация), в случае неудачи – сегментарная резекция толстой кишки. При неустановленном источнике кровотечения необходимо выполнить лапаротомию, интраоперационную колоноскопию с последующей сегментарной или тотальной колэктомией.

Задача № 7.

1. Малая кривизна тала желудка.
2. Forrest 1 A
3. Необходим эндоскопический гемостаз.
4. 1.инфильтрация+электрокоагуляция
   2.Клипирование.
   3.Аргоновоплазменная коагуляция
5. При появлении признаков рецидива кровотечения; при отсутствии рецидива через 7дней

Задача № 8.

1. Перфоративная язва желудка, возможна прикрытая перфорация
2. Экстренное хирургическое лечение
3. Консервативное лечение осуществляют в крайне редких случаях, когда пациент, находящийся в здравом сознании, категорически отказывается от операции. Под местной анестезией в желудок вводят зонд, через который его освобождают от содержимого. После удаления толстого зонда трансназально проводят тонкий желудочный зонд с несколькими боковыми отверстиями и подключают его к аппарату для постоянной аспирации, которую осуществляют на протяжении нескольких суток. По возможности производят под местной анестезией лапароцентез в отлогом месте живота под контролем УЗИ, фиксируют к коже дренаж и контролируют характер содержимого брюшной полости, выделяющийся по дренажу. Кладут пузырь со льдом на живот. Проводят коррекцию водно-электролитного баланса, полноценное парентеральное питание, дезинтоксикационную терапию и назначают массивные дозы антибиотиков в течение 7-10 суток. Перед удалением зонда по нему вводят водорастворимый контраст и с помощью рентгенологического исследования убеждаются в отсутствии его затекания за контуры желудка или двенадцатиперстной кишки. Между тем даже в случае отграничения зоны перфорации гастродуоденальной язвы вероятность формирования локальных гнойников брюшной полости очень велика.
4. В большинстве случаев производится лапаротомия и ушивание перфорационного отверстия. При необходимых условиях может быть выполнена резекция желудка по одной из модификаций.
5. Лапароскопический доступ для ушивания перфоративной язвы желудка и ДПК имеет право на жизнь при определенных (удобных) локализациях язвы, отсутствия необходимости резекции желудка и сопутствующих осложнения. Фиброгастродуоденоскопию необходимо выполнить до хирургического вмешательства, а возможно и по ходу операции, для определения локализации язвенного дефекта, наличия других язв, других возможных язвенных осложнений: кровотечения, имеющегося или потенциального после ушивания стеноза привратника.

Задача № 9.

1. Рубцующиеся язвы и рубцовая деформация луковицы ДПК. фаза рубцевания очевидна, поскольку четко определяется грануляционная ткань, зона эпителизации.
2. Необходима биопсия из краев язвы и неизменной стенки желудка, соблюдения диеты, если обнаружен Нв - проведение эрадикационной терапии с ИПП и протекторами слизистой оболочки желудка и ДПК в течении как минимум 3-х недель.
3. После лечения с положительным эффектом - через 1 месяц, далее каждую весну, осень.
4. Стеноз привратника.
5. Возможна деликатная попытка бужирования эндоскопом зоны развивающегося стеноза с применением лечебных масел при условии заживления дефектов и наличия свежего рубца.

Задача № 10.

1.Опухоль желудка, с высокой вероятностью – злокачественная.

2.Биопсию ткани опухоли из нескольких точек с морфологическим исследованием биоптата.

3. Стандартные лабораторные исследования крови и мочи с определением специфичных для поражения ЖКТ онкомаркеров, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгеновское обследование грудной клетки, исследования функции жизненно важных органов, РКТ (МРТ) живота, для определения границ новообразования – эндосонографию, при подозрении на генерализации процесса – лапароскопию.
4. Имеют значение: гистологический диагноз, наличие опухолевых осложнений (кровотечение, стеноз), коморбидный фон, наличие признаков генерализации процесса.
5. Гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме, как минимум, Д-2

Задача № 11.

