

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



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

**по теме: «Экстренные хирургические заболевания
органов брюшной полости:
русские и международные
клинические рекомендации»**

(срок обучения – 144 академических часа)

**ВОРОНЕЖ
2024**

Программа составлена в соответствии с приказом МЗ РФ от 02 мая 2023 г. № 206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием», 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 Российской Федерации от 23.08.2017г. № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ», приказом Министерства здравоохранения РФ от 03 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками профессиональных знаний и навыков путём обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»; письмо Министерства образования и науки РФ от 21 апреля 2015 г. № ВК-1013/06 «О направлении методических рекомендаций по реализации дополнительных профессиональных программ», в соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от «26» ноября 2018г. № 743н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач-хирург"».

Программа обсуждена на заседании кафедры «27» сентября 2024 года, протокол №3

Заведующий кафедрой специализированных
хирургических дисциплин Ковалев С.А.



Разработчики программы

С.А.Ковалев -д.м.н., профессор, зав. кафедрой специализированных
хирургических дисциплин

В.Н.Эктов—д.м.н., профессор кафедры специализированных хирургических
дисциплин

М.А. Ходорковский - д.м.н., профессор кафедры специализированных хирургических
дисциплин

А.В.Куркин—к.м.н., ассистент кафедры специализированных хирургических
дисциплин

Рецензенты:

Струк Ю.В.—д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и
реаниматологии, скорой медицинской помощи ИДПО

Золотухин О.В. - д.м.н., доцент, заведующий кафедрой урологии

Программа одобрена на заседании ЦМК ИДПО от 22.10.2024г. протокол №2
Учебный совет ИДПО от 29.10.2024г. протокол №3

2.ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

По дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей
со сроком освоения 144 академических часов
по специальности «ХИРУРГИЯ»

№ п/п	Наименование документа
1.	Титульный лист
2.	Лист согласования программы
3.	Пояснительная записка
4.	Планируемые результаты обучения
5.	Требования к итоговой аттестации
6.	Учебный план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия» по теме «Экстренные хирургические заболевания органов брюшной полости: российские и международные клинические рекомендации»
7.	Календарный учебный график
8.	Рабочие программы учебных модулей специальных дисциплин (МСП).
8.1.	МСП-1 Комплексная диагностика и лечение острого аппендицита на основе клинических рекомендаций
8.2.	МСП-2 Комплексная диагностика и лечение прободной язвы на основе клинических рекомендаций
8.3.	МСП-3 Комплексная диагностика и лечение острой кишечной непроходимости на основе клинических рекомендаций
8.4.	МСП-4 Комплексная диагностика и лечение острого панкреатита на основе клинических рекомендаций
8.5.	МСП-5 Комплексная диагностика и лечение острого холецистита на основе клинических рекомендаций
8.6.	МСП-6 Комплексная диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений на основе клинических рекомендаций
8.7.	МСП-7 Перитонит-хирургическая тактика и интенсивная терапия на основе клинических рекомендаций
9.	Оценочные материалы для итоговой аттестации
10.	Организационно-педагогические условия реализации программы

3. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Актуальность программы обусловлена продолжающимся ростом частоты госпитализаций по поводу экстренных заболеваний органов брюшной полости, расширением возможностей современной диагностики этих заболеваний, внедрением широкого диапазона различных вариантов хирургических вмешательств с использованием миниинвазивных технологий, необходимостью оптимизации ближайших и отдаленных результатов лечения, повышения эффективности работы лечебно-профилактических учреждений в условиях трехуровневой системы этапной помощи, адаптированной к действующим российским и международным клиническим рекомендациям.

Целью дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия» по теме «Экстренные хирургические заболевания органов брюшной полости: российские и международные клинические рекомендации» является совершенствование компетенций, повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации, получение систематизированных теоретических знаний, практических умений и необходимых профессиональных навыков для реализации мультидисциплинарных подходов в обследовании пациентов и определении показаний для выполнения различных инвазивных вмешательств, предоперационной подготовке, пери- и послеоперационном ведении пациентов, направленном на улучшение качества жизни и результатов лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости на основе российских и международных клинических рекомендаций.

