

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

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по ДПО

Профессор \_\_\_\_\_ О.С. Саурина

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 г

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ  
ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»  
по теме «Актуальные вопросы колопроктологии»**

**(срок обучения –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 Минобрнауки России от 19 ноября 2013 г. №1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» с опорой на федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.55 Колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) – Приказ Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1044, приказа Минобрнауки России от 9 января 2014 г. №2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ».

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

Заведующий кафедрой, д.м.н., проф.

\_\_\_\_\_ В.Н. Этков

**Разработчики программы:**

Зав. кафедрой хирургических дисциплин ИДПО, д.м.н., проф. В.Н. Этков

Доцент кафедры хирургических дисциплин ИДПО, к.м.н., доц. О.С. Скорынин

**Рецензенты:**

Ф.И.О.: Жданов Александр Иванович

ученая степень: доктор медицинских наук

ученое звание: профессор

должность: заведующий кафедрой госпитальной хирургии

Ф.И.О.: Боронина Ирина Владимировна

ученая степень: доктор медицинских наук

должность: заведующая кафедрой анестезиологии и реаниматологии

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

**ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ**  
 дополнительной профессиональной программы  
 повышения квалификации врачей со сроком освоения 144  
 академических часов  
 по специальности «Колопроктология»  
 по теме «Актуальные вопросы колопроктологии»

№ 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 «Колопроктология» по теме «Актуальные вопросы колопроктологии» очная форма обучения
7.	Календарный учебный график дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Колопроктология» по теме «Актуальные вопросы колопроктологии» очная форма обучения
8.	Рабочие программы учебных модулей (фундаментальных дисциплин (МФ), специальных дисциплин (МСП))
8.1	МФ1. «Основы организации колопроктологической помощи. Анатомия, физиология толстой кишки, анального канала и промежности»
8.2	МСП 2. Семиотика заболеваний и методы диагностики в колопроктологии
8.3	МСП 3. Неопухолевые заболевания анального канала и промежности
8.4	МСП 4. Заболевания и опухоли толстой и прямой кишок
9.	Оценочные материалы для итоговой аттестации
10.	Организационно-педагогические условия реализации программы

### 3. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

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

Дальнейшие занятия в рамках программы непрерывного медицинского образования позволяют врачу систематически приобретать новые знания и представления по этиологии и патогенезу заболеваний, развивать клиническое мышление, обучаться современным методам диагностики, лечебно-профилактическим и реабилитационным методикам.

**Целью** повышения квалификации (ПК) является освоение врачами современных теоретических знаний и практических 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).

**Категории обучающихся** – врачи – колопроктологии.

**Объем программы:** 144 аудиторных часов трудоемкости, в том числе 144 зачетных единицы.

**Документ**, выдаваемый после завершения обучения - Удостоверение о повышении квалификации.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей – колопроктологов со сроком освоения 144 академических часов по специальности «Колопроктология» по теме «Актуальные вопросы колопроктологии» включает в себя учебный план, рабочую программу дисциплин (модулей), обеспечивающие реализацию модульной технологии обучения.

Содержание программы представлено как единое целое, с максимальной полнотой охватывающее вопросы теории и практики по колопроктологии. В рабочих программах модули подразделяются на темы, темы – на элементы. Таким образом, содержание программы представлено как систематизированный перечень наименований тем, элементов и других структурных единиц модуля программы.

Учебный план определяет состав изучаемых модулей с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, семинарские и практические занятия), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся.

Для реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей – колопроктологов со сроком освоения 144 академических часов по специальности «Колопроктология» по теме «Актуальные вопросы колопроктологии» кафедра хирургических дисциплин ИДПО располагает:

- 1) учебно-методической документацией и материалами по всем разделам модуля;

- 2) учебно-методической литературой для внеаудиторной работы обучающихся;
- 3) материально-технической базой, обеспечивающей организацию всех видов дисциплинарной подготовки:

- учебные аудитории и кабинеты, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса;
- клиническая база в БУЗ ВО ВОКБ №1.

В процессе обучения врача – колопроктолога обязательным является определение базисных знаний, умений и навыков обучающихся перед началом обучения. По окончании изучения каждого модуля проводится этапный (рубежный) контроль. При этом используются различные формы контроля: решение ситуационных задач, тестовый контроль, собеседование. Теоретическая подготовка предусматривает обязательное участие в больничных научно-практических и патологоанатомических конференциях, а также самостоятельное изучение литературы по программе.

По окончании обучения проводится итоговая аттестация в форме проведения экзамена. Цель итоговой аттестации – выявление теоретической и практической подготовки обучающегося в соответствии с содержанием дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей – колопроктологов со сроком освоения 144 академических часов по специальности «Колопроктология» по теме «Актуальные вопросы колопроктологии». В конце программы приводится общий список рекомендованной литературы, интернет-ресурсы.

#### **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 относятся: 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 иммунологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; клиническую симптоматику "пограничных" заболеваний в хирургической клинике (урология, акушерство и гинекология, педиатрия, инфекционные болезни); принципы подготовки больных (взрослых и детей) к операции и ведение послеоперационного периода; вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, диспансеризации и реабилитации хирургических больных; применение физиотерапии, лечебной физкультуры; показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению; правила охраны труда при работе с аппаратурой и хирургическим инструментарием; основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; оснащение операционных палат интенсивной терапии; хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях; принципы организации и проведения диспансеризации населения; экономические вопросы хирургической службы; вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны и военно-полевой хирургии; формы и методы санитарно-просветительной работы; правила санитарно-эпидемиологического режима; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

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

**Характеристика универсальных и профессиональных компетенций врача-колопроктолога, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей «Актуальные вопросы колопроктологии»:**

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

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

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения колопроктологических 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 с целью раннего выявления колопроктологических заболеваний (ПК-2);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов колопроктологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-3);

лечебная деятельность:

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-4);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении по профилю колопроктология (ПК-6);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи по профилю колопроктология с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-7);

**Характеристика новых ПК врача-колопроктолога, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей-колопроктологов «Актуальные вопросы колопроктологии»:**

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи (ПК-5).

**По окончании обучения врач – колопроктолог должен знать:**

**Специальные знания**

- нормативно-правовую базу по вопросам колопроктологии.
- общие принципы организации колопроктологической службы;
- патофизиологические механизмы формирования заболеваний и закономерности протекания патологических процессов при заболеваниях толстой, прямой кишок, аноректальной области;
- клиническое и фармакологическое обоснование использования средств, применяемых в колопроктологии;
- методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к операции;
- современные методы хирургического лечения заболеваний толстой, прямой кишки и промежности;
- принципы оказания неотложной помощи и особенности проведения оперативных вмешательств пациентам в условиях массового поступления пострадавших;

**Знание сопутствующих и смежных дисциплин:**

- элементы топографической анатомии и оперативной хирургии толстой, прямой кишки и промежности;
- варианты анестезии и интенсивной терапии в колопроктологии;
- основы лучевой и эндоскопической диагностики заболеваний толстой, прямой кишки и аноректальной области

**По окончании обучения врач – колопроктолог 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;
- оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих оперативного вмешательства;
- выбрать и провести наиболее оптимальное оперативное вмешательство;
- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;
- оформить медицинскую документацию.

**По окончании обучения врач – колопроктолог должен владеть:**

- методиками оценки состояния больного перед операцией, проведением премедикации;

- хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранения патологического состояния пациента;
  - методикой гемостаза при операциях и травмах толстой, прямой кишки и промежности;
  - способами интенсивной терапии в пред- и послеоперационном периоде;
- По окончании обучения врач – колопроктолог должен владеть навыками:**
- физикальной диагностики при заболеваниях толстой кишки, аноректальной области и промежности;
  - интерпретации результатов эндоскопических диагностических методов исследования;
  - интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, МРТ);
  - аноскопией и ректороманоскопией
  - вскрытия острого парапроктита;
  - иссечение прямокишечного свища в просвет кишки
  - иссечения анальной трещины;
  - геморроидэктомии по Миллигану-Моргану;
  - латексного лигирования внутренних геморроидальных узлов;
  - вскрытие нагноившихся эпителиальных копчиковых ходов;
  - иссечения эпителиальных копчиковых ходов;
  - выведения одно- и двухствольной сигмостомы;
  - вторичной обработки гнойных ран;

## **5. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

1. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по специальности «Колопроктология» по теме «Актуальные вопросы колопроктологии» со сроком освоения 144 академических часов проводится в форме очного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача – колопроктолога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.
2. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения учебных модулей в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации со по специальности «Колопроктология» по теме «Актуальные вопросы колопроктологии». Итоговая аттестация сдается лично обучающимся и проходит в соответствии с Положением об итоговой аттестации ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.
3. Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Колопроктология» по теме «Актуальные вопросы колопроктологии» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца - Удостоверение о повышении квалификации.

**6. УЧЕБНЫЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ  
КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
КОЛОПРОКТОЛОГИЯ  
« АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОЛОПРОКТОЛОГИИ» (144 Ч)  
ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ**

**Цель:** систематизация и углубление профессиональных знаний, умений, навыков, методик, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций врача.

**Категория обучающихся:** врачи-колопроктологи.

**Трудоемкость обучения:** 144 академических часов – 144 зач. ед. (1 неделя).

**Форма обучения:** очная (с отрывом от работы)

**Режим занятий:** 6 академических часов в день

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач.	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
<b><i>Фундаментальные дисциплины (МФ)</i></b>						
МФ1	<b>Модуль 1. Основы организации колопроктологической помощи. Анатомия, физиология толстой кишки, анального канала и промежности</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>4</b>		<b>Промежуточный (собеседование)</b>
1.1.	Общие вопросы колопроктологии: НМО в колопроктологии, сертификация и аккредитация специалистов, роль профессиональной Ассоциации колопроктологов России	2	2			Текущий (устно)
1.2	Принципы системы быстрого выздоровления больных (Fast Track // ERAS) в колоректальной хирургии	4	2	2		Текущий (устно)
1.3	Анатомия толстой, прямой кишки	2	2			Текущий (устно)
1.4	Анатомия анального канала и промежности	2	2			Текущий (устно)
1.5	Физиология толстой кишки	2		2		Текущий (устно)
<b><i>Специальные дисциплины (МСП)</i></b>						
М СП 2	<b>Модуль 2. Семиотика заболеваний и методы диагностики в колопроктологии</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>		<b>Промежуточный (собеседование)</b>
2.1	Методы обследования проктологических больных	2		2		Текущий (устно)
2.2	Диагностическая колоноскопия: показания, подготовка к обследованию, документирование, осложнения	2	2			Текущий (устно)
2.3	Методы функциональной диагностики в колопроктологии	2		2		Текущий (устно)
2.4	Методы лучевой диагностики в колопроктологии: УЗИ, рентгенология, КТ, МРТ	2	2			Текущий (устно)
М СП 3	<b>Модуль 3. Неопухолевые заболевания анального канала и промежности</b>	<b>44</b>	<b>10</b>	<b>34</b>		<b>Промежуточный (собеседование)</b>
3.1	Геморрой	6	2	4		Текущий (устно)
3.2	Анальная трещина	2	2			Текущий (устно)

3.3	Парапроктит, прямокишечные свищи	6	2	4		Текущий (устно)
3.4	Эпителиальный копчиковый ход	4	2	2		Текущий (устно)
3.5	Недостаточность анального сфинктера	2	2			Текущий (устно)
3.6	Подготовка больных к аноректальным операциям, послеоперационное лечение больных и реабилитация	6		6		Текущий (устно)
3.7	Операции на анальном канале и промежности	18		18		Текущий (устно)
<b>М СП 4</b>	<b>Модуль 4. Заболевания и опухоли толстой и прямой кишки</b>	<b>74</b>	<b>18</b>	<b>50</b>	<b>6</b>	<b>Промежуточный (собеседование)</b>
4.1	Общие вопросы оперативной колопроктологии: информированное согласие пациента на операцию, калькулятор хирургического риска	2	2			Текущий (устно)
4.2	Повреждения и инородные тела толстой и прямой кишки	2		2		Текущий (устно)
4.3	Выпадение прямой кишки	4	2	2		Текущий (устно)
4.4	Синдром раздраженной толстой кишки	2	2			Текущий (устно)
4.5	Воспалительные заболевания кишечника – язвенный колит, болезнь Крона	4	2	2		Текущий (устно)
4.6	Дивертикулярная болезнь толстой кишки	4	2	2		Текущий (устно)
4.7	Полипы и полипозные синдромы	4	2	2		Текущий (устно)
4.8	Рак толстой кишки	6	2	4		Текущий (устно)
4.9	Рак прямой кишки и анального канала	6	2	4		Текущий (устно)
4.10	Неэпителиальные опухоли толстой кишки	2		2		Текущий (устно)
4.11	Подготовка больных к абдоминальным операциям, послеоперационное лечение больных и реабилитация	6		6		Текущий (устно)
4.12	Абдоминальные колоректальные операции, вопросы лапароскопической хирургии	18		12	6	Текущий (устно)
4.13	Восстановительные, реконструктивные и реконструктивно-восстановительные операции	2		2		Текущий (устно)
4.14	Коло- и илеостома	12	2	10		Текущий (устно)
	<b>Итоговая аттестация</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>экзамен</b>
	<b>ИТОГО</b>	<b>144</b>	<b>40</b>	<b>98</b>	<b>6</b>	

## 7. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Учебные модули	1 неделя						2 неделя																		
	1 день		2 день		3 день		4 день		5 день		6 день		1 день		2 день		3 день		4 день		5 день		6 день		
	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	
<b>МФ 1. Основы организации колопроктологической помощи. Анатомия, физиология толстой кишки, анального канала и промежности</b>	2	2	2	2	2	-	2	-																	
<b>МСП 2. Семиотика заболеваний и методы диагностики в колопроктологии</b>	-	2	-	2	-	-	-	-	2	-	2	-													
<b>МСП 3. Неопухолевые заболевания анального канала и промежности</b>					-	4	-	4	-	4	-	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	2			
<b>МСП 4. Заболевания и опухоли толстой и прямой кишок</b>																						-	2	2	4
Учебные модули	3 неделя						4 неделя																		
	1 день		2 день		3 день		4 день		5 день		6 день		1 день		2 день		3 день		4 день		5 день		6 день		
	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	
<b>МФ 1. Основы организации колопроктологической помощи. Анатомия, физиология толстой кишки, анального канала и промежности</b>																									
<b>МСП 2. Семиотика заболеваний и методы диагностики в колопроктологии</b>																									
<b>МСП 3. Неопухолевые заболевания анального канала и промежности</b>																									
<b>МСП 4. Заболевания и опухоли толстой и прямой кишок</b>	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	-	6	-	6	-	6	-	-	
<b>итоговая аттестация</b>																							6		

## **8. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН (МФ), СПЕЦИАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН (МСП)**

### **8.1. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МФ1 «ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. АНАТОМИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ, АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРОМЕЖНОСТИ».**

#### **Пояснительная записка**

**Актуальность.** В современных условиях сохраняется тенденция к расширению объемов хирургической помощи, что делает актуальным поиск путей повышения ее результативности. Наряду с внедрением новых медицинских диагностических и лечебных технологий важное значение играет оптимизация системы оказания хирургической помощи на всех этапах ее оказания. В улучшении результатов хирургического лечения пациентов с заболеваниями толстой, прямой кишок, аноректальной зоны ведущую роль играет стремление повысить их качество жизни путем снижения травматичности оперативных вмешательств, эффективного обезболивания, комплексной профилактики осложнений, ранней реабилитации.

**Цель:** усовершенствовать знания по анатомии, физиологии и комплексной программе ускоренного выздоровления больных после операций на толстой и прямой кишке.