1. Ахалазию кардии.
2. Прогрессированием сужения. развитием застойного эзофагита

3. Сужение дистального участка пищевода в виде «мышиного хвоста» с ровными контурами; супрастенотическое расширение пищевода; отсутствие перистальтических волн; отсутствие газового пузыря желудка. Возможно наличие S-образного или «сморщенного» пищевода.
4. Проведение (пневмо)кардиодилатации, назначение нитратов или ß-блокаторов, при неэффективности – показано хирургическое лечение в объеме операции Геллера (кардиомиотомии) традиционным или лапароскопическим доступом. Наиболее современный и наименее инвазивный подход: эндоскопическая пероральная субмукозная эзофагомиотомия.
5. Заболевание следует дифференцировать с тяжелой рубцовой стадией ГЭРБ, раком нижней трети пищевода, последствиями химического ожога, системным заболеванием соединительной ткани (склеродермия).

Задача № 12.

1. Варикозном расширении вен пищевода 3й степени
2. Причина варикозного расширения вен указанной локализации: развитие портальной гипертензии в результате цирроза или опухолей печени, тромбоза воротной вены, врожденных аномалий сосудов или секторальной (сегментарной) портальной гипертензии в системе селезеночной вены, например, при индурации или опухоли поджелудочной железы.
3. Угрозой профузных кровотечений в результате аррозии или трещины стенки вены.
4. Применение гемостатической терапии, ИПП, соматостатинов. Эндоскопические методы временного гемостаза: склерозирование, клипирование варикозных вен, установка зонда Блэкмора до 7 дней. Эндоваскулярная техника: портосистемное стент-шунтирование, эмболизация вен верхней трети желудка. Хирургическое прошивание вен из гастротомии, наложение портокавальных анастомозов.
5. Нет, не является. Этиопатогенетический радикальный метод лечения цирроза – трансплантация печени.

Задача № 13.

1. Синдром Мэллори-Вейса.
2. Аргоноплазменная коагуляция, электрокоагуляция, лигирование, клипирование сосудов, обкалывание места кровотечения адреналином и гемостатиками, инсуффляция сорбентов, также сочетания различных способов.
3. Соблюдение диеты, гемостатическая, антисекреторная терапия, применение холода на живот, установка зонда Блэкмора.
4. Требуется хирургическое вмешательство. В большинстве случаев рекомендуется прошивание кровоточивых сосудов посредством гастротомии.
5. По частоте синдром Меллори-Вейса делит второе-третье место с варикозными венами пищевода после язвенной этиологии кровотечений.

Задача № 14.

1. Треугольник Кало образован пузырным протоком, общим печеночным протоком и краем печени.
2. Обычно через треугольник идет пузырная артерия. В этой зоне надо внимательно выделять анатомические структуры, т.к. нередки аномалии. Прежде, чем клипировать артерию и пузырный проток, надо четко дифференцировать их, чтобы избежать повреждений.
3. Пузырный проток и артерия клипированы. Две клипсы наложены на проксимальном конце артерии и одна на дистальном. Артерия готова к пересечению

Задача № 15.

1. Поддиафрагмальный абсцесс. Стрелкой обозначена полость абсцесса, который мог быть вызван перфорацией эмпиемы желчного пузыря. Закупорка шейки пузырного протока камнем вызвала застой желчи в пузыре и развитию эмпиемы. Гной скопился в поддиафрагмальном пространстве и отграничился как абсцесс.
2. Перфорация любого полого органа брюшной полости; печеночного абсцесса.
3. Интраоперационное лапароскопическое УЗИ, интраоперационная холангиография.

Задача № 16.

1. Гангренозный холецистит.

2. Необходимости в постановке дренажа в данном случае нет. Причина данного состояния в блокированном желчном пузыре, который по мере увеличения давления в нем некротизировался. Единственное верное лечение – оперативное.
3. Иногда такое состояние вызывает травма или сепсис, при которых может развиться акалькулезный холецистит.

Задача № 17.

1. Цирроз.
2. Постоянное кровотечение, связанное с недостаточностью факторов свертывания. Также печень может менее упругой, что ограничит доступ к треугольнику Кало.
3. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка, которые могут кровоточить.
4. Наиболее эффективное лечение чрезяремный внутрипеченочный порто-системный шунт

Задача № 18.

1. Выделение брыжейки артерии, клипирование аппендикулярной артерии, лигирование основания аппендикса, отсечение червеобразного отростка и удаление его из брюшной полости.
2. На первой фотографии изображен катарально измененный отросток, на второй – гангренозный.

Задача № 19.