Задачи:

1. Совершенствование знаний о проведении комплексного обследования больных с использованием физикальных, лабораторных и лучевых методов диагностики острых заболеваний органов брюшной полости.
2. Совершенствование знаний о принципах стратификации степени тяжести больных на основании интегральных балльных систем оценки тяжести и прогнозирования исходов экстренных хирургических вмешательств.
3. Совершенствование знаний о возможностях различных методов лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) и эндоскопии в диагностике острых заболеваний органов брюшной полости.
4. Совершенствование знаний и отработка умений в выполнении интенсивной и заместительной терапии, тактики целенаправленной инфузионной терапии, осуществлении раннего энтерального питания и нутритивной поддержки.
5. Совершенствование знаний об определении показаний к выполнению различных вариантов хирургических вмешательств и внедрении концепции «этапного лечения хирургических больных», освоении принципов эффективного ведения послеоперационного периода после экстренных абдоминальных хирургических вмешательств.
6. Совершенствование знаний и отработка умений при выполнении миниинвазивных вмешательств в экстренной абдоминальной хирургии с целью улучшения ближайших и отдаленных результатов лечения на основе российских и международных клинических рекомендаций.
7. Совершенствование знаний и отработка навыков и умений, необходимых для проведения мультидисциплинарного взаимодействия различных специалистов и сестринского персонала при ведении послеоперационного периода, восстановительного

лечения и реабилитации пациентов после хирургических вмешательств по поводу неотложной абдоминальной патологии.

Категории обучающихся – врачи-хирурги.

Объем программы: 144 часа.

Документ, выдаваемый после завершения обучения - удостоверение о повышении квалификации.

4. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

4.1 Соответствие компетенций врача-хирурга, подлежащих совершенствованию, в результате освоения ДПП ПК профессиональным стандартам «Врач-хирург» (уровень квалификации 8).

Специальности (основная/ дополнительная)	Трудовая функция	Трудовые действия	Компетенции
Основная: врач-хирург	Проведение обследования пациентов в целях выявления (или) состояний и установления диагноза хирургических заболеваний А/01.8	Сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями	УК-1; ПК-5
		Осмотр пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями	УК-1, ПК-5
		Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями	УК-1; ПК-5
		Направление пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	УК-1, ПК-5
		Направление пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ПК-5
		Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)	УК-1; УК-2; ПК-5
		Участие в обеспечении безопасности диагностических манипуляций	УК-1, ПК-5
	Назначение лечения	Оценка тяжести состояния пациента с хирургическими состояниями (или) заболеваниями	УК-1, ПК-5

	пациентам с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями, контроль его эффективности А/01.8	Разработка плана лечения пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями с учетом клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	УК-1; УК-2; ПК-5; ПК-6
		Участие и (или) проведение экстренных или плановых операций у пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями	ПК-6
		Направление пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ПК-6
	Оказание экстренной медицинской помощи пациентам В/07.8	Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)	ПК-5, ПК-6, ПК-7

4.2. Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия» (144 ч)

У обучающегося совершенствуются следующие универсальные компетенции врача хирурга (далее - УК):

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

У обучающегося совершенствуются следующие профессиональные компетенции врача хирурга (далее - ПК):

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);

лечебная деятельность:

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

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

Соответствие знаний, умений, владений врача-хирурга компетенциям в результате освоения дополнительной профессиональной программы

№ п/п	Индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения дополнительной профессиональной программы обучающиеся должны:		
			знать	уметь	владеть
1	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу	-сущность методов системного анализа и системного синтеза; -понятие «абстракция», ее типы и значение	- выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных свойств; -анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; - выявлять основные закономерности изучаемых объектов.	- навыками сбора, обработки информации по учебным и профессиональным проблемам; - навыками выбора методов и средств решения учебных и профессиональных задач
2	УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	- правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "хирургия", в том числе в форме электронного документа; - принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства работой младшего и среднего медицинского персонала.	- уважительно принимать особенности других культур, способов самовыражения и проявления человеческой индивидуальности в различных социальных группах; - терпимо относиться к другим людям, отличающимся по их убеждениям, ценностям и поведению; - сотрудничать с людьми, различающимися по внешности, языку, убеждениям, обычаям и верованиям.	- навыками к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - навыками оформления медицинской документации
3	МК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических	-анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями,	-осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей); -интерпретировать и анализировать информацию, полученную от	-навыками проведения исследований; -навыками диагностики основных заболеваний, -навыками формулировки

		форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	-методики визуального осмотра и физикального обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и(или) состояниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); -клинические симптомы и синдромы у пациентов с хирургическими заболеваниями и(или) состояниями; -дифференциальную диагностику заболеваний у пациентов с хирургическими заболеваниями и(или) состояниями, используя алгоритм постановки диагноза(основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ; -основы рентгенологии, радиологии, эндоскопии, ультразвуковой диагностики у пациентов с хирургическими заболеваниями и(или) состояниями	пациентов (их законных представителей), из медицинской документации; -интерпретировать и анализировать результаты объективного (физикального), инструментального и эндоскопического обследования; -разрабатывать план обследования пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи; -обосновывать необходимость лабораторных и инструментальных исследований; -обосновывать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам специалистам и интерпретировать полученные результаты; -проводить дифференциальную диагностику заболеваний хирургического профиля; -обосновывать и формулировать диагноз заболеваний с учетом международной классификации болезней -выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных,	диагноза в соответствии с МКБ и клиническими классификациями
--	--	--	--	---	--

				возникших в результате диагностических процедур пациентов; -определять медицинские показания к обследованию стационарных пациентов с целью установления диагноза заболеваний.	
4	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической помощи	-медицинские показания и медицинские противопоказания для хирургических вмешательств и лечебных манипуляций; -план лечения и тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи; -разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, проводить профилактику или лечение послеоперационных осложнений в соответствии с действующими клиническими рекомендациями; -клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями	-выполнять хирургические вмешательства, лечебные манипуляции при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в амбулаторных условиях; -применять методы обезболивания пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи; - назначать немедикаментозное лечение пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; - назначать лекарственные препараты для этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения; - взаимодействовать с врачами-специалистами; - проводить мониторинг лечения, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения заболеваний; - обосновывать	-техникой хирургических вмешательств, лечебных манипуляций при хирургических заболеваниях и (или) состояниях, в числе которых: -операции при остром панкреатите; -установка подкожного катетера; внутрисуставное введение лекарственных препаратов; -пункция плевральной полости; -имплантация подкожной венозной порт-системы; -установка назогастрального зонда; чрескожная; -катетеризация мочевого пузыря; -вскрытие фурункула (карбункула); -вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса); -удаление доброкачественных новообразований кожи; -трахеотомия; -коникотомия; -дренирование плевральной полости; -иссечение новообразований

				тактику медикаментозной терапии с учетом индивидуальных особенностей пациента, имеющихся коморбидных состояний, - определять медицинские показания для направления пациентов хирургического профиля для прохождения медико-социальной экспертизы; - определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции органов и систем.	периаанальной области; -резекция молочной железы; -иссечение новообразования мягких тканей; -местная анестезия; -проводниковая анестезия
5	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме, выполнять наружную электроимпульсную терапию (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и (или) дыхания	принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; правилами проведения базовой сердечно-легочной реанимации, медицинской помощью при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)

5. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по специальности "Хирургия", тема «Экстренные хирургические заболевания органов брюшной полости: российские и международные клинические рекомендации», проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

Слушатель допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объёме, предусмотренным учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия».

Итоговая аттестация сдаётся лично слушателем и проходит в соответствии с Положением об итоговой аттестации ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании - удостоверение о повышении квалификации.

6. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Хирургия» по теме: «Экстренные хирургические заболевания органов брюшной полости: российские и международные клинические рекомендации»

Цель: систематизация и углубление профессиональных знаний, умений, навыков, обеспечивающих совершенствование ПК врачей хирургических специальностей.

Категория обучающихся: врачи-хирурги

Трудоемкость обучения: 144 академических часа (4 недели).

Форма обучения: очная форма обучения с применением стажировки.

Режим занятий: 6 академических часов в день

№	Наименование модулей, тем	Всего (ак. час)	Очное обучение			
			Лекции	Практ. занятия	Стажировка	Форма контроля
МСП-1	Комплексная диагностика и лечение острого аппендицита на основе клинических рекомендаций	18	2	10	6	Промежуточный контроль (тестирование)
1.1	Физикальное обследование и лучевые методы диагностики при остром аппендиците	6		6		Текущий контроль (устный)
1.2	Выбор тактики хирургического лечения острого аппендицита	6	2			Текущий контроль (устный)