Изучение программы способствует формированию и усовершенствованию следующих профессиональных компетенций:

**Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей «Актуальные вопросы колопроктологии»:**

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

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

**По окончании обучения врач – колопроктолог должен знать:**

**Специальные знания**

- общие принципы организации колопроктологической службы;
- клиническое и фармакологическое обоснование использования средств, применяемых в хирургии кисти;
- методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к операции;
- современные методы хирургического лечения заболеваний толстой, прямой кишки и промежности;

**Знание сопутствующих и смежных дисциплин:**

- варианты анестезии и интенсивной терапии в колопроктологии;

**По окончании обучения врач – колопроктолог 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;
- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;

**По окончании обучения врач – колопроктолог должен владеть:**

- методиками оценки состояния больного перед операцией, проведением премедикации;

- способами интенсивной терапии в пред- и послеоперационном периоде;
- По окончании обучения врач – колопроктолог должен владеть навыками:**
- физикальной диагностики при заболеваниях аноректальной области и промежности;
- интерпретации результатов эндоскопических диагностических методов исследования;
- интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, МРТ);

### 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.	Общие вопросы колопроктологии: НМО в колопроктологии, сертификация и аккредитация специалистов, роль профессиональной Ассоциации колопроктологов России	2/2	2/2			Текущий (устно)
1.2	Принципы системы быстрого выздоровления больных (Fast Track // ERAS) в колоректальной хирургии	4/4	2/2	2/2		Текущий (устно)
1.3	Анатомия толстой, прямой кишки	2/2	2/2			Текущий (устно)
1.4	Анатомия анального канала и промежности	2/2	2/2			Текущий (устно)
1.5	Физиология толстой кишки	2/2		2/2		Текущий (устно)
	<b>Итого</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>4</b>		<b>Промежуточный (собеседование)</b>

### СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МФ 1

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
1.1	Общие вопросы колопроктологии: НМО в колопроктологии, сертификация и аккредитация специалистов, роль профессиональной Ассоциации колопроктологов России
1.1.1	НМО в колопроктологии
1.1.2	сертификация и аккредитация специалистов
1.1.3	роль профессиональной Ассоциации колопроктологов России
1.2	Принципы системы быстрого выздоровления больных (Fast Track // ERAS) в колоректальной хирургии
1.2.1	состав бригады специалистов для реализации программы быстрого выздоровления.
1.2.2	информированное согласие пациентов
1.2.3	Принципы обезболивания и нутритивной поддержки пациентов
1.2.4	Мультидисциплинарный подход в реализации программы ускоренного выздоровления больных
1.2.5	Предоперационное обследование и информированное согласие больных.
1.2.6	Особенности анестезиологического обеспечения
1.2.7	Хирургическая тактика на основе миниинвазивных технологий
1.2.8	Принципы послеоперационного лечения больных

1.3	Анатомия толстой, прямой кишки
1.3.1	Топографическая анатомия и оперативная хирургия толстой кишки
1.3.2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия прямой кишки
1.4	Анатомия анального канала и промежности
1.4.1	Топографическая анатомия и оперативная хирургия анального канала
1.4.2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия промежности
1.5	Физиология толстой кишки

**Форма контроля:** собеседование.

Контрольные вопросы к собеседованию:

1. Оптимальный состав бригады специалистов для реализации программы быстрого выздоровления.
2. Задачи предоперационного обследования больных, роль информированного согласия пациента
3. Принципы обезболивания и нутритивной поддержки пациентов
4. Особенности хирургической техники
5. Задачи послеоперационного ведения и амбулаторного долечивания
6. Особенности предоперационной подготовки пациентов
7. Особенности анестезиологического обеспечения
8. Мультидисциплинарный подход в реализации программы ускоренного выздоровления больных
9. История разработки программ ускоренного выздоровления больных
10. Общие принципы программ ускоренного выздоровления больных
11. Преимущества применения программы ускоренного выздоровления больных
12. Недостатки и сложности применения программы ускоренного выздоровления больных.
13. Клиническая анатомия толстой кишки.
14. Клиническая анатомия прямой кишки.
15. Клиническая анатомия анального канала.
16. Клиническая анатомия промежности.
17. Физиология толстой кишки.

### **Список литературы**

#### **Основная литература:**

1. Гайворонский И.В., Ничипорук Ш.Н. Анатомия пищеварительной системы: Учеб. Пособие для мед. Вузов. – СПб: Элби, 2007.
2. Мазитова М.И., Мустафин Э.Р. Fasttrack хирургия — мультимодальная стратегия ведения хирургических больных. Казанский медицинский журнал. 2012;5:799-802.
3. Пасечник И.Н., Губайдуллин Р.Р., Борисов А.Ю. Основы нутритивной поддержки больных в критических состояниях. М.: РИА «Коллизей»; 2012;160.
4. Пиневич Д.Л., Суконно О.Г., Поляков С.Д. и др. Принципы ускоренного выздоровления. Здоровоохранение. 2014;5:34-47.
5. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. Флебология. 2010;1:3-37.
6. Сапин М.Р. Анатомия человека. - М.: Медицина, 2001-2002 в 2-х томах
7. Семенова Ю.А. Принципы многокомпонентной программы быстрого выздоровления в колоректальной хирургии: подходы и положительные эффекты. Новости хирургии. 2012;5:116-122.
8. Сергиенко В.И., Топографическая анатомия и оперативная хирургия в 2-х т. - М.: Медицина, 2002-2005.

9. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. - М.: Медицина, 1996 в 4-х томах
10. Abraham N, Albayati S. Enhanced recovery after surgery programs hasten recovery after colorectal resection. *WJ GastrointestSurg.* 2011;3:1-6.
11. Blay N, Donoghue J. The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy. *Aust J AdvNurs.* 2005;22:14-19.
12. Brady MC, Kinn S, Stuart P, Ness V. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications (Review). *TheCochraneCollaboration.* PublishedbyJohnWiley&Sons, Ltd. 2010;157.
13. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Am J Health-SystPharm.* 2013;70:195-283.
14. Bucher P, Gervaz P, Soravia C et al. Randomized clinical trial of mechanical bowel preparation versus no preparation before elective left-sided colorectal surgery. *Br J Surg.* 2005;92:409-414.
15. Bucher P, Gervaz P, Egger J et al. Morphologic alteration associated with mechanical bowel preparation before elective colorectal surgery: a randomized trial. *J DisColonRectum.* 2006;49:109-112.
16. Husted H, Otte KS, Kristensen BB et al. Low risk of thromboembolic complications after fast-track hip and knee arthroplasty. *ActaOrthop.* 2010;181:599-605.
17. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth.* 1997;78:606-617.
18. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *AnnSurg.* 2008;248:189-198.
19. Lassen K, Soop M, Nygren J et al. Consensus Review of Optimal Perioperative Care in Colorectal Surgery. *ArchSurg.* 2009;144:961-969.
20. Ljungqvist O, Søreide E. Preoperative fasting. *Br J Surg.* 2003;90:400-406.
21. Ljungqvist O. Modulating postoperative insulin resistance by preoperative carbohydrate loading. *BestPractResClinAnaesthesiol.* 2009;23:401-409.
22. Mariette C, Alves A, Benoist S et al. Soinsperioperatoires en chirurgie digestive: recommandations de la SocieteFrancaise de Chirurgie Digestive (SFCD). *J Chir.* 2005;142:14-28.
23. Ram E, Sherman Y, Weil R et al. Is mechanical bowel preparation mandatory for elective colon surgery? A prospectiverandomizedstudy. *ArchSurg.* 2005;140:285-288.

#### **Дополнительная литература:**

1. Stergiopoulou A, Birbas K, Katostaras T, Mantas J. The effect of interactive multimedia on preoperative knowledge and postoperative recovery of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *MethodsInfMed.* 2007;46:406-409.
2. White PF, Kehlet H, Neal JM et al. Role of the anesthesiologist in fast-track surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care. *AnesthAnalg.* 2007;104:1380-1396.
3. Wilmore DW. Management of patients in fast track surgery. *BMJ.* 2001;322:473-476.
4. Wind J, Polle SW, Fung KJ et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *Br J Anesth.* 2006;93:800-809.

## **8.2. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 2 «СЕМИОТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ»**

### **Пояснительная записка**

**Актуальность.** В диагностике заболеваний толстой, прямой кишки и промежности ведущее значение играют эндоскопические и рентгенологические методы обследования. Современные методы лучевой диагностики включают постоянно расширяющийся арсенал

различных способов визуализации – УЗИ с возможностью трехмерной реконструкции изображений и цветным доплеровским картированием, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Широкое распространение получили методы исследования на основе гибридных технологий – эндосография. Высокая чувствительность и специфичность лучевых методов диагностики позволяет стадировать формы различных заболеваний аноректальной области. Среди современных методов лечения общепроктологических заболеваний широкое распространение получают миниинвазивные и высокотехнологичные способы хирургического лечения: латексное лигирование геморроидальных узлов, пломбировка прямокишечных свищей биологическими материалами, различные варианты геморроидэктомии с использованием новых хирургических технологий.

**Цель:** усовершенствовать знания по вопросам диагностики и лечения заболеваний толстой, прямой кишки и промежности с использованием эндоскопии, различных методов лучевой диагностики и современных хирургических технологий.

Изучение программы способствует формированию и усовершенствованию следующих профессиональных компетенций:

**Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей «Актуальные вопросы колопроктологии»:**

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения колопроктологических 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 с целью раннего выявления колопроктологических заболеваний (ПК-2);

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов колопроктологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-3);

**По окончании обучения врач – колопроктолог должен знать:**

**Специальные знания**

- патофизиологические механизмы формирования заболеваний и закономерности протекания патологических процессов при заболеваниях аноректальной области;
- клиническое и фармакологическое обоснование использования средств, применяемых в колопроктологии;
- методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к операции;
- современные методы хирургического лечения заболеваний толстой, прямой кишки и промежности;
- принципы оказания неотложной помощи и особенности проведения оперативных вмешательств пациентам в условиях массового поступления пострадавших;

**Знание сопутствующих и смежных дисциплин:**

- элементы топографической анатомии и оперативной хирургии толстой, прямой кишки и промежности;
- варианты анестезии и интенсивной терапии в колопроктологии;
- основы лучевой и эндоскопической диагностики заболеваний аноректальной области

**По окончании обучения врач – колопроктолог 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;

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

**По окончании обучения врач – колопроктолог должен владеть:**

- методиками оценки состояния больного перед операцией, проведением премедикации

**По окончании обучения врач – колопроктолог должен владеть навыками:**

- физикальной диагностики при заболеваниях аноректальной области и промежности;

- интерпретации результатов эндоскопических диагностических методов исследования;

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

**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	Методы обследования проктологических больных	2/2		2/2		Текущий (устно)
2.2	Диагностическая колоноскопия: показания, подготовка к обследованию, документирование, осложнения	2/2	2/2			Текущий (устно)
2.3	Методы функциональной диагностики в колопроктологии	2/2		2/2		Текущий (устно)
2.4	Методы лучевой диагностики в колопроктологии: УЗИ, рентгенология, КТ, МРТ	2/2	2/2			Текущий (устно)
	<b>Итого</b>	<b>8/8</b>	<b>4/4</b>	<b>4/4</b>		<b>Промежуточный (собеседование)</b>

**СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 2**

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
2.1	Методы обследования проктологических больных
2.2	Диагностическая колоноскопия: показания, подготовка к обследованию, документирование, осложнения
2.2.1	Показания к диагностической колоноскопии
2.2.2	Подготовка к диагностической колоноскопии
2.2.3	Осложнения диагностической колоноскопии
2.3	Методы функциональной диагностики в колопроктологии
2.4	Методы лучевой диагностики в колопроктологии: УЗИ, рентгенология, КТ, МРТ

2.4.1	Ультразвуковые методы исследования
2.4.2	Рентгенологические методы обследования (фистулография, ирригоскопия)
2.4.3	Компьютерная и магнитно-резонансная томография

Контрольные вопросы к собеседованию:

1. Ректороманоскопия: показания, подготовка, оборудование, методика исследования, осложнения и их профилактика
2. Диагностическая колоноскопия: показания, подготовка, оборудование, методика исследования, современные возможности визуализации, осложнения и их профилактика и лечение
3. Скрининговая колоноскопия: показания, подготовка, оборудование, методика исследования, осложнения и их профилактика
4. Диагностическая колоноскопия: документирование процедуры, критерии качества диагностической процедуры.
5. Рентгенологические исследования в колопроктологии: ирригоскопия, проктография, дефекография – показания и диагностические возможности
6. Компьютерная томография в колопроктологии: показания и диагностические возможности
7. Ультразвуковые исследования в колопроктологии: УЗИ органов брюшной полости, УЗИ толстой кишки, ТРУЗИ - показания и диагностические возможности
8. Методы функциональной диагностики в колопроктологии: сфинктерометрия, манометрия, исследование ректоанального рефлекса

### Список литературы

#### Основная литература:

1. Воробьев Г.И. «Основы колопроктологии». М-2001. с.420.
2. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Литтерра, 2012. 596 с.
3. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия. М. : Издательство БИНОМ, 2011. 737 с.
4. Филлипс Р.К.С.(ред.) Колоректальная хирургия. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009-352с.

#### Дополнительная литература:

1. Anus. Surgical treatment and pathology. Ed .R.Cohen,A.Windsor.,Springer-Verlag London,2014
2. 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
3. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А.. Геморрой. М.: Литтера , 2010, 200 с.

## **8.3 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 3 «НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРОМЕЖНОСТИ»**

### **Пояснительная записка**

**Актуальность.** Актуальность модуля обусловливается необходимостью углубления у обучающихся знаний и совершенствования профессиональных компетенций по диагностике и лечению заболеваний анального канала и промежности.

Среди современных методов лечения общепроктологических заболеваний широкое распространение получают миниинвазивные и высокотехнологичные способы хирургического лечения: латексное лигирование геморроидальных узлов, пломбировка прямокишечных свищей биологическими материалами, различные варианты геморроидэктомии с использованием новых хирургических технологий.

**Цель:** формирование и совершенствование профессиональных знаний и компетенций врача-колопроктолога по современным методам диагностики и хирургического лечения заболеваний анального канала и промежности.

**Задачи:**

1. Усовершенствование знаний по возможностям эндоскопической и лучевой диагностики заболеваний анального канала и промежности.

2. Совершенствование знаний по выбору современных методов лечения общепроктологических заболеваний.

3. Практическое освоение навыков выполнения основных видов экстренных и плановых оперативных вмешательств на анальном канале и промежности.

**Характеристика новых ПК врача, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей-колопроктологов «Актуальные вопросы колопроктологии»:**

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения колопроктологических 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 с целью раннего выявления колопроктологических заболеваний (ПК-2);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов колопроктологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-3);

лечебная деятельность:

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-4);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении по профилю колорктология (ПК-6);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи по профилю колопроктология с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-7);

**Характеристика новых ПК врача-колопроктолога, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей-колопроктологов «Актуальные вопросы колопроктологии»:**

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи (ПК-5).

**Специальные знания**

- патофизиологические механизмы формирования заболеваний и закономерности протекания патологических процессов при заболеваниях аноректальной области;
- методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к операции;
- современные методы хирургического лечения заболеваний анального канала и промежности;
- принципы оказания неотложной помощи и особенности проведения оперативных вмешательств пациентам в условиях массового поступления пострадавших;

**Знание сопутствующих и смежных дисциплин:**

- элементы топографической анатомии и оперативной хирургии анального канала и промежности;
- варианты анестезии и интенсивной терапии в колопроктологии;
- основы лучевой и эндоскопической диагностики заболеваний аноректальной области

**По окончании обучения врач – колопроктолог 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;
- оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих оперативного вмешательства;
- выбрать и провести наиболее оптимальное оперативное вмешательство;
- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;
- оформить медицинскую документацию.