1. Устранение грыжевого отверстия; восстановление ножек диафрагмы, создание ретроэзофагеального окна; обертывание дистального отдела пищевода дном желудка. На первой фотографии представлена операция Ниссена. Обертывание может быть выполнено частично передней или задней фундопликацией.
2. Этап заключается в создании адекватного окна, через которое будет проведено дно желудка, а также адекватная мобилизация для выполнения фундопликации без натяжения.
3. 1- пищевод; 2-правая ножка; 3-аорта. Завершается этап восстановления ножек диафрагмы.

Задача № 20.

1. фотография 1 – прямая правосторонняя пазовая грыжа; фотография 2 – косая правосторонняя пазовая грыжа.
2. Vas/V – сосуды; EIA – наружная подвздошная артерия; TV – тестикулярные сосуды.
3. Сетка установлена в предбрюшинном пространстве. Она должна быть достаточно большой, обычно 10х15 см, чтобы закрыть все потенциально слабые места (ворота прямой, косой паховых и бедренной грыж), и доходить до средней линии. Сетка укрывается брюшиной для предотвращения спаечной болезни.
4. А – бедренная грыжа; В – косая паховая грыжа; С – грыжа спигелиевой линии.

Задача № 21.

1. Острый аппендицит
2. Острый холецистит, острая кишечная непроходимость, перитонит, острый панкреатит.
3. Наличие болей в эпигастральной области и правой половине живота, которые через час боли распространились в правую половину живота.
4. Лейкоцитоз крови, общий анализ мочи. УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенограмма брюшной полости.
5. Лапароскопическая аппендэктомия.

Задача № 22.

1. Желудочно-кишечное кровотечение.
2. Язвенная болезнь желудка и ДПК.
3. ЭГДС.
4. Классификация по Forrest:
   F1A—струйное кровотечение из язвы
   F1B—капельное кровотечение из язвы
   FIIA—тромбированные сосуды на дне язвы
   FIIB—сгусток крови, закрывающий язву
   FIIC—язва без признаков кровотечения
   FIII - источники кровотечения не обнаружены

5. Методики эндоскопического гемостаза.
6. Методики: инъекционные, контактный, механический.
7. .Повторный эндоскопический гемостаз – гемоспрей, клипсы широкого захвата, транскатетерная эмболизация сосуда, при неэффективности – хирургическое вмешательство.
8. Рецидив кровотечения при неэффективности эндоскопического гемостаза. Типы операций – резекция желудка, селективная проксимальная ваготомия, ушивание кровоточащей язвы

Задача № 23.
1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Опухоль кишечника
3. Консервативная терапия – антибиотики, холод
4. При абсцедировании инфильтрата, развития кишечной непроходимости, перитонита
5. Наблюдение у хирурга, рентгенологическое или эндоскопическое обследование толстой кишки, УЗИ органов брюшной полости.
6. Аппендэктомия целесообразно проводить в сроки позже 4 месяцев после выписки из стационара.

Задача № 24.
1. Рентгенография брюшной, грудной полости, УЗИ органов брюшной полости, КТ.
2. Синдром внутрибрюшного кровотечения, перитонита.
3. КТ, лапароскопия.
4. Закрытая травма грудной клетки, перелом ребер слева. Левосторонний гемопневмоторакс. Подкожная эмфизема. Закрытая травма брюшной полости. Внутрибрюшное кровотечение.
5. Пункция и дренирование левой плевральной полости, лапароскопия. При выявлении внутрибрюшного кровотечения - лапаротомия.

Задача № 25.
1. Предоперационная подготовка проводится на операционном столе. Срочное хирургическое вмешательство.
2. Необходимо лабораторное обследование (общий анализ крови, группа крови), инструментальное обследование не показано.
3. Срединная лапаротомия.
4. Да. Показано назоинтестинальная интубация тонкой кишки
5. Дренирование брюшной полоти, программированная релапаротомия.
6. Программированная релапаротомия выполняется в течение 24 часов после первичной операции, релапаротомия «по требованию» выполняется в раннем послеоперационном периоде (2-5 сутки) при выявлении признаков развития послеоперационного перитонита.

Задача № 26.
1. Опухоль толстой кишки, толстокишечная непроходимость.
2. Колоноскопия, рентгенография с контрастированием кишечника.
3. Дивертикулез толстого кишечника, заворот толстой кишки.
4. На основании рентгенологического исследования определяется степень компенсации кишечной непроходимости, при неэффективности консервативной терапии - хирургическое лечение.
5. Коррекция водноэлектролитных нарушений, декомпрессия ЖКТ, очистит клизмы, при возможности – эндоскопическое стентирование опухоли.
6. Отсутствие эффекта от консервативной терапии. Варианты операций – проксимальная колостомия, резекция толстой кишки по Гартману.