1.3	Послеоперационное ведение, диагностика и лечение осложнений	6			6	Текущий контроль (устный)
МСП-2	Комплексная диагностика и лечение прободной язвы на основе клинических рекомендаций	12	4	8		Промежуточный контроль (тестирование)
2.1.	Выбор тактики хирургического лечения прободной язвы	6	2	4		Текущий контроль (устный)
2.2.	Российские и международные клинические рекомендации по лечению прободной язвы	6	2	4		Текущий контроль (устный)
МСП-3	Комплексная диагностика и лечение острой кишечной непроходимости на основе клинических рекомендаций	24	6	12	6	Промежуточный контроль (тестирование)
3.1.	Острая неопухолевая кишечная непроходимость	6	2	4		Текущий контроль (устный)
3.2.	Острая обтурационная толстокишечная непроходимость	6	2	4		Текущий контроль (устный)
3.3.	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению кишечной непроходимости	4		4		Текущий контроль (устный)
3.4	Коло- и илеостомия в лечении кишечной непроходимости	8	2		6	
МСП-4	Комплексная диагностика и лечение острого панкреатита на основе клинических рекомендаций	42	12	18	12	Промежуточный контроль (тестирование)
4.1	Острый панкреатит: современные возможности диагностики и лечения	6	4	2		Текущий контроль (устный)
4.2	Варианты дренирующих вмешательств при остром панкреатите	12	2	4	6	Текущий контроль (устный)
4.3	Варианты некрэктомии при остром панкреатите	12	2	4	6	Текущий контроль (устный)
4.4	Эндоскопические транслюминальные вмешательства в лечении острого панкреатита	6	2	4		Текущий контроль (устный)
4.5	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого панкреатита	6	2	4		Текущий контроль (устный)
МСП-5	Комплексная диагностика и лечение острого холецистита на основе	12	4	8		Промежуточный контроль (тестирование)

	клинических рекомендаций					
5.1	Выбор тактики хирургического лечения острого холецистита	6	2	4		Текущий контроль (устный)
5.2	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого холецистита	6	2	4		Текущий контроль (устный)
МСП-6	Комплексная диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений на основе клинических рекомендаций	18	4	8	6	Промежуточный контроль (тестирование)
6.1	Диагностика и лечение верхних и низких желудочно-кишечных кровотечений	12	4	2	6	Текущий контроль (устный)
6.2	Алгоритмы диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений	2		2		Текущий контроль (устный)
6.3	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению желудочно-кишечных кровотечений	4		4		Текущий контроль (устный)
МСП-7	Перитонит-хирургическая тактика и интенсивная терапия на основе клинических рекомендаций	16	4	6	6	Промежуточный контроль (тестирование)
7.1	Классификация и выбор тактики лечения перитонита	12	4	2	6	Текущий контроль (устный)
7.2	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению перитонита	4		4		Текущий контроль (устный)
	Итоговая аттестация	2		2		Экзамен
	ИТОГО	144	36	72	36	-

7. Календарный учебный график дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия».

МСП-1 Комплексная диагностика и лечение острого аппендицита на основе клинических рекомендаций МСП-2 Комплексная диагностика и лечение прободной язвы на основе клинических рекомендаций МСП-3 Комплексная диагностика и лечение острой кишечной непроходимости на основе клинических рекомендаций	1 месяц			
	1 - 7	8 - 14	15 - 21	22 - 28
	1 неделя	2 неделя	3 неделя	4 неделя
МСП-4 Комплексная диагностика и лечение острого панкреатита на основе клинических рекомендаций	18			
МСП-5 Комплексная диагностика и лечение острого холецистита на основе клинических рекомендаций	12			
МСП-6 Комплексная диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений на основе клинических рекомендаций	6	18		
МСП-7 Перитонит-хирургическая тактика и интенсивная терапия на основе клинических рекомендаций		18	24	
МСП-1 Комплексная диагностика и лечение острого аппендицита на основе клинических рекомендаций			12	
МСП-2 Комплексная диагностика и лечение прободной язвы на основе клинических рекомендаций				18
МСП-3 Комплексная диагностика и лечение острой кишечной непроходимости на основе клинических рекомендаций				16
Итоговая аттестация				2

8. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ СПЕЦИАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН (МСП)

8.1 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП-1

«Комплексная диагностика и лечение острого аппендицита на основе клинических рекомендаций»

Пояснительная записка

Актуальность. Эффективный выбор лечебной тактики острого аппендицита определяется знанием и навыками правильной диагностики этого заболевания, основанной на оценке клинической симптоматики, результатов физикального и лабораторного обследования, данных трансабдоминального УЗИ органов брюшной полости. Объективная оценка при поступлении больного результатов физикального и лабораторного обследования на основе прогностических шкал позволяет определить вероятность заболевания с целью формирования показаний для дополнительного обследования с использованием методик лучевой визуализации или выполнения неотложного хирургического вмешательства.