**По окончании обучения врач – колопроктолог должен владеть:**

- методиками оценки состояния больного перед операцией, проведением премедикации;
- хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранения патологического состояния пациента;
- методикой гемостаза при операциях на анальном канале и промежности;
- способами интенсивной терапии в пред- и послеоперационном периоде;

**По окончании обучения врач – колопроктолог должен владеть навыками:**

- физикальной диагностики при заболеваниях аноректальной области и промежности;
- интерпретации результатов эндоскопических диагностических методов исследования;
- интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);
- аноскопией и ректороманоскопией
- вскрытия острого парапроктита;
- иссечение прямокишечного свища в просвет кишки
- иссечения анальной трещины;
- геморроидэктомии по Миллигану-Моргану;
- латексного лигирования внутренних геморроидальных узлов;
- вскрытия нагноившихся эпителиальных копчиковых ходов;
- иссечения эпителиальных копчиковых ходов;
- выведения одно- и двухствольной сигмостомы;
- вторичной обработки гнойных ран;

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

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
3.1	Геморрой	6/6	2/2	4/4		Текущий (устно)
3.2	Анальная трещина	2/2	2/2			Текущий (устно)
3.3	Парапроктит, прямокишечные свищи	6/6	2/2	4/4		Текущий (устно)
3.4	Эпителиальный копчиковый ход	4/4	2/2	2/2		Текущий (устно)
3.5	Недостаточность анального сфинктера	2/2	2/2			Текущий (устно)
3.6	Подготовка больных к аноректальным операциям, послеоперационное лечение больных и реабилитация	6/6		6/6		Текущий (устно)
3.7	Операции на анальном канале и промежности	18/18		18/18		Текущий (устно)
	<b>Итого</b>	<b>44/44</b>	<b>10/10</b>	<b>34/34</b>		<b>Промежуточный (собеседование)</b>

### СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 3

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
3.1	Хронический геморрой
3.1.1	Медикаментозная терапия хронического геморроя
3.1.2	Миниинвазивные методы лечения геморроя
3.1.3.	Открытая и закрытая геморроидэктомия
3.2	Анальная трещина
3.2.1	Методы консервативного лечения
3.2.2	Методы хирургической коррекции
3.3	Острый парапроктит. Прямокишечные свищи
3.3.1	Методы диагностики острого и хронического парапроктита
3.3.2	Выбор метода лечения острого парапроктита
3.4	Эпителиальный копчиковый ход
3.1.4	Тактика хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов
3.5	Недостаточность анального сфинктера
3.5.1	Современные методы хирургического лечения недостаточности анального сфинктера
3.6	Подготовка больных к аноректальным операциям, послеоперационное лечение больных и реабилитация
3.6.1	Подготовка больных к аноректальным операциям
3.6.2	Общие принципы ведения больных после операций на анальном канале и промежности
3.6.3	Профилактика, диагностика и лечение послеоперационных осложнений
3.6.4	Реабилитация больных
3.7	Операции на анальном канале и промежности

**Форма контроля:** собеседование

Контрольные вопросы к собеседованию:

1. Геморроидальная болезнь – классификация, принципы консервативного лечения, варианты медикаментозной терапии

2. Хронический геморрой: лечение методом склеротерапии – показания и противопоказания, препараты для склеротерапии, методика, результаты, осложнения
3. Хронический геморрой: лечение методом инфракрасной коагуляции - показания и противопоказания, методика, результаты, осложнения
4. Хронический геморрой: лечение методом латексного лигирования - показания и противопоказания, методики и варианты латексного лигирования, результаты, осложнения
5. Хронический геморрой: лечение методом шовного лигирования геморроидальных артерий - показания и противопоказания, методика и варианты операции, результаты, осложнения
6. Хронический геморрой: геморроидэктомия, показания, методики (Миллигана-Моргана, Паркса), открытая и закрытая геморроидэктомия, варианты иссечения геморроидальных узлов, результаты, осложнения
7. Хронический геморрой: лечение методом степлерной геморроидопексии - показания и противопоказания, методика операции, результаты, осложнения
8. Острый парапроктит: диагностика, классификация, выбор метода хирургического лечения
9. Острый пельвиоректальный парапроктит: клиника, диагностика, особенности хирургического лечения
10. Прямокишечные свищи: классификация, методы диагностики, выбор метода хирургического лечения
11. Интрасфинктерные прямокишечные свищи: диагностика, методика хирургического лечения, результаты, осложнения
12. Трансфинктерные прямокишечные свищи: диагностика, методика хирургического лечения, результаты, осложнения
13. Экстрасфинктерные прямокишечные свищи: диагностика, выбор методов хирургического лечения, варианты пластических операций, результаты, осложнения
14. Острая анальная трещина: клиника, диагностика, методы лечения
15. Хроническая анальная трещина: клиника, диагностика, алгоритм выбора методов лечения
16. Хроническая анальная трещина: клиника, диагностика, выбор методов консервативного лечения, медикаментозная релаксация внутреннего сфинктера, результаты лечения
17. Хроническая анальная трещина: клиника, диагностика, выбор методов хирургического лечения, боковая подкожная внутренняя сфинктеротомия – показания и варианты, результаты лечения
18. Эпителиальный копчиковый ход: этиология, клиника, классификация, выбор методов хирургического лечения
19. Эпителиальный копчиковый ход в стадии нагноения: методы хирургического лечения
20. Эпителиальный копчиковый ход : методы хирургического лечения с пластикой раны перемещенными лоскутами (по Лимбергу, Баском, Каридакису с L, Z, Y, W – кожной пластикой)

## Список литературы

### Основная литература:

1. Воробьев Г.И. «Основы колопроктологии». М-2001. с.420.
2. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Литтерра, 2012. 596 с.
3. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия. М. : Издательство БИНОМ, 2011. 737 с.
4. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Литтера, 2010.
5. Филлипс Р.К.С.(ред.) Колоректальная хирургия. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009-352с.

### Дополнительная литература:

3. Anus. Surgical treatment and pathology. Ed .R.Cohen,A.Windsor.,Springer-Verlag London,2014
4. 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
3. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А.. Геморрой. М.: Литтера , 2010, 200 с.

## 8.4 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 3 «ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШОК»

### Пояснительная записка

**Актуальность.** Актуальность модуля обусловливается необходимостью углубления у обучающихся знаний и совершенствования профессиональных компетенций по диагностике и лечению заболеваний и опухолей толстой и прямой кишок.

Среди современных методов лечения колопроктологических заболеваний широкое распространение получают миниинвазивные и высокотехнологичные способы хирургического лечения.

**Цель:** формирование и совершенствование профессиональных знаний и компетенций врача-колопроктолога по современным методам диагностики и хирургического лечения заболеваний и опухолей толстой и прямой кишок.

#### Задачи:

1. Усовершенствование знаний по возможностям эндоскопической и лучевой диагностики заболеваний и опухолей толстой и прямой кишок.
2. Совершенствование знаний по выбору современных методов лечения колопроктологических заболеваний.
3. Практическое освоение навыков выполнения основных видов экстренных и плановых оперативных вмешательств на толстой и прямой кишке.

**Характеристика новых ПК врача, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей-колопроктологов «Актуальные вопросы колопроктологии»:**

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения колопроктологических 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 с целью раннего выявления колопроктологических заболеваний (ПК-2);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов колопроктологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-3);

лечебная деятельность:

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-4);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении по профилю колоректология (ПК-6);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи по профилю колопроктология с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-7);

**Характеристика новых ПК врача-колопроктолога, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей-колопроктологов «Актуальные вопросы колопроктологии»:**

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи (ПК-5).

### **Специальные знания**

- патофизиологические механизмы формирования заболеваний и закономерности протекания патологических процессов при заболеваниях и опухолях толстой и прямой кишок;

- методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к операции;

- современные методы хирургического лечения заболеваний и опухолей толстой и прямой кишок;

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

#### **Знание сопутствующих и смежных дисциплин:**

- элементы топографической анатомии и оперативной хирургии толстой и прямой кишок;

- варианты анестезии и интенсивной терапии в колопроктологии;

- основы лучевой и эндоскопической диагностики заболеваний толстой и прямой кишок

#### **По окончании обучения врач – колопроктолог 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;

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

- выбрать и провести наиболее оптимальное оперативное вмешательство;

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

- оформить медицинскую документацию.

#### **По окончании обучения врач – колопроктолог должен владеть:**

- методиками оценки состояния больного перед операцией, проведением премедикации;

- хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранения патологического состояния пациента;
  - методикой гемостаза при операциях на толстой и прямой кишке;
  - способами интенсивной терапии в пред- и послеоперационном периоде;
- По окончании обучения врач – колопроктолог должен владеть навыками:**
- физикальной диагностики при заболеваниях аноректальной области и промежности;
  - интерпретации результатов эндоскопических диагностических методов исследования;
  - интерпретации результатов лучевых методов диагностики (УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМРТ);
  - аноскопией и ректороманоскопией
  - выведения одно- и двухствольной сигмостомы;
  - вторичной обработки гнойных ран;

#### **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	Общие вопросы оперативной колопроктологии: информированное согласие пациента на операцию, калькулятор хирургического риска	2/2	2/2			Текущий (устно)
4.2	Повреждения и инородные тела толстой и прямой кишки	2/2		2/2		Текущий (устно)
4.3	Выпадение прямой кишки	4/4	2/2	2/2		Текущий (устно)
4.4	Синдром раздраженной толстой кишки	2/2	2/2			Текущий (устно)
4.5	Воспалительные заболевания кишечника – язвенный колит, болезнь Крона	4/4	2/2	2/2		Текущий (устно)
4.6	Дивертикулярная болезнь толстой кишки	4/4	2/2	2/2		Текущий (устно)
4.7	Полипы и полипозные синдромы	4/4	2/2	2/2		Текущий (устно)
4.8	Рак толстой кишки	6/6	2/2	4/4		Текущий (устно)
4.9	Рак прямой кишки и анального канала	6/6	2/2	4/4		Текущий (устно)
4.10	Неэпителиальные опухоли толстой кишки	2/2		2/2		Текущий (устно)
4.11	Подготовка больных к абдоминальным операциям, послеоперационное лечение больных и реабилитация	6/6		6/6		Текущий (устно)
4.12	Абдоминальные колоректальные операции, вопросы лапароскопической хирургии	18/18		12/12	6/6	Текущий (устно)
4.13	Восстановительные, реконструктивные и реконструктивно-восстановительные операции	2/2		2/2		Текущий (устно)
4.14	Коло- и илеостома	12/12	2/2	10/10		Текущий (устно)
	<b>Итого</b>	<b>74/74</b>	<b>18/18</b>	<b>50/50</b>	<b>6/6</b>	<b>Промежуточный (собеседование)</b>

## СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 4

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
4.1	Общие вопросы оперативной колопроктологии: информированное согласие пациента на операцию, калькулятор хирургического риска
4.1.1	информированное согласие пациента на операцию
4.1.2	калькулятор хирургического риска
4.2	Повреждения и инородные тела толстой и прямой кишки
4.2.1	классификация, клиника, диагностика
4.2.2	хирургическая тактика, варианты хирургических вмешательств
4.3	Выпадение прямой кишки
4.3.1	классификация, клиника, диагностика
4.3.2	хирургическая тактика, варианты хирургических вмешательств
4.4	Синдром раздраженной толстой кишки
4.4.1	этиология, патогенез, клиника, диагностика
4.4.2	дифференциальная диагностика, лечение
4.5	Воспалительные заболевания кишечника – язвенный колит, болезнь Крона
4.5.1	классификация, оценка тяжести течения заболевания, осложнения
4.5.2	показания экстренному хирургическому лечению, техника хирургических операций
4.5.3	оценка тяжести течения заболевания
4.6	Дивертикулярная болезнь толстой кишки
4.6.1	этиология, патогенез. клиника, диагностика, классификация
4.6.2	осложнения, показания к хирургическому лечению, результаты операций
4.6.3	острый неосложненный дивертикулит, клиника, диагностика, лечение
4.6.4	классификация, осложнения, классификация Hinchey E.J. , лечение осложненного дивертикулита, показания к консервативному, навигационному и хирургическому лечению
4.7	Полипы и полипозные синдромы
4.7.1	Парижская классификация, выбор тактики лечения, динамическое наблюдение за больными
4.8	Рак толстой кишки
4.8.1	Рак толстой кишки: классификация. стадирование, выбор методов хирургического лечения, оценка результатов операции, показания к адьювантной терапии
4.8.2	Рак правой половины ободочной кишки: клиника, диагностика, объем и техника хирургических операций, осложнения и результаты
4.8.3	Рак поперечноободочной кишки: клиника, диагностика, объем и особенности техники хирургических операций, осложнения и результаты
4.8.4	Рак левой половины ободочной кишки: клиника, диагностика, объем и техника хирургических операций, осложнения и результаты
4.8.5	Рак сигмовидной кишки: клиника, диагностика, объем и техника хирургических операций, осложнения и результаты
4.9	Рак прямой кишки и анального канала
4.9.1	Рак прямой кишки: эпидемиология, диагностика, классификация, стадирование заболевания, принципы выбора комбинированного лечения
4.9.2	Рак прямой кишки: трансанальная эндоскопическая микрохирургия – показания, техника, результаты
4.9.3	Рак анального канала: этиология, классификация, выбор методов лечения, результаты
4.9.4	Рак прямой кишки: классификация, стадирование заболевания, принципы выбора хирургического лечения, оценка операций, осложнения, результаты
4.10	Неэпителиальные опухоли толстой кишки

4.11	Подготовка больных к абдоминальным операциям, послеоперационное лечение больных и реабилитация
4.12	Абдоминальные колоректальные операции, вопросы лапароскопической хирургии
4.13	Восстановительные, реконструктивные и реконструктивно-восстановительные операции
4.14	Коло- и илеостома
4.14.1	Колостомия: показания, классификация, техника, осложнения и их лечение
4.14.2	Илеостомия: показания, классификация, техника, осложнения и их лечение

**Форма контроля:** собеседование

Контрольные вопросы к собеседованию:

1. Информированное согласие больного на операцию: основные цели и разделы, порядок оформления, выбор метода лечения, характеристика операции и ее результатов
2. Открытые и закрытые травмы толстой кишки: классификация, клиника, диагностика, хирургическая тактика, варианты хирургических вмешательств
3. Выпадение прямой кишки: классификация, клиника, диагностика, хирургическая тактика, варианты хирургических вмешательств
4. Синдром раздраженной толстой кишки: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
5. Язвенный колит: классификация, оценка тяжести течения заболевания, осложнения, показания экстренному хирургическому лечению, техника хирургических операций
6. Болезнь Крона: этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, оценка тяжести течения заболевания
7. Болезнь Крона: классификация, оценка тяжести течения заболевания, варианты медикаментозной терапии
8. Болезнь Крона: классификация, оценка тяжести течения заболевания, показания к хирургическому лечению, техника хирургических операций
9. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, показания к хирургическому лечению, результаты операций
10. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: острый неосложненный дивертикулит, клиника, диагностика, лечение
11. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: классификация, осложнения, классификация Hinchey E.J., лечение осложненного дивертикулита, показания к консервативному, навигационному и хирургическому лечению, результаты операций
12. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: классификация, хронические осложнения, показания к хирургическому лечению, особенности хирургической техники, результаты операций
13. Полипы толстой кишки: Парижская классификация, выбор тактики лечения, динамическое наблюдение за больными
14. Плоские эпителиальные новообразование толстой кишки: классификация, выбор методов лечения, эндоскопические и лапароскопические вмешательства, гибридные технологии
15. Рак толстой кишки: эпидемиология, клиника, диагностика, классификация, стадирование
16. Наследственный неполипозный колоректальный рак: эпидемиология,

17. Амстердамские критерии, диагностика, особенности выбора тактики лечения и наблюдения

18. Рак толстой кишки: классификация, стадирование, выбор методов хирургического лечения, оценка результатов операции, показания к адьювантной терапии.

19. Рак правой половины ободочной кишки: клиника, диагностика, объем и техника хирургических операций, осложнения и результаты

20. Рак поперечноободочной кишки: клиника, диагностика, объем и особенности техники хирургических операций, осложнения и результаты

21. Рак левой половины ободочной кишки: клиника, диагностика, объем и техника хирургических операций, осложнения и результаты

22. Рак сигмовидной кишки: клиника, диагностика, объем и техника хирургических операций, осложнения и результаты

23. Рак прямой кишки: эпидемиология, диагностика, классификация, стадирование заболевания, принципы выбора комбинированного лечения

24. Рак прямой кишки: классификация, стадирование заболевания, принципы выбора хирургического лечения, оценка операций, осложнения, результаты

25. Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки: варианты операций, техника мезоректумэктомии, осложнения, результаты

26. Рак среднеампулярного отдела прямой кишки: варианты операций, техника мезоректумэктомии, осложнения, результаты

27. Рак нижнеампулярного отдела прямой кишки: варианты операций, техника брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, сфинктеросохраняющие операции, осложнения, результаты

28. Рак прямой кишки: трансанальная эндоскопическая микрохирургия – показания, техника, результаты

29. Рак анального канала: этиология, классификация, выбор методов лечения, результаты

30. Колостомия: показания, классификация, техника, осложнения и их лечение

31. Илеостомия: показания, классификация, техника, осложнения и их лечение

32. Коло, - илеостома: ранние и поздние осложнения, методы реабилитации больных

33. Лапароскопическая колоректальная хирургия – история, принципы, оборудование, технология операций, результаты

34. Подготовка больных и профилактика осложнений в колоректальной хирургии: оценка физического статуса больных, оценка риска операций, принципы пред-, пери -, и послеоперационного ведения больных

35. Основные принципы системы быстрого выздоровления больных (Fast Track // ERAS) в колоректальной хирургии.

## **Список литературы**

### **Основная литература:**

1. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство : краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 912 с

2. Аминев А.М. Руководство по проктологии. М., 1973; т.3, с.63-345.

3. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М., 1981.

4. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 430 с

5. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. Миклош, 2008.
6. Воробьев Г., Царьков П. Основы хирургии кишечных стом. М.: Стольный град, 2002. — С. 54.
7. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой: Руководство для врачей.-2-е изд., перераб и доп.-М.: Литерра,2010.-200с.:илл.
8. Загрядский Е.А. Малоинвазивная хирургия геморроидальной болезни. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 224 с.: ил.
9. Затевахин И.И., Пасечник И.Н., Губайдуллин Р.Р. и соавт. Ускоренное восстановление после хирургических операций: мультидисциплинарная проблема. // Хирургия. – 2015. - № 9.
10. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия. М. : Издательство БИНОМ, 2011. С 473-477.
11. Клинические рекомендации. Колопроктология/под ред.Ю.А.Шельгина.- 2-е изд., испр. и доп.-М.:ГЭОТАР-Медиа,2017.- 560 с.: ил.
12. Колопроктология и тазовое дно. Под ред. М.М.Генри, М.Своша. - М.: Медицина, 1988. С. 415 - 416.
13. Колоректальная хирургия / под ред. Р. К. С. Филлипса ; пер. с англ. под ред.Г.И.Воробьева.—М. :ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 352 с.
14. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М., 1984,
15. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Издательство «Литтерра», 2012, 608 с.
16. Филлипс Р.К.С.(ред.) Колоректальная хирургия. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009-352с.
17. Эктон В.Н., Сомов К.А. Варианты латексного лигирования в лечении хронического геморроя. Хирургия, 2015, №11,с.46-52
18. A. Herold. Coloproctology-Second Edition© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017
19. 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. Guidelinenes 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; 5: 29.
20. Anus - Surgical Treatment and Pathology © Springer-Verlag London 2014
21. Corman’s colon and rectal surgery / editor, Marvin L. Corman ; associate editors, Roberto C.M. Bergamaschi [et al.]. — 6th ed. 2013
22. Davis B.R., Lee-Kong S. A., Migaly J., Feingold D. L., Steele S.R. The American society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids.Dis Colon Rectum 2018; 61: 284–292

#### **Дополнительная литература:**

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

## 9. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

### 9.1. Тестовый контроль для цикла ПК «Актуальные вопросы колопроктологии»

#### Варианты тестовых заданий для итогового 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 полуокружности 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. Боковая внутренняя сфинктеротомия оказана при лечении:
  - а. хронической анальной трещины с повышенным тонусом сфинктера
  - б. рецидивной острой анальной трещины
  - в. хронического парапроктита
  - г. геморроя с ущемлением 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 хронической калезной трещины с нормальным тонусом сфинктера наиболее эффективным является:
  - а. пресакральная болокада раствором новокаина
  - б. введение новокаина со спиртом под трещину
  - в. пальцевое растяжение сфинктера по Рекамье
  - г. иссечение трещины с боковой внутренней сфинктеротомией
  - д. иссечение трещины
7. Боковая внутренняя сфинктеротомия при лечении задней анальной трещины предполагает :
  - а. рассечение внутреннего сфинктера на 3 часах ниже зубчатой линии
  - б. рассечение внутреннего сфинктера на 3 часах выше зубчатой линии
  - в. рассечение внутреннего сфинктера на 6 часах
  - г. рассечение внутреннего сфинктера на 12 часах
  - д. рассечение внутреннего сфинктера на 6 и 12 часах
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 1,2,4
9. Геморроидэктомия по Миллигану -Моргану подразумевает :
- а. циркулярное иссечение слизистой анального канала
  - б. иссечение геморроидальных узлов на 2,5,8 часах 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. У больного хр. геморрой III ст. осложнился хронической трещиной анального канала, следует предпринять:
- а. противовоспалительное лечение
  - б. иссечение анальной трещины
  - в. геморроидэктомию с иссечением трещины
  - г. геморроидэктомию
  - д. пресакральную новокаиновую блокаду
11. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести :
- а. пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию
  - б. анализ кала на скрытую кровь
  - в. лапароскопию
  - г. ультразвуковое исследование органов малого таза
  - д. ирригоскопию
12. Резкие боли в области ануса во время акта дефекации, сопровождающиеся незначительным выделением алой крови, со стулобязнью 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 прямокишечного свища характеризуется :
- а. стулобязнью
  - б. кровотечением при дефекации
  - в. рецидивами парапроктита с выделением гноя из свища
  - г. выделением слизи при дефекации
  - д. повышением температуры
14. Наиболее радикальным методом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов в первые 3 суток от начала заболевания следует считать :
- а. склеротерапию
  - б. пресакральную новокаиновую блокаду
  - в. антикоагулянты
  - г. оперативное вмешательство
  - д. применение холода
15. Для диагностики осложнений дивертикулеза толстой кишки наиболее информативными методами исследования являются:
- а. ирригоскопия
  - б. колоноскопия
  - в. КТ с контрастированием
  - г. рентгенологическое исследование толстой кишки после приема бария внутрь
  - д. ультразвуковое исследование органов брюшной полости
16. Возникновению дивертикулеза ободочной кишки способствуют:
- а. повышение внутрибрюшного давления
  - б. повышение внутрикишечного давления

- в. пищевой фактор (употребление острой пищи)
  - г. пищевой фактор (употребление пищи, богатой клетчаткой)
  - д. употребление большого количества жидкости
17. При остром ишиоректальном парапроктите (определена локализация пораженной крипты, гнойный ход внутрисфинктерный) показано:
- а. вскрытие и дренирование гнойника с проведением лигатуры
  - б. вскрытие гнойника через просвет кишки
  - в. вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки
  - г. вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты и гнойного хода в просвет кишки
  - д. пункция абсцесса и введение дренажа для промывания
18. В этиологии острого парапроктита 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<sub>3</sub>M<sub>0</sub>N<sub>0</sub> - это значит, что
- а. опухоль прорастает все слои кишечной стенки
  - б. регионарные лимфатические узлы не поражены
  - в. регионарные лимфатические узлы поражены
  - г. нет отдаленных метастазов
  - д. правильно все, кроме в.
21. После геморроидэктомии осложнениями являются:
- а. выраженный болевой синдром
  - б. задержка мочеиспускания
  - в. перианальный отек
  - г. гипертермия
  - д. вазовагальные симптомы
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. кровотечение
  - в. пенетрация дивертикула в брыжейку кишки
  - г. перфорация сигмовидной кишки
  - д. кишечная непроходимость
24. При перфорации дивертикула сигмовидной кишки показаны:
- а. резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец
  - б. наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости
  - в. резекция сигмовидной кишки по Гартману
  - г. лапаротомия, дренирование брюшной полости
  - д. ушивание перфорации, дренирование брюшной полости, трансверзостомия
25. Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются:

- а. формирование внутреннего свища
  - б. формирование абсцесса брюшной полости
  - в. кишечная непроходимость
  - г. перфорация опухоли
  - д. кишечное кровотечение
26. При экстрасфинктерном прямокишечном свище, осложненном гнойной полостью, наиболее оптимальной 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 оболочки
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 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. Для выбора метода лечения рецидивной хронической анальной трещины целесообразно следующее обследование:
- а. ректороманоскопия, сфинктерометрия
  - б. ректороманоскопия, ТРУЗИ
  - в. ректороманоскопия
  - 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
33. 35-летний мужчина болен язвенным колитом. Что из перечисленного является показанием к тотальной проктоколэктомии?
- а. Периодические приступы колик и диареи
  - б. Склерозирующий холангит
  - в. Токсичный мегаколон

- г. Артриты
- д. Железодефицитная анемия

34. Спустя десять лет после диагноза тотального проктоколита пациент подвергается колоноскопии и биопсии, которая выявляет выраженную дисплазию в 2–10 местах. Что порекомендует врач?

- а. повторить колоноскопию через 1 год
- б. Увеличить дозировку стероидов
- в. Ранняя повторная колоноскопия и биопсия
- г. Тотальная проктоколэктомия
- д. Резекция вовлеченного сегмента

35. Мужчина 55 лет поступил с болью в животе в левом нижнем квадранте продолжительностью 2 дня, сочетающуюся с запором. На физикальном осмотре у него болезненность и напряжение, локализованная в левом нижнем квадранте, количество лейкоцитов 22000 и температура 38,1° С. Какое лучшее диагностическое исследование для обследования этого больного?

- а. Диагностическая лапароскопия
- б. Бариевая клизма
- в. Рентгенограмма брюшной полости
- г. Компьютерная томография (КТ) брюшная полость и таза с пероральным и внутривенным контрастированием
- д. Колоноскопия

36. Осложнения дивертикулита включают в себя:

- а. Рак толстой кишки
- б. Внекишечные проявления, такие как артрит, ирит и кожные высыпания
- в. Фистулизация соседних органов, таких как мочевого пузыря, с колевезикальным свищом
- г. Артериовенозные свищи кишечника
- д. Склерозирующий холангит

37. КТ у пациента выявляет ограниченный дивертикулит сигмовидной кишки. Нет периколического абсцесса. Какой курс лечения лучше?

- а. Покой кишечника, назогастральная аспирация, инфузия жидкости и антибиотики широкого спектра действия
- б. Срочная хирургическая резекция
- в. Стероиды
- г. Отводящая колостома
- д. Илеостома

38. Пожилой пациент из дома престарелых доставлен в больницу с приступами колики в животе, вздутием и запором, при осмотре живот заметно вздут, нет выраженного напряжения. Рентген брюшной полости показывает растянутую петлю, расположенную в правом верхнем квадранте. Каков вероятный диагноз:

- а. Обструкция тонкой кишки
- б. Обструкция толстой кишки
- в. Желчный камень подвздошной кишки
- г. Брыжеечная сосудистая окклюзия
- д. Заворот сигмовидной кишки

39. Проктоскопия выявила не кровоточащий геморрой I степени и темно-красный стул и сгустки крови из проксимального отдела толстой кишки. Что из следующего является наиболее верным в выборе тактики лечения нижних желудочно-кишечных кровотечений?

- а. Бариевая клизма является хорошим инструментом в ранней оценке массивного желудочно-кишечного кровотечения.
- б. Введение коллоида технеция серы имеет превосходную чувствительность в локализации кровотечений из нижних отделов ЖКТ.
- в. Сканирование после введения коллоида технеция серы успешно, потому что может повторяться 24 часа после одной инъекцией.
- г. Следует избегать колоноскопии в оценке острого нижнего желудочно-кишечного кровотечения.
- д. Чувствительность, специфичность и точность показателей широко варьируются и точная роль сканирование красных клеток крови является спорным.

40. Проктоскопия выявила не кровоточащий геморрой I степени и темно-красный стул и сгустки крови из проксимального отдела толстой кишки. Пациент отвечает на инфузионную реанимацию

нормализацией жизненно важных функций, но продолжает кровоточить. Его отвезли в ангиографический кабинет для дальнейшего обследования. Какое из следующих утверждений правильно?

- а. Нижняя брыжеечная артерия должна быть катетеризирована первой, потому что большинство дивертикулов находятся в сигмовидной кишке.
- б. Вазопрессин избирательно вводится в кровоточащий мезентериальный сосуд практически без риска для пациента.
- в. Для остановки кровотечения можно использовать эмболизацию гелеобразной пеной или аутологичными сгустками.
- г. Так как ангиография является диагностическим исследованием, то лечебная манипуляция не будет необходима.
- д. Скорость кровотечения 0,1 мл / мин необходима для положительного результата исследования.

41. 60-летнему мужчине выполнена резекция сигмовидной кишки по поводу рака средней трети сигмы. Патоморфологический препарат выявил следующую распространенность опухоли. Какие стадия заболевания у этого пациента?

- а. T1 No Mo - стадия I
- б. T2 N1 Mo - стадия II
- в. T3 No Mo - стадия III
- г. T1 N1 Mo - стадия III
- д. T2 N1 Mo - стадия III

42. При операции обнаружено, что 2,5 м дистального отдела подвздошной кишки гангренозно изменено. Однако пульсация верхней брыжеечной артерии и ее главной ветви сохранена. Гангрена тонкой кишки у этого пациента вызвана следующим:

- а. Артериальный тромбоз
- б. Эмболия
- в. Неокклюзионная ишемическая болезнь
- г. Болезнь Виллебранда
- д. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

43. 44-летний мужчина получил ножевое ранение корня брыжейки тонкой кишки. При лапаротомии выполнена резекция 2 м подвздошной кишки. Осложнение, которое может возникнуть чаще после резекции подвздошной кишки, а не эквивалентной длины тощей кишки, связано с неспособностью всасывать следующее:

- а. Железо
- б. Цинк
- в. Желчные соли
- г. Триглицериды со средней длиной цепи
- д. Амилазу

44. Почему дистальная резекция подвздошной кишки по сравнению с проксимальной резекцией плохо переносится?

- а. Время прохождения в подвздошной кишке медленнее, чем что в тощей кишке.
- б. Время прохождения в тощей кишке медленнее чем в подвздошной кишке.
- в. Большая часть пищи поглощается в подвздошной кишке.
- г. Водопоглощение в основном в подвздошной кишке.
- д. Все минералы поглощаются преимущественно в подвздошной кишке.

45. Каков уровень смертности от острого аппендицита?

- а. В общей численности населения - это 4 на 10000
- б. После перфорации аппендицита составляет 4–5%
- в. Для неразорвавшегося аппендицита - это 2%
- г. 80%, если образовался абсцесс
- д. Он увеличился за последние 40 лет

46. Что верно относится к ишемии толстой кишки?

- а. Это происходит в младшей возрастной группе (40–60 возраст).
- б. В большинстве случаев это происходит у пациентов с сердечной недостаточностью
- в. Это обычно вызывает сильную боль в животе.
- г. Может иметь предрасположенность, связанную с патологией толстой кишки у 20% пациентов.
- д. В результате пациент выглядит серьезно больным.

47. Чтобы подтвердить диагноз ишемического колита, какое обследование нужно выполнить?
- Селективная ангиограмма нижней брыжеечной артерии
  - Ангиограмма верхней и нижней брыжеечной артерии
  - КТ брюшной полости
  - Бариевая клизма через 2 недели
  - Бариевая клизма как можно скорее
48. 54-летний мужчина с диареей на фоне язвенного колита. Колэктомия должна рекомендоваться пациентам с язвенным колитом, у которых есть симптомы, которые сохраняются более:
- 1 месяц
  - 6 месяцев
  - 1–5 лет
  - 10–20 лет
  - более 25 лет
49. У 48-летней женщины выявлен рак толстой кишки. Она имеет длительную историю язвенного колита. При язвенном колите, что из следующего характерно для рака толстой кишки?
- Встречается чаще, чем в остальных группах населения.
  - Чаще встречается, когда язвенный колит ограничен левой ободочной кишкой.
  - Происходит одинаково в правой и левой части.
  - Имеет синхронный рак в 4–5% случаев.
  - Имеет лучший прогноз из-за врачебной осведомленности
50. 64-летнему больному поставлен диагноз рака нисходящей ободочной кишки. Что нужно ему сказать перед операцией?
- Ему, скорее всего, потребуются колостомия.
  - Ему должен был вырезан рак прижиганием.
  - Он должен пройти левостороннюю гемиколэктомию.
  - Лучевая терапия - это лечение выбора.
  - 40% колоректального рака встречается в толстой кишке
51. 68-летнему больному выполнена передняя резекция при раке ректосигмоидного отдела толстой кишки. До операции была выполнена колоноскопия и биопсия. Других поражений не было выявлено. Какое обследование требуется выполнить в течение 2–3 месяцев после операции?
- Повторить ректальное исследование и ректороманоскопию
  - Колоноскопия
  - КТ брюшной полости
  - Ангиография
  - Сканирование костей
52. Пациент запрашивает информацию у своего хирурга относительно его последующего прогноза. Хирург сообщил, что прогноз для рака толстой кишки и прямой кишки благоприятный, когда:
- Минимальное серозное поражение
  - Минимальное поражение лимфатических узлов
  - Процесс ограничен слизистой оболочкой
  - Правостороннее обтурирующее поражение
  - Повышенный карциноэмбриональный антиген (СЕА)
53. У 83-летнего мужчины на колоноскопии диагностирован рак толстой кишки. Он отказывается от хирургического вмешательства и после 3-месячного периода наблюдения поступает в отделение неотложной помощи с обструкцией толстой кишки. Карцинома толстой кишки, скорее всего, будет вызывать обтурацию, если она обнаружена в:
- Слепая кишка
  - Восходящая ободочная кишка
  - Нисходящая ободочная кишка
  - Прямая кишка
  - Поперечная толстая кишка
54. 43-летний мужчина обратился к врачу с сильной болью в промежности. Осмотр выявил выраженный отек правой перианальной края из-за перианального абсцесса. Ректальное обследование отклонено из-за болей. Каков должен быть следующий шаг в ведении больного?
- Дренирование абсцесса под местной анестезией
  - Иссечение анальной крипты

- в. Дренирование абсцесса под общим наркозом
- г. КТ брюшной полости.