Задача № 27.
1. Острый панкреатит.
   Классификация выделяет следующие формы:
   - острый отечный панкреатит
   - острый некротизирующий панкреатит (панкреонекроз)
     - стерильный
     - инфицированный.

2. КТА органов брюшной полости, биохимическое исследование крови (уровень амилазы).
3. Показания – умеренно тяжелое и тяжелое течение острого панкреатита, КТА выполняется в сроки позднее 5 суток от начала заболевания.
4. Для оценки органной недостаточности при остром панкреатита используется модифицированная шкала Маршалла.
5. Консервативная терапия предполагает назначение антисекреторных препаратов (в ервые 5 суток от начала заболевания), инфузионная терапия для коррекции волемических нарушений, раннее энтеральное питание, экстракорпоральная детоксикация при развитии полиорганной недостаточности. Антибактериальная терапия назначается при инфицированных формах панкреонекроза.
6. Оперативное лечение на момент поступления не показано. Показания к хирургическому лечению – выявление инфицированных форм панкреонекроза (в сроках позднее 4 недель от начала заболевания), прогрессирующее ухудшение состояния больного на основе оценки интегральных шкал тяжести (целесообразнее в сроки не ранее 4 недель от начала заболевания).
7. Основой тактики хирургического лечения является миниинвазивные навигационные вмешательства, раннии открытые операции ухудшают исход лечения, сроки выполнения операций не ранее 4 недель от начала заболевания.

Задача № 28.

1. Острый некротизирующий панкреатит (панкреонекроз), тяжелое течение.
   Классификация панкреатита выделяет следующие формы:
   - острый отечный панкреатит
   - острый некротизирующий панкреатит (панкреонекроз)
     - стерильный
     - инфицированный.

   Классификация тяжести течения заболевания (Атланта, 2012 г.):
   - легкое течение
   - умеренно тяжелое
   - тяжелое
2. Проведение интенсивной консервативной терапии
3. КТА, оценка полиорганной недостаточности (при помощи модифицированной шкалы Маршалла)
4. При остром некротизирующем панкреатите на 5 сутки от начала заболевания возможно образование острого некротического жидкостного скопления.
5. Оптимальные сроки выполнения операции позже 4 недель.

Задача № 29.

1. Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата.
2. Показана хирургическое вмешательство – вскрытие абсцесса.
3. Оптимальный вариант операции – миниинвазивное дренирование под контролем УЗИ или КТ. Возможно вскрытие гнойника внебрюшинным доступом по Пирогову.
4. После выписки больного показана рентгенологическое и эндоскопическое исследование толстой кишки. При исключении онкопатологии целесообразно рассмотреть вопрос о выполнении аппендэктомии через 3-4 месяца после выписки из стационара.

Задача № 30.

1. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость.
2. Рентгенография с контрастированием ЖКТ .
3. Целесообразно использование водорастворимого контраста.
4. При сохраненном транзите кишечного содержимого возможно консерватиное лечение – декомпрессии ЖКТ, инфузионная терапия, спазмолитики. При прогрессировании нарушения транзита – хирургическое лечение.
5. Варианты операций – рассечение спаек в сочетании с назогастроинтестинальной зондовой декомпрессией, резекция участка тонкой кишки с наложением анастомоза, резекция участка тонкой кишки с выведением илеостомы.

Задача № 31.

1. Опухоль толстого кишечника, осложненная обтурационной непроходимостью.
2. Рентгенологическое обследование должно включать контрастирование толстой кишки с использованием водорастворимого контраста, с определением уровня и степени сужения ее просвета.
3. Эндоскопическое исследование (колоноскопия) позволяет определить локализацию опухолевого поражения, степень сужения, подтвердить патологию данными морфологическими исследования и выполнить лечебную процедуру – стентирование опухоли самораскрывающимся металлическим стентом.
4. При обтурационной непроходимости возможно выполнение дренирующих и радикальных хирургических вмешательств.
5. К дренирующим операциям относятся наложение проксимальной коло- или илестомы, среди радикальных операций оправдана резекция толстой кишки по типу операции Гартмана, одномоментная операция с наложением межкишечного анастомоза обязательно должны сочетаться с интраоперацинной очисткой толстой кишки.

11. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ В СООТВЕТСТВИИ 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 Минобразования 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, Рособрнадзора 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 Рособрнадзора от 25.04.2008 № 885 «Об утверждении показателей деятельности и критериев государственной аккредитации высших учебных заведений».

СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альперович Б.И. Хирургия печени. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с.
2. Атлас сосудистой хирургии / К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс ; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. - М.: ИГ "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.
3. Венозный тромбоэмболизм и тромбоэмболия легочной артерии / И.Н. Бокарев, Л.В. Попова. - МИА, 2013. - 512 с.
4. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А.. Геморрой. М.: Литтера , 2010, 200 с.
5. Геворков А. Р., Н. Л. Мартиросян, С. С. Дыдыкин, Ш. Ш. Элиава. Основы микрохирургии. – Гэотар-Медиа, 2009. – 96 с.
6. Диагностика и лечение повреждений магистральных сосудов конечностей /Ю.И. Казаков, В.Я. Киселев, Л.К. Евстифеев, А.Ю. Казаков. -Тверь, 2013.- 136 с.
7. Дибиров М.Д., Юанов А.А. Панкреонекроз. Протокол диагностики и лечения. Учебно-методическое пособие. Москва, 2012, с. 366
8. Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовестнов Д.А. и др. Диагностика и лечение острого панкреатита. М., 2013, «ВИДР», с. 382
9. Ерошкин И.А. Рентгенохирургическая коррекция поражений артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом и ее роль в комплексном лечении синдрома диабетической стопы. // Автореферат дис. на соискание уч. степени д.м.н. – Москва.-2010.-56С.
10. Заболевания периферических артерий./ под ред. Э.Р. Молера III, М.Р. Джаффа, перевод с англ. / Под ред. М.В. Писарева. - М.: ИГ "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 224 с.
11. 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.
12. Кичемасов С.Х., Скворцов Ю.Р. Кожная пластика лоскутами с осевым кровоснабжением при ожогах и отморожениях IV степени. - Гиппократ. - 2012. - 288 с.
13. Колоректальная хирургия / под ред. Р. К. С. Филлипса ; пер. с англ. под ред. Г. И. Воробьева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -352 с.
14. Курс пластической хирургии. – Под ред. К.П. Пшениснова. – В 2-х томах. – Рыбинский Дом Печати, 2010. – 1419 с.
15. Нестандартная хирургия критической ишемии нижних конечностей./ Самодай В.Г., Пархисенко Ю.А., Иванов А.А. – МИА, 2009. – 240 с.
16. Основные принципы профилактики и лечения тромбозов/ под ред. О.Н. Ткачевой. - М.: "Медицина", 2013, 208 с.
17. Острая тромбоэмболия легочных артерий: клиника, диагностика, лечение. Учебное пособие / А.П. Медведев, С.В. Немирова, В.В. Пичугин, Л.Н.Иванов, М.Л. Калинина. - НГМА Нижний Новгород, 2013. - 90 с.
18. Пасхалова Ю.С. Стратегия хирургического лечения нейроишемической формы синдрома диабетической стопы. //Автореферат дис. на соискание уч. степени к.м.н.- Москва.-2011.- 22С.
19. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. - М.: Практическая медицина, 2011. - 311 с.
20. Пластическая и реконструктивная хирургия лица. Руководство / А.Д. Пейпл, пер. 3-го англ. изд. под ред. Э.В. Шихирмана. – Бином. Лаборатория знаний. – 2013. – 1136 с.
21. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений / коллектив авторов/ под ред. В.С.Савельева, Е.И.Чазова // Флебология. – Т. 4. – Вып. 2. - № 1. – 2010. – 39 с.
22. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники: руководство / Ю. В. Белов. - Изд. 2-е, испр. и доп. - М. : Медицинское информационное агентство, 2011. - 464 с.
23. Руководство по хирургии желчных путей. 2 е изд. Под редакцией Гальперина Э.И., Ветшева П.С. - М.: Издательский дом Видар М, 2009. - 568 с.
24. Сосудистая хирургия. Национальное руководство. Краткое издание./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. М.: ИГ "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 464 с.
25. Сосудистая хирургия по Хаймовичу: [в 2-х т.]. - М.: Бином. Лаборатория знаний. Т. 1 / пер. с англ. А. В. Покровского ; под ред. Э. Ашера. - перевод с 5-го англ. изд. - 2010. - 644 с. Т. 2 / пер. с англ. А. В. Покровского ; под ред. Э. Ашера. - перевод с 5-го англ. изд. - 2010. - 534 с.
26. Тромбоэмболия легочной артерии. Библиотека врача-специалиста. Руководство. /Ускач Т.М., Косицына И.В., Жиров И.В. и др. / Под ред. С.Н. Терещенко. - "ГЭОТАР-Медиа", 2010, 96 с.
27. Фергюсон М. К. Атлас торакальной хирургии. – ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 304 с.