55. 64-летний мужчина проходит наблюдение с использованием раково-эмбрионального антигена СЕА, потому что его брат и отец болели раком толстой кишки. Какую информацию ему необходимо предоставить?

- а. СЕА очень чувствителен для диагностики.
- б. Если СЕА повышен до операции, это подразумевает неоперабельное заболевание.
- в. Увеличение СЕА после резекции может указывать на рецидив опухоли.
- г. СЕА очень специфичен для присутствия рака толстой кишки.
- д. СЕА присутствует в нормальной толстой кишке у взрослых

56. 70-летний мужчина имеет бледность и одышку при нагрузке. Он не жалуется на боли в животе. У него есть гипохромная анемия. Какая наиболее вероятная причина этих симптомов из указанных заболеваний?

- а. Дивертикулез толстой кишки
- б. Язвенная болезнь
- в. Болезнь Крона
- г. Язвенный колит
- д. Карцинома правой ободочной кишки

57. У 25-летнего мужчины рецидивирующий гнойный свищ в анусе. Он также жалуется на потерю веса, периодические приступы диареи с кровью, смешанной с калом и тенезмы. Проктоскопия выявила здоровую, нормально выглядящую прямую кишку. Каков скорее всего диагноз?

- а. Болезнь Крона
- б. Язвенный колит
- в. Амебный колит
- г. Ишемический колит
- д. Колит, связанный с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД)

58. 65-летний мужчина страдает хроническим запором и вздутием живота в течение 5 дней. Жалуется на отсутствие аппетита и общее недомогание. При медицинском осмотре значительное вздутие живота с гиперактивными звуками перистальтики. Ректальное исследование выявляет минимальное количество кала с положительным тестом на скрытую кровь. Сигмоидоскопия не обнаруживает каких-либо изменений. Рентген брюшной полости показывает большую 10-см слепую кишку и расширенную, заполненную жидкостью поперечно-ободочную и нисходящую ободочную кишку с очень небольшим количеством газа в прямой кишке. Какова наиболее вероятная причина этого состояния?

- а. Заворот сигмовидной кишки
- б. Псевдообструкция толстой кишки
- в. Ишемический колит
- г. Карцинома толстой кишки
- д. Дивертикулит толстой кишки

59. 27-летний мужчина-гомосексуалист поступил с инородным телом в прямой кишке. Во время извлечения инородного тела произошел большой разрыв в сигмовидной кишке с обширной девитализацией тканей и загрязнением. Какой метод лечения является предпочтительным?

- а. Ушивание сигмовидной кишки и проксимальная колостома
- б. Проктоскопическая реконструкция
- в. Лапаротомия и ушивание разрыва сигмовидной кишки
- г. лапаротомия, экстериоризация перфорации как колостомиа
- д. лапаротомия, резекция сигмовидной кишки и колостомиа

60. 40-летний мужчина с длинной историей кровавой диареи жалуется на вздутие живота, боль, рвоту и гипертермию. Установлено, что он обезвожен, что проявляется тахикардией и гипотонией. Живот болезненный, умеренно мягкий с защитной ригидностью в области эпигастрального вздутия. Какова скорее всего причина этого состояния?

- а. Токсичный мегаколон при язвенном колите
- б. Перфорация тонкой кишки на фоне регионального энтерита
- в. Перфорированный рак сигмовидной кишки
- г. Заворот сигмовидной кишки
- д. Острый перфорированный дивертикулит

61. Через три дня после операции по поводу аневризмы брюшной аорты, пациента беспокоит умеренная лихорадка, боли в животе и ректальное кровотечение. Какое исследование наиболее целесообразно?

- а. Ангиография
- б. Верхняя гастроинтестинальная эндоскопия
- в. УЗИ брюшной полости
- г. Сигмоидоскопия
- д. КТ брюшной полости

62. 55-летнюю женщину беспокоит боль в левом нижнем квадранте брюшной полости и лихорадка 38,1. КТ выявляет в левом нижнем квадранте брюшной полости инфильтрат с участием сигмовидной кишки, минимальное количество свободной жидкости и отсутствие свободного воздуха. Что должно включать начальное лечение этого пациента?

- а. Инфузия жидкости, пенициллин и стероиды
- б. Инфузия жидкости, цефокситин и назогастральный дренаж
- в. Инфузия жидкости, переливание крови и лапаротомия
- г. Немедленная лапаротомия
- д. Подготовка кишечника с последующей лапаротомией

63. 72-летняя женщина поступает с ярко-красным ректальным кровотечением, не связанным с болью в животе, продолжительностью 2 дня. У нее были предыдущие подобные эпизоды, но никогда не было госпитализации. Осмотр выявляет бледность, без существенных симптомов со стороны брюшной полости. Результаты ректального исследования - ярко-красное ректальное кровотечение. Жизненные показатели стабильны и гемоглобин составляет 9,5 г. Какова наиболее вероятная причина этого кровотечения?

- а. Дивертикулит толстой кишки
- б. Карцинома сигмовидной кишки
- в. Дивертикулит Меккеля
- г. Аденоматозный полип толстой кишки
- д. Дивертикулез толстой кишки

64. 72-летняя женщина поступает с ярко-красным ректальным кровотечением, не связанным с болью в животе, продолжительностью 2 дня. У нее были предыдущие подобные эпизоды, но никогда не было госпитализации. Осмотр выявляет бледность, без существенных симптомов со стороны брюшной полости. Результаты ректального исследования - ярко-красное ректальное кровотечение. Жизненные показатели стабильны и гемоглобин составляет 9,5 г. У этой пациентки продолжается кровотечение из прямой кишки. Гипотензия с систолическим давлением 60 мм рт. Ст., несмотря на переливание крови. Каков оптимальный план лечения?

- а. Экстренная колоноскопия и коагуляция кровоточащих сосудов
- б. Мезентериальная ангиография и эмболизация кровотечения
- в. Сканирование кровотечения для локализации кровотечения
- г. Лапаротомия и резекция правой половины толстой кишки
- д. Переливание крови, лапаротомия и субтотальная колэктомия с или без илео - проктостомии.

65. 60-летний мужчина жалуется на рецидивные приступы безболезненного ректального кровотечения. Колоноскопия выявляет нормальную слизистую оболочку между слепой кишкой и анальным каналом. Какой тест наиболее полезен для определения причины кровотечения?

- а. Ангиография для поиска ангиодисплазии
- б. Сканирование с технецием для выявления Меккеля дивертикула
- в. Верхняя эндоскопия для диагностики язвенной болезни
- г. КТ тонкой кишки для выявления опухоли
- д. УЗИ брюшной аорты для выявления аневризмы

66. 64-летний мужчина имеет доброкачественное заболевание толстой кишки. Ему сообщили, что это поражение не предрасположено к развитию рака толстой кишки. Какое заболевание у него есть?

- а. Язвенный колит
- б. Ворсинчатая аденома
- в. Гиперпластический полип
- г. Аденома при семейном полипозе
- д. Слизистая оболочка толстой кишки у пациента с раком толстой кишки

67. 25-летний мужчина жалуется на ректальное кровотечение, потерю веса и боли в животе. Он сообщает об истории подобных жалоб у его братьев и сестер, матери. Результаты физикального

осмотра ничем не примечательны, за исключением положительного теста на скрытую кровь. Какой наиболее вероятный диагноз?

- а. Синдром Петца-Егерса
- б. Семейный полипоз толстой кишки
- в. Язвенный колит
- г. Рак желудка
- д. Болезнь Крона

68. 55-летний мужчина ранее перенес гемиколэктомию по поводу карциномы правой ободочной кишки. В это время через 3 года после первичной резекции КТ сканирование показывает одиночное поражение в правой доле печени. Каков следующий шаг в управлении?

- а. Лазерная прижигание
- б. Лучевая терапия
- в. Катетеризация печеночной артерии и местная химиотерапия
- г. Симптоматическое лечение анальгетиками, потому что болезнь толстой кишки сейчас IV стадии
- д. Эксплоративная лапаротомия и резекция опухоли печени

69. 68-летнего мужчину беспокоят спастические боли в животе и вздутие с рвотой. При осмотре – послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке. Рентген показывает несколько уровней газа и жидкости. Лейкоциты 12 000. Какой наиболее вероятный диагноз?

- а. Спаечная кишечная непроходимость
- б. Грыжа
- в. Аппендицит
- г. Воспалительное заболевание кишечника
- д. Желчные камни и асцит

70. Каковы нормальные показатели раковоэмбрионального антигена?

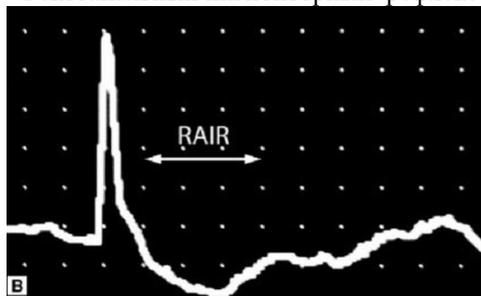
- а. 10 нг/мл
- б. у курящих < 15.0 нг/мл ; у некурящих < 8.5 нг/мл
- в. 24 нг/мл
- г. у курящих < 5.0 нг/мл ; у некурящих < 2.5 нг/мл

71. Что означают Амстердамские критерии?

- а. Степень распространенности рака прямой кишки
- б. Степени тяжести болезни Крона
- в. Семейные признаки наследственного неполипозного колоректального рака
- г. Симптомы обтурационной непроходимости

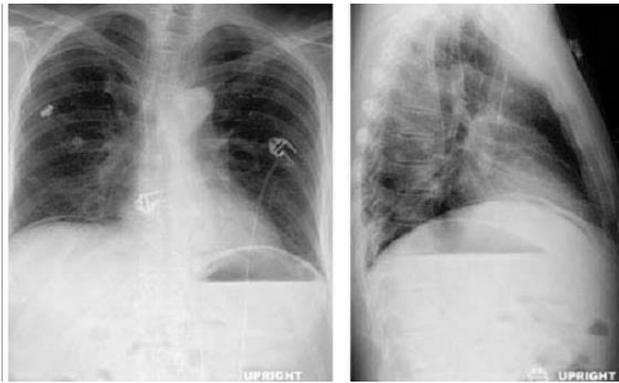
72. Какое исследование изображено на рисунке?

- а. Сфинктерометрия
- б. Миография
- в. Дефекография
- г. Ректоанальный ингибиторный рефлекс



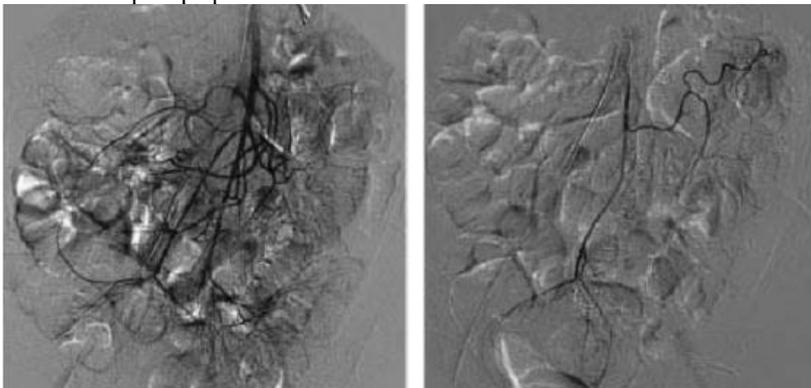
73. Произведите описание указанного рентгенологического исследования. При каких заболеваниях толстой кишки встречается это состояние?

- а. Обтурационная толстокишечная непроходимость
- б. Острое расширение желудка
- в. Свободный воздух в брюшной полости
- г. Асцит



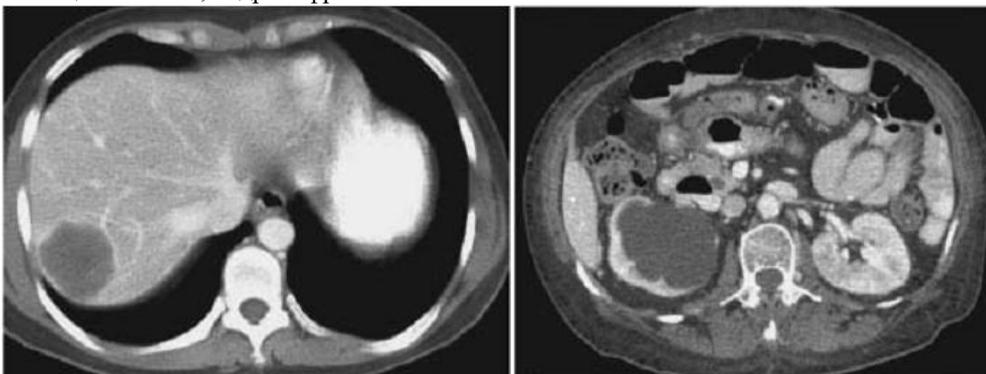
74. Назовите вид указанного рентгенологического исследования.

- а. Аортография
- б. Селективная ангиография брыжеечных артерий
- в. Целиакография
- г. Спленопортография



75. КТ больного раком прямой кишки. Укажите характер выявленных изменений.

- а. Острый холецистит, перитонит
- б. Метастаз в печени, гидронефроз
- в. Метастазы в печени и почке
- г. Абсцесс печени, гидронефроз



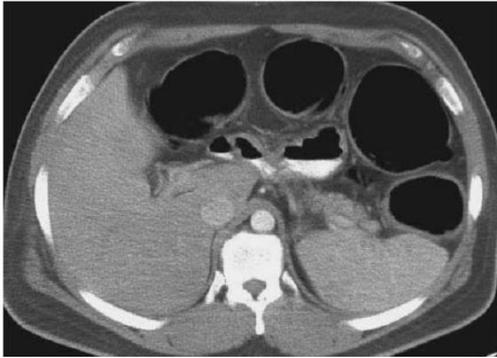
76. Произведите описание указанного рентгенологического исследования. При каком заболевании встречается это состояние?

- а. Тонкокишечная непроходимость
- б. Перфорация полого органа
- в. Острое расширение желудка
- г. Токсическая дилатация поперечно-ободочной кишки при язвенном колите



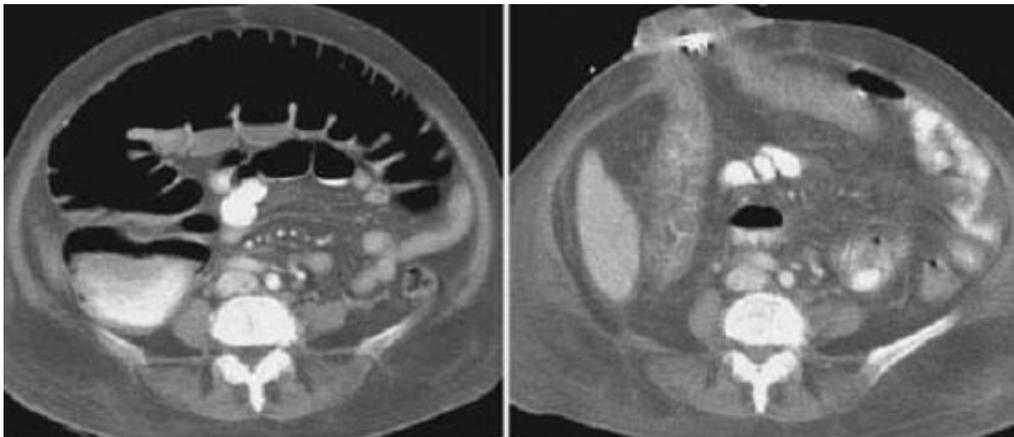
77. КТ брюшной полости. Укажите характер патологии

- а. Дивертикулез ободочной кишки
- б. Острый панкреатит
- в. Признаки обтурационной непроходимости
- г. Ишемический колит



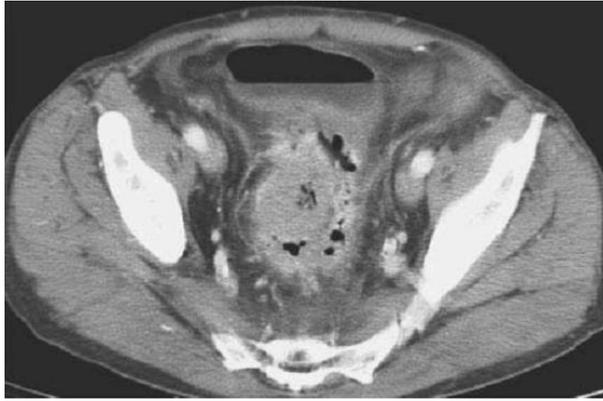
78. КТ брюшной полости. Укажите характер патологии

- а. Обтурационная непроходимость, состояние после наложения трансверзостомы
- б. Ущемленная вентральная грыжа
- в. Ишемический колит
- г. Спаечная кишечная непроходимость, илеостома



79. КТ брюшной полости больного с дивертикулярной болезнью. Укажите характер патологии

- а. Диффузный перитонит
- б. Тазовый абсцесс
- в. Коловезикальный свищ
- г. Коловагинальный свищ



80. Женщину 45 лет в течение 6 недель беспокоят боли в заднем проходе после дефекации. При ректальном обследовании выявлена задняя анальная трещина, отсутствие пограничных бугорков, повышенный тонус анальных сфинктеров. Определите оптимальный план лечения.
- Иссечение трещины
  - Боковая внутренняя сфинктеротомия
  - Свечи с нитроглицерином или дилтиаземом
  - Инъекции ботокса
81. Мужчина 53 лет страдает в течение 1 года анальной трещиной. Ему проведено 2 курса лечения в амбулаторном центре, в том числе – с применением ботокса. При ректальном обследовании выявлена хроническая задняя трещина с плотными краями и внутренним анальным сосочком, выраженный спазм анальных сфинктеров. Определите оптимальный план лечения.
- Иссечение трещины
  - Боковая внутренняя сфинктеротомия, иссечение трещины
  - Боковая внутренняя сфинктеротомия
  - Иссечение трещины, пластика слизистой анального канала
82. У больного 65 лет при колоноскопии выявлен полип сигмовидной кишки, размером 20мм, тип полипа по Парижской классификации II а. Определите оптимальный план лечения.
- Лапароскопическая секторальная резекция сигмы
  - Эндоскопическая резекция слизистой оболочки
  - Эндоскопическая петлевая полипэктомия
  - Биопсия, эндоскопическая подслизистая диссекция
83. У больной при колоноскопии выявлено эпителиальное образование восходящей кишки, размером 30мм, тип полипа по Парижской классификации IIc, тип рельефа поверхности Vn. Определите оптимальный план лечения.
- Лапароскопическая секторальная резекция восходящей кишки
  - Эндоскопическая резекция слизистой оболочки
  - Лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия
  - Биопсия, эндоскопическая подслизистая диссекция
84. У больного при колоноскопии выявлен полип сигмовидной кишки, размером 20мм, тип полипа по Парижской классификации Iр . Определите оптимальный план лечения.
- Биопсия, эндоскопическая петлевая полипэктомия
  - Эндоскопическая резекция слизистой оболочки
  - Эндоскопическая петлевая полипэктомия
  - Биопсия, эндоскопическая подслизистая диссекция
85. У больного 60 лет при колоноскопии выявлен гиперпластический полип прямой кишки, размером 6 мм, тип полипа по Парижской классификации II а, тип микрорельефа поверхности II. Определите оптимальный план лечения.
- Биопсия, эндоскопическая петлевая полипэктомия
  - Эндоскопическая резекция слизистой оболочки
  - Эндоскопическая петлевая полипэктомия
  - Биопсия, эндоскопическая подслизистая диссекция
  - Колоноскопия через 3 года.

86. Больной выполнена эндоскопическая полипэктомия по поводу полипа нисходящей кишки размером 15 мм тип Ip с обнаруженной при патоморфологическом исследовании дисплазией высокой степени. Определите оптимальный план наблюдения.

- а. Колоноскопия через 3 месяца
- б. Колоноскопия через 6 месяцев
- в. Колоноскопия через 1 год
- г. Колоноскопия через 5 лет
- д. Колоноскопия через 3 года

87. Больной 63 лет страдает дивертикулярной болезнью сигмовидной кишки с наличием в анамнезе осложненного дивертикулита с формированием периколического инфильтрата. Во время плановой колоноскопии выявлен полип сигмовидной кишки, выполнена эндоскопическая петлевая полипэктомия, в процессе процедуры диагностирована перфорация кишки. Определите оптимальный план лечения.

- а. Эндоскопическое клипирование перфорации, наблюдение
- б. Лапаротомия, ушивание перфорации
- в. Лапаротомия, ушивание перфорации, двухствольная трансверзостомия
- г. Резекция сигмовидной кишки с анастомозом
- д. Резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана

88. У больной 43 лет во время плановой колоноскопии выявлен полип ректосигмовидного отдела, выполнена эндоскопическая петлевая полипэктомия, в процессе процедуры диагностирована перфорация кишки размером 10 мм с ровными краями. Определите оптимальный план лечения.

- а. Эндоскопическое клипирование перфорации, наблюдение
- б. Лапаротомия, ушивание перфорации
- в. Лапаротомия, ушивание перфорации, двухствольная сигмостомия
- г. Резекция сигмовидной кишки с анастомозом
- д. Резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана

89. Больной 48 лет мужчина обратился к врачу с сильной болью в промежности. Осмотр выявил выраженный отек и гиперемия правой перианальной области. При ректальном обследовании определяется инфильтрация правого ишиоректального пространства. Каков должен быть план хирургического лечения?

- а. Дренирование абсцесса под местной анестезией
- б. Дренирование абсцесса под общей анестезией
- в. Дренирование абсцесса с проведением лигатуры под общей анестезией
- г. Дренирование абсцесса и иссечение анальной крипты.

Эталоны ответов:

	20. д	40. б
1. в	21. б	41. в
2. а	22. д	42. в
3. д	23. а	43. в
4. а	24. в	44. а
5. в	25. в	45. б
6. д	26. в	46. г
7. а	27. б	47. д
8. д	28. в	48. г
9. в	29. а	49. а
10. в	30. а	50. в
11. а	31. в	51. б
12. г	32. г	52. в
13. в	33. в	53. в
14. г	34. г	54. в
15. в	35. г	55. в
16. б	36. в	56. д
17. г	37. а	57. а
18. в	38. д	58. г
19. г	39. б	59. г

60. а
61. г
62. б
63. д
64. д
65. а
66. в
67. б
68. д
69. а
70. г
71. в
72. г
73. в
74. б
75. б
76. г
77. в
78. а
79. в
80. в
81. б
82. б
83. в
84. в
85. д
86. д
87. г
88. г
89. б

**9.2. Вопросы к итоговой аттестации по специальности «Колопроктология»  
на цикле повышения квалификации  
продолжительностью 144 ч.  
по теме «Актуальные вопросы колопроктологии»**

1. Оптимальный состав бригады специалистов для реализации программы быстрого выздоровления.
2. Задачи предоперационного обследования больных, роль информированного согласия пациента
3. Принципы обезболивания и нутритивной поддержки пациентов
4. Особенности хирургической техники
5. Задачи послеоперационного ведения и амбулаторного долечивания
6. Особенности предоперационной подготовки пациентов
7. Особенности анестезиологического обеспечения
8. Мультидисциплинарный подход в реализации программы ускоренного выздоровления больных
9. История разработки программ ускоренного выздоровления больных
10. Общие принципы программ ускоренного выздоровления больных
11. Преимущества применения программы ускоренного выздоровления больных
12. Недостатки и сложности применения программы ускоренного выздоровления больных.
13. Клиническая анатомия толстой кишки.
14. Клиническая анатомия прямой кишки.
15. Клиническая анатомия анального канала.
16. Клиническая анатомия промежности.
17. Физиология толстой кишки.
18. Ректороманоскопия: показания, подготовка, оборудование, методика исследования, осложнения и их профилактика
19. Диагностическая колоноскопия: показания, подготовка, оборудование, методика исследования, современные возможности визуализации, осложнения и их профилактика и лечение
20. Скрининговая колоноскопия: показания, подготовка, оборудование, методика исследования, осложнения и их профилактика
21. Диагностическая колоноскопия: документирование процедуры, критерии качества диагностической процедуры.
22. Рентгенологические исследования в колопроктологии: ирригоскопия, проктография, дефекография – показания и диагностические возможности
23. Компьютерная томография в колопроктологии: показания и диагностические возможности
24. Ультразвуковые исследования в колопроктологии : УЗИ органов брюшной полости, УЗИ толстой кишки, ТРУЗИ - показания и диагностические возможности
25. Методы функциональной диагностики в колопроктологии: сфинктерометрия, манометрия, исследование ректоанального рефлекса

26. Геморроидальная болезнь – классификация, принципы консервативного лечения, варианты медикаментозной терапии
27. Хронический геморрой: лечение методом склеротерапии – показания и противопоказания, препараты для склеротерапии, методика, результаты, осложнения
28. Хронический геморрой: лечение методом инфракрасной коагуляции - показания и противопоказания, методика, результаты, осложнения
29. Хронический геморрой: лечение методом латексного лигирования - показания и противопоказания, методики и варианты латексного лигирования, результаты, осложнения
30. Хронический геморрой: лечение методом шовного лигирования геморроидальных артерий - показания и противопоказания, методика и варианты операции, результаты, осложнения
31. Хронический геморрой: геморроидэктомия, показания, методики (Миллигана-Моргана, Паркса), открытая и закрытая геморроидэктомия, варианты иссечения геморроидальных узлов, результаты, осложнения
32. Хронический геморрой: лечение методом степлерной геморроидопексии - показания и противопоказания, методика операции, результаты, осложнения
33. Острый парапроктит: диагностика, классификация, выбор метода хирургического лечения
34. Острый пельвиоректальный парапроктит: клиника, диагностика, особенности хирургического лечения
35. Прямокишечные свищи: классификация, методы диагностики, выбор метода хирургического лечения
36. Интрасфинктерные прямокишечные свищи: диагностика, методика хирургического лечения, результаты, осложнения
37. Трансфинктерные прямокишечные свищи: диагностика, методика хирургического лечения, результаты, осложнения
38. Экстрасфинктерные прямокишечные свищи: диагностика, выбор методов хирургического лечения, варианты пластических операций, результаты, осложнения
39. Острая анальная трещина: клиника, диагностика, методы лечения
40. Хроническая анальная трещина: клиника, диагностика, алгоритм выбора методов лечения
41. Хроническая анальная трещина: клиника, диагностика, выбор методов консервативного лечения, медикаментозная релаксация внутреннего сфинктера, результаты лечения
42. Хроническая анальная трещина: клиника, диагностика, выбор методов хирургического лечения, боковая подкожная внутренняя сфинктеротомия – показания и варианты, результаты лечения
43. Эпителиальный копчиковый ход: этиология, клиника, классификация, выбор методов хирургического лечения
44. Эпителиальный копчиковый ход в стадии нагноения: методы хирургического лечения
45. Эпителиальный копчиковый ход : методы хирургического лечения с пластикой раны перемещенными лоскутами (по Лимбергу, Баском, Каридакису с L, Z, Y, W – кожной пластикой)

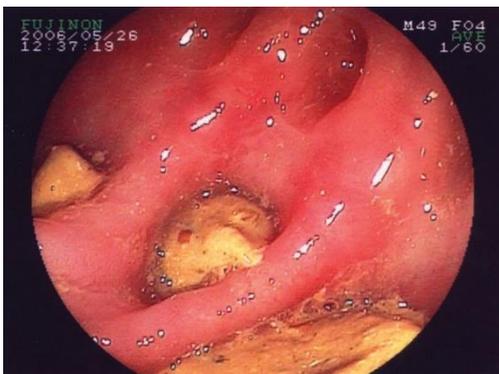
46. Информированное согласие больного на операцию: основные цели и разделы, порядок оформления, выбор метода лечения, характеристика операции и ее результатов
47. Открытые и закрытые травмы прямой кишки: классификация, клиника, диагностика, хирургическая тактика, варианты хирургических вмешательств
48. Выпадение прямой кишки: классификация, клиника, диагностика, хирургическая тактика, варианты хирургических вмешательств
49. Синдром раздраженной толстой кишки: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
50. Язвенный колит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, оценка тяжести течения заболевания
51. Язвенный колит: классификация, оценка тяжести течения заболевания, осложнения, показания экстренному хирургическому лечению, техника хирургических операций
52. Болезнь Крона: этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, оценка тяжести течения заболевания
53. Болезнь Крона: классификация, оценка тяжести течения заболевания, показания к хирургическому лечению, техника хирургических операций
54. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, показания к хирургическому лечению, результаты операций
55. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: острый неосложненный дивертикулит, клиника, диагностика, лечение
56. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: классификация, осложнения, классификация Hinchey E.J., лечение осложненного дивертикулита, показания к консервативному, навигационному и хирургическому лечению, результаты операций
57. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: классификация, хронические осложнения, показания к хирургическому лечению, особенности хирургической техники, результаты операций
58. Полипы толстой кишки: Парижская классификация, варианты эндоскопических вмешательств, динамическое наблюдение
59. Плоские эпителиальные новообразование толстой кишки: классификация, выбор методов лечения, эндоскопические и лапароскопические вмешательства, гибридные технологии
60. Рак толстой кишки: эпидемиология, клиника, диагностика, классификация, стадирование.
61. Наследственный неполипозный колоректальный рак: эпидемиология,
62. Амстердамские критерии, диагностика, особенности выбора тактики лечения и наблюдения
63. Рак толстой кишки: классификация, стадирование, выбор методов хирургического лечения, оценка результатов операции, показания к адъювантной терапии.
64. Рак правой половины ободочной кишки: клиника, диагностика, объем и техника хирургических операций, осложнения и результаты
65. Рак поперечноободочной кишки: клиника, диагностика, объем и особенности техники хирургических операций, осложнения и результаты
66. Рак левой половины ободочной кишки: клиника, диагностика, объем и техника хирургических операций, осложнения и результаты

67. Рак сигмовидной кишки: клиника, диагностика, объем и техника хирургических операций, осложнения и результаты
68. Рак прямой кишки: эпидемиология, диагностика, классификация, стадирование заболевания, принципы выбора комбинированного лечения
69. Рак прямой кишки: классификация, стадирование заболевания, принципы выбора хирургического лечения, оценка операций, осложнения, результаты
70. Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки: варианты операций, техника мезоректумэктомии, осложнения, результаты
71. Рак среднеампулярного отдела прямой кишки: варианты операций, техника мезоректумэктомии, осложнения, результаты
72. Рак нижеампулярного отдела прямой кишки: варианты операций, техника брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, сфинктеросохраняющие операции, осложнения, результаты
73. Рак прямой кишки: трансанальная эндоскопическая микрохирургия – показания, техника, результаты
74. Рак анального канала: этиология, классификация, выбор методов лечения, результаты
75. Колостомия: показания, классификация, техника, осложнения и их лечение
76. Илеостомия: показания, классификация, техника, осложнения и их лечение
77. Коло, - илеостома: ранние и поздние осложнения, методы реабилитации больных
78. Лапароскопическая колоректальная хирургия – история, принципы, оборудование, технология операций, результаты
79. Подготовка больных и профилактика осложнений в колоректальной хирургии: оценка физического статуса больных, оценка риска операций, принципы пред-, пери -, и послеоперационного ведения больных
80. Основные принципы системы быстрого выздоровления больных (Fast Track // ERAS) в колоректальной хирургии.

**9.3. Ситуационные задачи к итоговой аттестации по специальности  
«Колопроктология» на цикле повышения квалификации  
продолжительностью 144 ч.  
по теме «Актуальные вопросы колопроктологии»**

**Задача № 1**

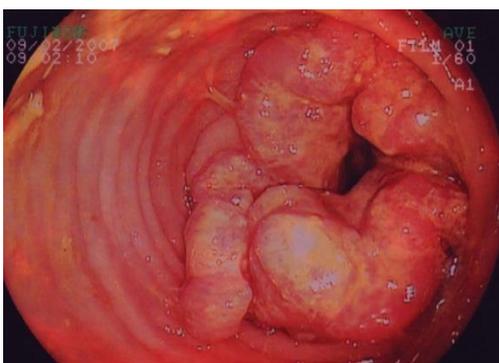
На данной фотографии этап эндоскопического исследования пациента, который предъявляет жалобы на боли в левой подвздошной области, повышение температуры, небольшое количество крови в стуле.