28. Филлипс Р.К.С.(ред.) Колоректальная хирургия. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009-352с.
29. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Учебное пособие./Л.Н. Иванов и др.-. НГМА, Нижний Новгород, 2013. – 142 с.
30. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Издательство «Литтерра», 2012, 608 с.
31. Anus. Surgical treatment and pathology. Ed .R.Cohen,A.Windsor., Springer-Vertag London,2014
32. Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., Gooszen H.G., Johnson C.D., Sarr M.G., Tsiotos G.G., Vege S.S. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis 2012:revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013; 62 (1): 102–111).
33. 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.
34. Clinical Review of Vascular Trauma /Dua, A., Desai, S.S., Holcomb, J.B., Burgess, A.R., Freischlag, J.A. (Eds.). - Springer, 2014. – 377
35. 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
36. Dellinger E.P., Forsmark C.E., Layer P., Levy P., Maravi-Poma E., Petrov M.S., Shimosegawa T., Siriwardena A.K., Uomo G.,Whitcomb D.C., Windsor J.A. Determinant_based classification of acute pancreatitis severity: an international multidisciplinary consultation. Ann. Surg. 2012; 256 (6): 875–880.)
37. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically III Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). Stephen A. McClave, Robert G. Martindale, Vincent W. Vanek, Mary McCarthy, Pamela Roberts, Beth Taylor, Juan B. Ochoa, Lena Napolitano, Gail Cresci, the A.S.P.E.N. Board of Directors and the American College of Critical Care Medicine JPEN J Parenter Enteral Nutr 2009 33: 277-316
38. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. Pancreatology 13 (2013) e1-e15
39. International Consensus Guidelines for Nutrition Therapy in Pancreatitis. Jay M. Mirtallo, Alastair Forbes, Stephen A. McClave, Gordon L. Jensen, Dan L. Waitzberg, Andrew R. Davies and for the International Consensus Guideline Committee Pancreatitis Task Force JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2012 36: 284
40. Korpan N.ed.Basix of Cryosurgery. — Wien, New York: Springer, 2009.

СПИСОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксёнов И.В. Экстренные операции на высоте язвенных гастродуоденальных кровотечений (Материалы Пленума правления РОХ «Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта»)// Вестник экспериментальной и клинической хирургии.- 2014.- Прил.1.- С.7.
2. 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.
3. Александров К.Р., Вишняков Д.В., Уткин Д.И. и др. Лапароскопические операции при метастазах колоректального рака в печень //Эндоскопическая хирургия. – 2014 - № 1. — С. 10-11.
4. Алиев Ю.Г. и соавт. Холецистэктомия из минидоступа у больных калькулёзным холециститом// Хирургия.- 2013.- №11.- С.32
5. Ачкасов Е.Е. П.А.В., Алекперов С.Ф., Шкода А.С., Беляев Л.Б., Волков В.С., Крутилина О.В., Калачёв О.А. . Классификация обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Колопроктология. 2009. Т. 3. — С. 17-23.
6. Бородач А.В. Современная концепция язвенной болезни: насколько она обоснована// Хирургия.- 2013.-№10.- С.38-42.
7. Белевитин А.Б., Воробьев В.В. и др. Возможности амбулаторной хирургии (комментарий редколлегии) // Хирургия. - М., 2010, №3, С.49-53.
8. Брехов Е.И., Юрасов А.В. и др. Особенности диагностики и хирургической коррекции послеоперационных миофасциальных дефектов боковой стенки живота и пояснично-боковой области // Научно-практический журнал «Хирургия». - 2009, №10, С.10-14.