1. Какое исследование было выполнено?
2. Каков диагноз?
3. Какое лечение необходимо провести в срочном порядке?
4. Какое лечение нужно рекомендовать в отдаленном периоде?

**Задача № 2**

Данное исследование проведено пациенту с задержкой стула и потерей веса.



1. Опишите патологический процесс, изображенный на фотографии.
2. Каков диагноз?
3. Как можно подтвердить диагноз?
4. Какие дополнительные исследования нужно провести?
5. Какие факторы влияют на выбор тактики лечения?
6. Какое лечение возможно у данного пациента?

**Задача № 3**

Пациентка Л. 75 лет в течение многих лет страдает запорами. Предъявляет жалобы на урчание, переливание, чувство полноты, вздутия и распираания в области живота, особенно в его левой половине. Иногда беспокоит чувство неполного опорожнения кишечника, неприятные ощущения и зуд в заднем проходе, ложные позывы. При значительном скоплении каловых масс в прямой кишке появляются боли в заднепроходном отверстии, которые становятся особенно мучительными, если присоединяется геморрой и проктит. Иногда боли и чувство давления в прямой кишке отмечаются перед дефекацией или непосредственно после нее. Пациентка постоянно в течение последних 5 лет принимает слабительные (Бисакодил).



При эндоскопическом исследовании толстой кишки определяется на всем протяжении пигментация слизистой оболочки, ячеистый рисунок.

1. Какому диагнозу более всего соответствует такая эндоскопическая картина у пациентки?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики?
3. Какова тактика лечения?

#### Задача № 4

Пациент К. 38 лет поступил с жалобами на рецидивирующую боль в нижнем правом квадранте живота, 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: рельеф слизистой оболочки толстой кишки в виде „бульжной мостовой“, афтозные язвы.



1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?
2. Что характерно для микроскопической картины при гистологическом исследовании биоптата в данном клиническом случае?
3. Какова тактика при лечении этого заболевания?

#### Задача № 5

Больная К., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.

Считает себя больной около 2 месяцев, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 недели до поступления в больницу появился жидкий стул с примесью крови и слизи. Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 2 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10x9x8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексы отсутствуют. Внешних изменений в суставах не определяются.

Анализ крови: Нв - 110 г/л, эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}$  /л, лейкоциты -  $6,8 \times 10^9$  /л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты -1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.



УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено.

При колоноскопии: в прямой, сигмовидной и нисходящей ободочной кишке отмечается отек, зернистость, гиперемия слизистой оболочки, отсутствие сосудистого рисунка, эрозии, поверхностные язвы, контактная кровоточивость.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова тактика лечения данного заболевания?

### Задача № 6

Больная Н., 18 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и гноя 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 суток, когда после тяжелой стрессовой ситуации в семье появился жидкий стул с примесью крови и гноя, присоединились вышеописанные жалобы. Состояние при поступлении тяжелое, больная пониженного питания, аппетит отсутствует. 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 - 125 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, патологические симптомы не определяются. Отмечаются частые кровянисто-гнойные выделения из заднего прохода.

Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, край уплотнен. Селезенка не пальпируется. Отеки голеней и стоп.

В анализах крови: Hb - 70 г/л, эритроциты -  $2,5 \times 10^{12}$  /л, лейкоциты -  $14 \times 10^9$  /л, палочкоядерные - 10 %, сегментоядерные - 59 %, лимфоциты - 18 %, эозинофилы - 3 %, моноциты - 10 %, СОЭ - 43 мм/ч, общий белок - 50 г/л.

Ректороманоскопия: слизистая оболочка резко гиперемирована, отечна, утолщена, отмечается спонтанная кровоточивость, множественные активные сливные язвы, сосудистый рисунок отсутствует, в просвете кишки - кровь.

К концу первых суток пребывания в стационаре на фоне проводимой терапии 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, симптомов раздражения брюшины положительные во всех отделах.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: в брюшной полости определяется свободный газ, расширение поперечно-ободочной кишки в диаметре до 8-10 см.

1. Каков диагноз?
2. Какие осложнения со стороны толстой кишки развились в данном случае?
3. Какие показания для проведения колоноскопии в данной ситуации?
4. Определите дальнейшую тактику лечебных мероприятий.

### Задача № 7

Пациент Д. 25 лет, получавший массивную антибактериальную терапию обратился к гастроэнтерологу с жалобами на водянистую диарею иногда с примесью крови, спазмы и боли в животе, повышенную температуру, гной и слизь в стуле, тошноту, общую слабость.

При колоноскопии выявлена следующая эндоскопическая картина: слизистая оболочка толстой кишки с узелковыми бляшковидными высыпаниями желтоватого цвета, отечная, рыхлая.



1. Какому диагнозу соответствует данная эндоскопическая картина, учитывая клиническую картину?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика лечения пациента.

### Задача № 8

Больная К., 67 лет, жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание. Температура - 37,2°C.

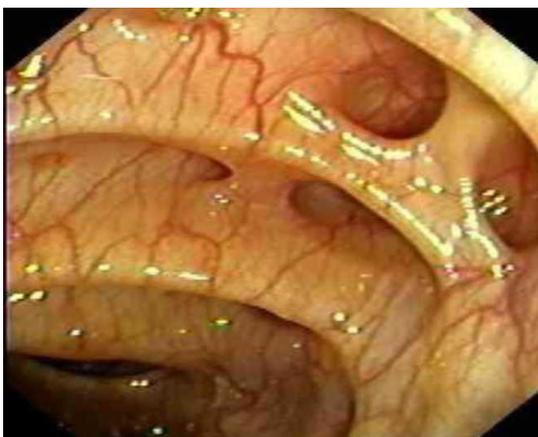
При проведении колоноскопии в проксимальном отделе сигмовидной кишки выявлен инфильтрат с бугристой поверхностью, грязно-серым некротическим налетом, слизистая контактно кровоточива.



1. Ваш диагноз?
2. Необходимо ли проведение биопсии в данном случае?
3. Какова тактика лечения данного пациента?

### Задача № 9

Больная М., 58 лет, обратилась к врачу в связи с появлением внизу живота тупых болей и неустойчивого стула (более месяца отмечает чередование запоров и поноса). Общее состояние больной удовлетворительное. Аппетит сохранен. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в левой подвздошной области. Температура тела 37,3°C. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. В связи с подозрением на заболевание ободочной кишки выполнена колоноскопия, были обнаружены множественные мешковидные выпячивания стенки сигмовидной, нисходящей, поперечно-ободочной кишки до 1 см.



1. Какое осложнение дивертикулеза можно заподозрить у больной?
2. Назовите возможные варианты клинического течения дивертикулярной болезни толстого кишечника
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

### Задача № 10.

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 –  $16,2 \times 10^9/\text{л}$ , Эр –  $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$ , 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 № 11.

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?

### Задача № 12

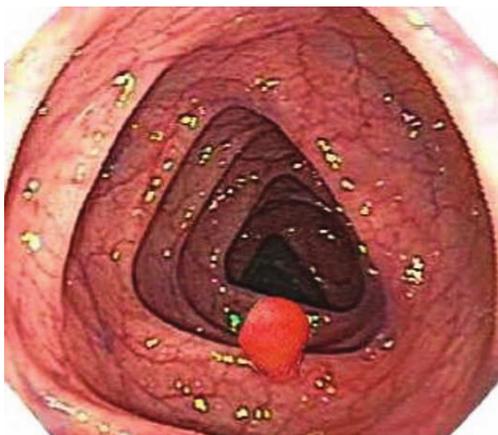


Рисунок № 1

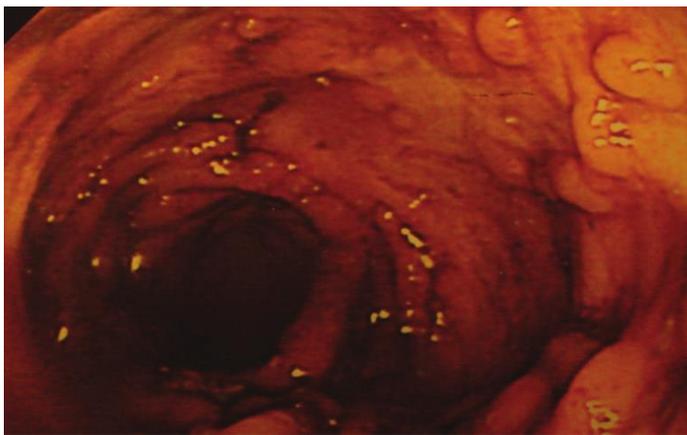


Рисунок № 2

- 1.Опишите, что вы видите на рис. № 1 и рис.№ 2, полученных при колоноскопии?
- 2.Как вы классифицируете эту патологию?
- 3.Назовите основные характеристики каждого типа заболевания.
- 4.Каковы клинические проявления данных заболеваний?
- 5.Какой план лечения данной патологии?
- 6.Что вы понимаете под определением трансформации «аденома- карцинома»?

### Задача № 13



Рисунок № 1



Рисунок № 2



Рисунок № 3

- 1.Какое исследование было проведено на рисунке 1 и что оно демонстрирует?
- 2.Что подразумевается под дивертикулом?
- 3.Как вы их классифицируете? Приведите примеры.
- 4.Какова этиология дивертикулеза толстой кишки?
- 5.Каковы клинические особенности дивертикулярной болезни сигмовидной кишки? Что показывает рисунок 2? Из-за чего это произошло?
- 6.Какие методы исследования доступны для диагностики дивертикулеза?
- 7.Как бы вы лечили дивертикулярную болезнь сигмовидной кишки?
- 8.Какой рентгенологический симптом демонстрируется на рисунке № 3 и что он означает?

## Задача № 14



Рисунок № 1



Рисунок № 2

- 1.Опишите, что показано на рисунке 1. Рисунок 2 представляет рентгеновский снимок, сделанный тому же пациенту до операции. Что он показывает?
- 2.Какой самый вероятный диагноз?
- 3.Каковы типичные микроскопические проявления этого заболевания?
- 4.Каковы типичные клинические проявления этого заболевания?
- 5.Что такое экстракишечные проявления этого заболевания?
- 6.Каковы основные осложнения этого заболевания?
- 7.Каковы принципы лечения этого состояния?
- 8.Какие биохимические маркеры могут указывать на серьезный характер заболевания и какие клинические признаки указывают на его прогноз?
- 9.Какие хирургические варианты являются методом выбора в данном состоянии?

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

### Задача № 1

1. Гибкая сигмо/колоноскопия.
2. Дивертикулез/дивертикулит.
3. Консервативное: диета плюс антибиотики широкого спектра действия.
4. Необходима диета с большим содержанием грубой волокнистой пищи; при повторяющихся эпизодах заболевания необходимо рассмотреть возможность сигма/колэктомии.

### Задача № 2

1. Круговое полиповидное образование частично обтурирующее просвет кишечника.
2. Карцинома ободочной кишки.
3. Мультифокальная биопсия.
4. КТ грудной клетки, брюшной полости, таза.
5. TNM стадия заболевания; сопутствующие заболевания; физический статус пациента.
6. Радикальное лечение: колэктомия с или без адъювантной химиотерапией.

Паллиативное лечение: паллиативная резекция/химиотерапия, разгрузочная стома или эндоскопическое стентирование.

### Задача № 3

1. Меланоз толстой кишки.
2. Характерна пигментация слизистой оболочки толстой кишки из-за скопления пигментсодержащих макрофагов. Это легко установить при гистологическом исследовании.
3. Отменить слабительные препараты на основе сенны. Назначение диеты с повышенным содержанием клетчатки, воды, назначение слабительных, не всасывающихся в кишечнике, например, форлакс.

### Задача № 4

1. Болезнь Крона.
2. В инфильтрате преобладают лимфоциты, в несколько меньшем количестве определяются плазматические клетки, эозинофилы и сегментоядерные лейкоциты единичные. Для болезни Крона характерно наличие гранул. Гранулемы при болезни Крона очень напоминают таковые при саркоидозе, поэтому их называют саркоидными. Типичные гранулемы располагаются изолированно и не образуют крупных конгломератов. Они состоят из эпителиоидных и гигантских клеток типа Пирогова—Лангханса, окруженных поясом из лимфоцитов, не имеют четких границ, и вокруг них не образуется фиброзный ободок, характерный для саркоидоза. В отличие от туберкулезных гранул в них отсутствует творожистый некроз.
3. Противовоспалительное лечение, 5-аминосалицилаты, кортикостероидные препараты, иммунодепрессанты, антибиотики, симптоматическое лечение - антидиарейные, кровоостанавливающие препараты.

### Задача № 5

1. Язвенный колит, левостороннее поражение толстой кишки, острая форма средней степени тяжести, умеренной активности.
2. Базисными препаратами в лечении язвенного колита являются глюкокортикоиды и препараты 5-аминосалициловой кислоты, при резистентности назначаются иммунодепрессанты. При среднетяжелых формах применяется преднизолон внутрь до 80 мг в сутки.

### Задача № 6

1. Язвенный колит, тотальное поражение толстой кишки, тяжелое течение.
2. Перфорация толстой кишки, разлитой перитонит.
3. При поступлении показано проведение ректороманоскопии для оценки степени активности процесса. С учетом тяжести поражения толстой и последующей перфорацией колоноскопия противопоказана.
4. При поступлении показано внутривенное введение кортикостероидов (до 120 мг/сутки) на фоне проводимой инфузионной интенсивной терапии. В связи с развитием перфорации толстой кишки показано экстренное хирургическое вмешательство – тотальная колпроктэктомия с выведением колостомы.

#### Задача № 7

1. Псевдомембранозный колит
2. С кишечными инфекционными заболеваниями, болезнью Крона.
3. Антибиотики, бификол, колибактерин. При тяжелых формах инфузионная терапия, при токсическом мегаколоне сегментарная резекция).

#### Задача № 8

1. Рак сигмовидной кишки.
2. Необходимо с целью морфологической верификации диагноза.
3. Показано хирургическое лечение – сегментарная резекция сигмовидной кишки. После изучения операционного препарата решение вопроса о проведении адьювантной химиотерапии.

#### Задача № 9

1. Дивертикулярная болезнь, хронический дивертикулит.
2. Клинически выраженный дивертикулез, острый дивертикулит (осложненный и неосложненный), хронический дивертикулит.
3. Рак толстой кишки. Болезнь Крона.

#### Задача № 10.

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 № 11.

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 интраоперационной очисткой толстой кишки.

#### Задача № 12

1. Колоректальные полипы.
2. Колоректальные полипы могут быть классифицированы на следующие типы:
  - воспалительные
  - гамартомные
  - метапластические (гиперпластические)
  - аденоматозные.
3. Основные характеристики каждого типа заболевания.
  - а) Воспалительные полипы:
    - сформированы из островков гипертрофированной слизистой оболочки в области воспаления или язвы,
    - их иногда называют псевдополипами
    - происходят при язвенном колите, колите Крона, дивертикулитах, хронической дизентерии и доброкачественных лимфоматозных поражениях толстой кишки.
  - б) Гамартомные полипы встречаются в двух формах:
    - ювенильные полипы встречаются у младенцев и детей, часто множественных и на ножке, большинство из них располагаются в прямой кишке и дистальной сигмовидной кишке
    - Синдром Peutz-Jeghers связан с пигментными поражениями на лице и на слизистой губ. Это семейное заболевание и полипы всегда множественные, чаще встречающиеся в тонком кишечнике, и имеют значительный злокачественный потенциал.
  - в) Метапластические (гиперпластические) полипы:
    - бляшкообразной формы, редко превышают 5 мм чаще всего встречаются в прямой кишке,
    - редко вызывают симптомы, не являются предраковыми.
  - г) Аденоматозные полипы:
    - доброкачественные неопластические разрастания, возникающие из слизистой оболочки кишечника
    - может возникать в любом месте желудочно-кишечного тракта, но чаще всего в прямой кишке и левой половине толстой кишки
    - классифицируются на тубулярные, ворсинчатые и тубулярно-ворсинчатые аденомы
    - ворсинчатые аденомы чаще подвергаются злокачественным изменениям.

Эти полипы могут быть сидячими или на ножке.
4. Клиническая симптоматика:
  - Бессимптомная.
  - Ректальное кровотечение.
  - Слизистые выделения
  - Ложная диарея.
  - Злокачественные изменения и клинические проявления колоректального рака.
5. Основой лечения является эндоскопическая полипэктомия. Для плоских аденом в прямой кишке показана TEMS (трансанальная эндоскопическая микрохирургия). Все резецированные полипы должны быть тщательно оценены гистологически для доказательства или исключения злокачественных изменений. После удаления доброкачественного полипа, исходя из размера и их количества, все пациенты должны находиться под колоноскопическим наблюдением.
6. Последовательность трансформации аденомы-карциномы связана с упорядоченной прогрессией генетических мутаций, позволяющих превращать нормальную слизистую оболочку толстой кишки в карциному. Мутации включают ген APC (Adenomatous

Polyposis Coli), ген K-ras, ген DCC(удалены при колоректальном раке) и гена-супрессора опухоли p53.

### Задача № 13

1. Исследование - это двойная контрастная бариевая клизма, и она показывает несколько дивертикулов толстой кишки.

2. Дивертикул - это ненормальное выпячивание стенки полого органа в окружающие ткани.

3. Дивертикулы бывают истинными или ложными.

- Истинные - содержат все слои стенки кишечника.
- Происхождение: врожденное
- Пример: дивертикул Меккеля
- Ложные - не содержат всех слоев стенки кишечника.
- Происхождение: приобретенное
- Пример: дивертикулы толстой кишки

4. Дивертикулез толстой кишки является приобретенным дивертикулярным заболеванием, вызванным увеличением внутрипросветное давление, приводящее к выпячиванию слизистой оболочки толстой кишки. Это чаще происходит в местах слабости кишечной стенки, где брыжеечные кровеносные сосуды проходят между мышцами taenia coli. Эпидемиология заболевания: 30% - в 60 лет, 60% - в 80 лет и старше.

Распространение: сигмовидная кишка (45%); сигмовидная и нисходящая ободочная кишка (35%); 10% - сигмовидная, нисходящая и поперечно-ободочная кишка; слепая кишка (5%), 5% вся толстая кишка. Причины: отсутствие адекватного диетического питания (уменьшение объема стула и его плотная консистенция) приводит к увеличению внутрикишечного давления, сегментации в сигмовидной кишке, которое вызывает выпячивание слизистой оболочки, приводящую к образованию дивертикулов.

5. Бессимптомный дивертикулез и симптомный, когда дивертикул воспаляется

Острые осложнения:

- острый дивертикулит
- дивертикулярный абсцесс
- дивертикулярные кровотечения
- дивертикулярная перфорация, перитонит
- обструкция толстой кишки

Хронические осложнения:

- хроническая боль внизу живота
- вовлечение смежных органов, образующих псевдоопухоль или формирование свищей с тонкой кишкой, мочевым пузырем (рис. 2), маткой, влагалищем
- злокачественные изменения.

Рисунок № 3 - пневматурия – вероятно колоезикальный свищ, как осложнение дивертикулярной болезни.

6. Для диагностики дивертикулярной болезни применяются:

Колоноскопия / гибкая сигмоидоскопия.

Контрастная клизма бария.

КТ-сканирование брюшной полости и таза / КТ-пневмоколонография.

Колоноскопия / гибкая сигмоидоскопия и бариевая клизма выполняются при отсутствии острых осложнений и дивертикулита, так как увеличивается риск перфорации. Но при кровотечении колоноскопия может быть выполнена с осторожностью.

КТ-сканирование выполняется в острых ситуациях - может выявить воспаленный дивертикул, дивертикулярный абсцесс и различные признаки перфорации. Также позволяет оценивать сложные дивертикулярное заболевание с образований межорганых сращений и свищей.

7. Лечение ДБ

- При бессимптомном дивертикулезе рекомендуется консервативное лечение с помощью диеты с высоким содержанием клетчатки. .
- Острый дивертикулит в основном лечится антибиотиками IV поколения. Если нет улучшения, необходимо провести КТ-сканирование, чтобы определить осложнения, такие как дивертикулярный абсцесс. • Дивертикулярный абсцесс, если он локализован, может лечиться посредством навигационного дренирования с помощью изображения УЗИ или КТ. Позже может быть выполнена резекция сигмовидной кишки по Гартману.
- Дивертикулярная перфорация сигмовидной кишки с гнойным или каловым перитонитом является сложной ситуацией и чаще оправдана экстренная резекция сигмовидной кишки по Гартманна.
- Сигмовидное дивертикулярное кровотечение может лечиться изначально консервативно. Если кровотечение приводит к гемодинамической нестабильности, ситуация требует определения локализации источника кровотечения с последующей сегментарной резекцией..
- Для хронических случаев с повторяющимися эпизодами острого дивертикулита рекомендуются курсы антибактериальной терапии, после трех или более таких эпизодов в год - сегментарную резекцию толстой кишки, обращая внимание пациентов на более высокий риск возможных послеоперационных осложнений.

8.Рисунок 3с - демонстрирует «симптом баллона» - киста, заполненная воздухом.Указывает на наличие гигантского дивертикула толстой кишки. Это редкое осложнение дивертикулярной болезни толстой кишки и, как полагают, является результатом «эффекта шарового клапана».

Наиболее распространенными симптомами этого осложнения являются боль в животе, осязаемая опухоль в брюшной полости и такие осложнения как перфорация и перитонит.

Предоперационная диагностика сложна и требуется дифференцировать с различными кистами брюшной полости. Вне осложнений возможна одномоментная резекция толстой кишки с первичным анастомозом.

#### Задача № 14

1.При общем осмотре этот макроскопический образец состоит из открытой толстой кишки, показывающей изъязвления, в том числе - изъязвления в виде булыжника, которое более обширно на одной стороне препарата. Другой край образца имеет нормальную слизистую оболочку с минимальным изъязвлением . Стена утолщена и обесцвечена, возможно, как результат перфорации.

Рисунок 2 - обзорная рентгенография брюшной полости -видна расширенная поперечно-ободочная толстая кишка с отеком слизистой оболочки, отсутствием гаустр - признаки токсического мегаколона.

2.Язвенный колит.

3.Острая и хроническая воспалительная инфильтрация слизистой оболочки , образование абсцессов крипт и возможно искажение линии крипт

4.Наиболее распространенная клиника - кровавая диарея с выраженной фекальной срочностью, связанными с болью в животе (хотя боль чаще бывает особенностью болезни Крона), недомогание, анорексия и потеря веса.

5.Внекишечные осложнения активной формы язвенного колита:

- гангренозная пиодермия
- узловатая эритема
- афтозные язвы рта и влагалища
- ирит
- суставный артрит.

Не относится к активной форме заболевания:

- сакроилеит
- анкилозирующий спондилоартрит

- хронический активный гепатит
- цирроз
- склерозирующий холангит
- холангиокарцинома
- физкультурный клуб.

#### 6. Осложнения язвенного колита:

Массивное кровотечение.

Токсический мегаколон.

Перфорация толстой кишки.

Стриктура толстой кишки.

Перианальное нагноение.

Гигантский воспалительный полипозный синдром.

Рак толстой кишки.

#### 7. Лечение в основном медикаментозное:

- острые приступы - использование стероидов для индуцирования ремиссии, которые затем поддерживаются производными 5-аминосалициловой кислоты (5-ASA), такие как мезалазин
- локализованный проктит можно лечить пенистыми клизмами со стероидами либо 5-ASA
- для снижения воздействия стероидной терапии можно использовать будесонид и азатиоприн. Важным является улучшение уровня питания с использованием энтеральных и парентеральных средств.

#### Хирургические показания:

- невосприимчивость к медицинской терапии. Увеличиваются повторяющиеся атаки, быстро рецидивирующая болезнь несмотря на максимальную медикаментозную терапию или когда заболевание вызывает хроническую инвалидность или нарушение развития.
- стероид-зависимые или стероид-устойчивые случаи ЯК
- если серьезная атака колита не отвечает в течение 48 часов на максимальную дозу медикаментов - необходимо выполнять срочную колэктомию.

Факторы, которые следует учитывать включают - восемь или более раз кровавого стула в день, стойкую тахикардию, лихорадку выше 38,5 °, дилатация толстой кишки более 5 см или увеличение диаметра кишки на серийных снимках и падающий альбумин

- острые осложнения заболевания - токсическая дилатация, перфорация или неконтролируемая кровотечения (редкое)
- профилактические показания - ЯК увеличивает риск развития аденокарциномы толстой кишки. Риск считается до 1% через 10 лет, 5% в 20 лет и 10% при 25-летнем анамнезе болезни
- наличие дисплазии при колоноскопической биопсии является показателем для колэктомии.

8. Высокий уровень С реактивного белка, низкий уровень гемоглобина и альбумина свидетельствует о сильном воспалении.

Плохие прогностические клинические признаки включают тяжелую начальную атаку, позднюю болезнь и поражение всей толстой кишки.

#### 9. Варианты выбора хирургического лечения:

- тотальная проктоколэктомия и илеостомия: преимущество - одна операция и отсутствие необходимости в наблюдении. Недостатки - более длительная операция, связанная с более высокими осложнениями и постоянная стома, особенно у молодых пациентов
- субтотальная колэктомия и илеоректальный анастомоз (при сохраненной от выраженных изменений прямой кишке): преимущество единая процедура и отсутствие стомы. Однако результаты с остаточной прямой кишкой связаны с возможностью

рецидивирующего заболевания и риском развития рака.

- реконструктивная тотальная колопроктоэктомия с резервуарным илеоанальным анастомозом : часто требуется более одной операции и встречаются частые осложнения (30%) в виде воспаления резервуара.

Следовательно, каждый вариант должен быть адаптирован к индивидуальному пациенту.

## 10. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

### 10.1. Кадровое обеспечение образовательного процесса

**Кадровый состав кафедры:** 16 человек, из них преподавательский состав 14 человек.

**Остепененность:** 14 человек, из них д.м.н. – 7 человек, к.м.н. – 9 человек.

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

#### Штатное расписание кафедры включает:

NN	Ф.И.О	Должность	Степень	Штат.единиц	Финанс-е	Штат совмест.
1.	Эктов Владимир Николаевич	Зав. кафедрой	д.м.н.	1,0	бюджет	осн
2.	Струк Юрий Владимирович	Профессор	д.м.н.	1,0	внебюджет	осн
3.	Лаврентьев Анатолий Анатольевич	Профессор	д.м.н.	1,0	бюджет	осн
4.	Енькова Елена Владимировна	Профессор	д.м.н.	1,0	бюджет	осн
5.	Битюкова Валерия Витальевна	Профессор	д.м.н.	1,0	внебюджет	осн
6.	Ходорковский Марк Анатольевич	Профессор	д.м.н.	0,5	бюджет	внс
7.	Хими́на Ирина Нельсоновна	Доцент	д.м.н.	0,25	внебюджет	внс
8.	Якушева Ольга Алексеевна	Доцент	к.м.н.	1,0	бюджет	осн
9.	Скоры́нин Олег Сергеевич	Доцент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
10.	Минаков Олег Евгеньевич	Доцент	к.м.н.	0,25	внебюджет	внс
11.	Куркин Александр Васильевич	Ассистент	к.м.н.	0,5	внебюджет	внс
12.	Музальков Владимир Александрович	Ассистент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
13.	Вахтина Евгения Борисовна	Ассистент	к.м.н.	0,5	внебюджет	внс
14.	Ловчикова Ирина Андреевна	Ассистент	к.м.н.	0,5	внебюджет	внс

## 10.2. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

### 10.2.1 характеристика клинических баз кафедры

Наименование лечебного учреждения	Адрес	Главный врач	Коечный фонд (общее количество)
БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница № 1	394066, Воронеж, Московский проспект, 151	Вериковский В.А.	1671
БУЗ ВО ГКБСМП №10	394066 Воронеж, ул. Минская, 43Б	Иванов М.В.	
КУЗ ВО «ВОКЦМК»	394066 Воронеж, Московский пр-т, 155	Артемов А.Н.	
ВГКБСМП № 1	394065, г. Воронеж, проспект Патриотов, 23.	Банин И.Н.	
ООО МЦ «НМТ»	394026, г. Воронеж, проспект Московский, д. 11	Пашков М.В.	
БУЗ ВО ВРД № 2	394029, г. Воронеж, Ленинградская ул., 57	Легостаева В.А.	

### 10.2.2 характеристика коечного фонда

Название отделений	Профиль коек	Кол-во коек	Куратор отделения
<b>Воронежская областная клиническая больница № 1</b>			
Пластической хирургии	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.
ОРИТ № 1	Анестезиология и реанимация	16	Доц. Якушева О.А.
<b>КУЗ ВО ВОКЦМК</b>			
	Анестезиология и реанимация	-	Проф Струк Ю.В.
<b>БУЗ ВО ВГКБСМП №10</b>			
ОРИТ	Анестезиология и реанимация	20	Проф. Лаврентьев А.А.
<b>БУЗ ВО ВГКБСМП №1</b>			
Гинекологическое № 1	Акушерство и гинекология	30	проф. Битюкова В. В.
<b>БУЗ ВО «Воронежский родильный дом №2»</b>			

Акушерское	Акушерство гинекология	и 30	проф. Битюкова В. В.
ООО Медицинский Центр "НМТ"			
	Акушерство гинекология	и	проф. Битюкова В. В.

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

1. МФУ лазерный Samsung
2. Ком.OLDIOfficePro170PenCore2Duo7500\ DDR 22048 \HD
3. Мультимедиа проектор Mitsubishi
4. Мультимедиа проектор Epson
5. Ноутбук AcerExt 5220-100508Mi
6. Системный блок АТХ /Монитор 17”
7. Системный блок P4-3.2/1024/160G/Монитор LCD 19 9(2)
8. Интерактивная доска IQBoard

### 10.3. Информационные и учебно-методические условия

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

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

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

#### Расширенный список литературы:

1. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство : краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 912 с
2. Аминев А.М. Руководство по проктологии. М., 1973; т.3, с.63-345.
3. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М., 1981.
4. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 430 с
5. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. Миклош, 2008.

6. Воробьев Г., Царьков П. Основы хирургии кишечных стом. М.: Стольный град, 2002. — С. 54.
7. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой: Руководство для врачей.-2-е изд., перераб и доп.-М.: Литтерра,2010.-200с.:илл.
8. Загрядский Е.А. Малоинвазивная хирургия геморроидальной болезни. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 224 с.: ил.
9. Затевахин И.И., Пасечник И.Н., Губайдуллин Р.Р. и соавт. Ускоренное восстановление после хирургических операций: мультидисциплинарная проблема. // Хирургия. – 2015. - № 9.
10. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия. М. : Издательство БИНОМ, 2011. С 473-477.
11. Клинические рекомендации. Колопроктология/под ред.Ю.А.Шелыгина.- 2-е изд., испр. и доп.-М.:ГЭОТАР-Медиа,2017.- 560 с.: ил.
12. Колопроктология и тазовое дно. Под ред. М.М.Генри, М.Своша. - М.: Медицина, 1988. С. 415 - 416.
13. Колоректальная хирургия / под ред. Р. К. С. Филлипса ; пер. с англ. под ред.Г.И.Воробьева.—М. :ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 352 с.
14. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М., 1984,
15. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Издательство «Литтерра», 2012, 608 с.
16. Эктов В.Н., Сомов К.А. Варианты латексного лигирования в лечении хронического геморроя. Хирургия, 2015, №11,с.46-52
17. A. Herold. Coloproctology-Second Edition© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017
18. 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. Guidelinenes 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; 5: 29.
19. Anus - Surgical Treatment and Pathology © Springer-Verlag London 2014
20. Corman’s colon and rectal surgery / editor, Marvin L. Corman ; associate editors, Roberto C.M. Bergamaschi [et al.]. — 6th ed. 2013
21. Davis B.R., Lee-Kong S. A., Migaly J., Feingold D. L., Steele S.R. The American society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids.Dis Colon Rectum 2018; 61: 284–292

#### 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

## **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 Минобрнауки России от 19.05.2000 № 14-52-357/ин/13 «О порядке формирования основных образовательных программ высшего учебного заведения на основе государственных образовательных стандартов»;
6. Приказа Минобрнауки России от 06.05.2005г. №137 «Об использовании дистанционных образовательных технологий»;
7. Письма Минобрнауки России от 23.03.2006 г. №03-344, 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».

### **10.4. Общие требования к организации образовательного процесса**

Образовательные технологии, применяемые при реализации Программы:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Лист изменений к дополнительной профессиональной программе.**  
Дата \_\_\_\_\_

Программа	Вносимые изменения

Изменения к дополнительной профессиональной программе утверждены  
на заседании кафедры \_\_\_\_\_  
«    »            20    г.    Протокол №

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)