9. 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., 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.
10. Гальперин Э.И., Котовский А.Е., Момунова О.Н. Темп декомпрессии желчных протоков при механической желтухе// Хирургия.- 2011.- № 8.- С. 33-40.
11. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами //Хирургия. - М., 2009, №3, С.10-16.
12. 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.
13. Израилов Р.Е., Алиханов Р.Б., Хатьков И.Е. и др. Лапароскопические симультанные обширные резекции печени и резекции толстой кишки: можно ли выполнять безопасно //Эндоскопическая хирургия. – 2014 - № 1. — С. 171-172.
14. Кригер А.Г., Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г. с соавт. Послеоперационный панкреатит при хирургических вмешательствах на поджелудочной железе. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012; 4: 14-19.
15. Кириенко А.И. и соавт. Желудочно-кишечное кровотечение как осложнение имплантации кава-фильтра// Хирургия.- 2013.- № 10.- С. 53.
16. 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.
17. Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Вишневский В.А. с соавт. Экстирпация дистальной культи поджелудочной железы при профузном внутрибрюшном аррозионном кровотечении, обусловленным послеоперационным панкреонекрозом. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012; 11: 4-7.
18. Мастыкова, Е.К. Пищевод Барретта в структуре гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: современные представления / Е.К. Мастыкова, М.Р. Конорев, М.Е. Матвеенко // Вестник ВГМУ. – 2010. – Т.9, №4. – С. 65 – 74.
19. 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.
20. Михайлов, А.Н. Рентгенологическая диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.Н. Михайлов, А.В. Лой, В.Б. Римашевский // Здравоохранение. – 2010. – №8. – С. 30–33
21. Никольский В.И. и соавт. Чрескожные чреспеченочные вмешательства при билиарной гипертензии// Хирургия.- 2013.- №10.- С.72-76.
22. 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.
23. Островский В.К., Филимончев И.Е. Факторы риска рецидивов паховых грыж // Научно-практический журнал «Хирургия». - М., 2010, №3, С.45-48.
24. Протасов А.В., Кривцов Г.А. и др. Влияние сетчатого инплантанта на репродуктивную функцию при паховой герниопластике // Хирургия. - М., 2010, №8, С.28-32.
25. Прудков М.И. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению Уральского Федерального округа, Екатеринбург, 2013, с. 23 – 29
26. 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.
27. Репин В.Н., Костылев Л.М. и др. Хирургическая тактика и причины летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях //Хирургия. - М., 2010, №3, С.27-30.
28. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Острый панкреатит. Национальное руководство по хирургии. 2009, т.2, с. 196 – 229.
29. Сажин И.В., Сажин В.П., Савельев В.М. Комплексное применение лапароскопической ваготомии при длительно нерубцующихся язвах после гастродуоденальных кровотечений// Хирургия.- 2014.- №3.- С. 3-5.

30. Сажин И.В., Сажин В.П., Нуждихин А.В. Лапароскопическая резекция желудка при язвенной болезни// Хирургия.- 2014.- №4.- С.8-11.
31. 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.
32. Ступин В.А. и соавт. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях// Хирургия.- 2013.- № 5.- С. 31-35.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. Шаповальянц С.Г. и соавт. Хирургическая тактика лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, у больных с измененной анатомией билиодуоденальной области// Хирургия.-2011.-№10.-С.35-38.
37. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии, Издательство «Литерра», 2012., С. 538-596.
38. Шерцингер А.Г. и соавт. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных портальной гипертензией// Хирургия.- 2013.- № 2.- С. 30-34.
39. Ansaloni L., Andersson R.E., Bazzoli F., Catena F., Cennamo V., Di Saverio S., Fuccio L., Jeekel H., Leppaniemi A., Moore E., Pinna A.D., Pisano M., Repici A., Sugarbaker P.H., Tuech J.J. Guidelenines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the world society of emergency surgery (WSES) and peritoneum and surgery (PnS) society // World J Emerg Surg. 2010. Т. 5. — С. 29.
40. 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.
41. Cirocchi R., Farinella E., Trastulli S., Desiderio J., Listorti C., Boselli C., Parisi A., Noya G., Sagar J. Safety and efficacy of endoscopic colonic stenting as a bridge to surgery in the management of intestinal obstruction due to left colon and rectal cancer: a systematic review and meta-analysis // Surg Oncol. 2013. Т. 22. № 1. — С. 14-21.
42. 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.
43. 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.
44. DeRosa A., Gomez D., Pollock J.G. et al. The radiological management of pseudoaneurysms complicating pancreatitis. JOP. 2012 Nov; 13(6): 660-666.
45. 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.
46. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Pancreas. L. Gianotti, R. Meier, D.N. Loboc, C. Bassi, C.H.C. Dejonge, J. Ockenga, O. Irtung, J. MacFie. Clinical Nutrition 28 (2009) 428-35
47. 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.
48. Fankhauser G., Stone W., Naidu S. The minimally invasive management of visceral artery aneurysms and pseudoaneurysms. J Vasc Surg. 2011; 53: 966-970.
49. 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.
50. Hassan C., Bretthauer M., Kaminski M.F., Polkowski M., Rembacken B., Saunders B., Benamouzig R., Holme O., Green S., Kuiper T., Marmo R., Omar M., Petruzziello L., Spada C., Zullo A., Dumonceau J.M. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline // Endoscopy. 2013. Т. 45. № 2. — С. 142-50.
51. 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.

52. Iwatsuki S., Esquivel C, Gordon R., Starzl T.E. Liver resection for metastatic colorectal cancer // Surgery, 2010- Vol. 100.- N4.- P. 804-810.
53. Jimenez Fuertes M., Costa Navarro D. Resection and primary anastomosis without diverting ileostomy for left colon emergencies: is it a safe procedure? // World J Surg. 2012. Т. 36. № 5. — С. 1148-53.
54. 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.
55. Lassen K., Coolsen M., Slim K. et al. Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced recovery after surgery (ERAS) Society recommendations. Clin. Nutricion. 2012; 31: 817-830.
56. Maung A.A., Johnson D.C., Piper G.L., Barbosa R.R., Rowell S.E., Bokhari F., Collins J.N., Gordon J.R., Ra J.H., Kerwin A.J. Evaluation and management of small-bowel obstruction: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline // J Trauma Acute Care Surg. 2012. Т. 73. № 5 Suppl 4. — С. S362-9.
57. Ortiz H., Biondo S., Ciga M.A., Kreisler E., Oteiza F., Fraccalvieri D. Comparative study to determine the need for intraoperative colonic irrigation for primary anastomosis in left-sided colonic emergencies // Colorectal Dis. 2009. Т. 11. № 6. — С. 648-52.
58. 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.
59. Tina Jafari, Awat Feizi, Gholamreza Askari, Aziz A. Fallah. Parenteral immunonutrition in patients with acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. Clin Nutr. 2014 May 28. pii: S0261-5614(14)00139-3. doi: 10.1016/j.clnu.2014.05.008. [Epub ahead of print]

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.spras.ru/ - российское общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов
http://thoracic.ucoz.ru/ - ассоциация торакальных хирургов России
http://www.essoweb.org/eursso/ - европейское общество хирургической онкологии
http://www.websurg.ru/ - школа современной хирургии

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

ХАРАКТЕРИСТИКА КОЕЧНОГО ФОНДА

Название отделений	Профиль коек	Кол-во коек	Куратор отделения
Воронежская областная клиническая больница № 1			
Пластическая хирургия	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.

Кадровое обеспечение образовательного процесса

Кадровый состав кафедры: 7 человек, из них преподавательский состав 6 человек.
Остепененность: 6 человек, из них д.м.н. – 3 человек, к.м.н. – 3 человек.

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

Средний возраст профессорско-преподавательского состава кафедры 35-65 лет.

Штатное расписание кафедры включает:

NN	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.	**Ходорковский Марк Анатольевич**	**Профессор**	д.м.н.	0,25	бюджет	внс
3.	**Химина Ирина Нельсоновна**	**Доцент**	д.м.н.	0,25	внебюджет	внс
4.	**Скорынин Олег Сергеевич**	**Доцент**	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
5.	**Минаков Олег Евгеньевич**	**Доцент**	к.м.н.	0,25	бюджет	внс
6.	**Куркин Александр Васильевич**	**Ассистент**	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
7.	**Мельникова Анна Сергеевна**	**Старший лаборант**	б/с	1,0	бюджет	внс

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 ATX /Монитор 17”
7. Системный блок P4-3.2/1024/160G/Монитор LCD 19 9(2)
8. Интерактивная доска IQBoard