Цель: способствовать формированию системы теоретических знаний и практических навыков по принципам первичной диагностики и тактики лечения острого аппендицита на основе клинических рекомендаций.

Задачи:

1. Совершенствование знаний по клинической первичной диагностике острого аппендицита и определении этиологии заболевания.
2. Совершенствование знаний по принципам лабораторного обследования больных острым аппендицитом и показаний к применению лучевых методов диагностики.
3. Совершенствование знаний и формирование практических навыков по выполнению лапароскопической аппендэктомии.

По окончании изучения учебного модуля МСП-1 обучающийся должен знать:

- порядок оказания хирургической помощи населению региона с острым аппендицитом;
- показания для выполнения экстренных хирургических вмешательств, требования к оформлению информированного согласия пациента на выполнение хирургического вмешательства;
- объемы и порядок предоперационного обследования хирургических больных;
- симптоматику острого аппендицита.

По окончании изучения учебного модуля МСП-1 обучающийся должен уметь:

- определять клинические симптомы острого панкреатита;
- определять степень тяжести заболевания.

По окончании изучения учебного модуля МСП-1 обучающийся должен владеть:

- навыками организации и контроля проведения предоперационного обследования и послеоперационного ведения больных;
- навыками выполнения лапароскопической и открытой аппендэктомии;
- навыками профилактики, диагностики и лечения послеоперационных осложнений.

По окончании изучения модуля МСП-1 у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

универсальные компетенции (далее - УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

профессиональные компетенции (далее – ПК):

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5),

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

Трудоемкость освоения модуля: 18 акад. часов

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП-1
«Комплексная диагностика и лечение острого аппендицита на основе
клинических рекомендаций»

№	Наименование модулей, тем	Всего (ак. час)	Очное обучение			
			Лекции	Практ. занятия	Стажировка	Форма контроля
Специальные дисциплины						
МСП-1	Комплексная диагностика и лечение острого аппендицита на основе клинических рекомендаций	18	2	10	6	Промежуточный контроль (тестирование)
1.1	Физикальное обследование и лучевые методы диагностики при остром аппендиците	6	-	6		Текущий контроль (устный)
1.2	Выбор тактики хирургического лечения острого аппендицита	6	2	4		Текущий контроль (устный)
1.3	Послеоперационное ведение, диагностика и лечение осложнений	6			6	Текущий контроль (устный)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП-1

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
1.1	Физикальное обследование и лучевые методы диагностики при остром аппендиците
1.1.1	Прогностические шкалы диагностики острого аппендицита
1.2	Выбор тактики хирургического лечения острого аппендицита
1.3*	Послеоперационное ведение, диагностика и лечение осложнений

1.3* «Послеоперационное ведение, диагностика и лечение осложнений» - *стажировка*: обучающиеся овладевают следующими практическими навыками:

- принципы антибактериальной терапии при внебольничной и больничной хирургической инфекции
- диагностика послеоперационного перитонита
- диагностика ранней спаечной кишечной непроходимости
- современные методы лечения гнойных ран
- профилактика, диагностика и лечение эвентрации
- релапаротомия-программированная, по требованию
- лапаростомия в неотложной абдоминальной хирургии-техника вмешательств и тактика ведения больных

Форма контроля: промежуточное тестирование.

ПРИМЕРЫ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ для МСП-1

Выбрать один правильный ответ:

1. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ТОЧКЕ, НАХОДЯЩЕЙСЯ ПОСЕРЕДИНЕ МЕЖДУ ПУПКОМ И ПЕРЕДНЕЙ ВЕРХНЕЙ ОСТЬЮ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ СПРАВА - это:

- 1) Симптом Воскресенского
- 2) Симптом Щеткина-Блюмберга
- 3) Симптом Мак-Берни
- 4) Симптом Ровзинга

2. ВРАЧ ПЛАВНО НАДАВЛИВАЕТ ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ 2-4 ПАЛЬЦЕВ РУКИ НА ЖИВОТ, ЗАТЕМ ОТДЕРГИВАЕТ РУКУ, ПОЯВЛЕНИЕ ИЛИ УСИЛЕНИЕ БОЛИ ПОСЛЕ ОТДЕРГИВАНИЯ РУКИ – это:

- 1) Симптом Воскресенского
- 2) Симптом Щеткина-Блюмберга
- 3) Симптом Мак-Берни
- 4) Симптом Ровзинга

3. ВРАЧ ЛЕВОЙ РУКОЙ НАТЯГИВАЕТ РУБАШКУ ПАЦИЕНТА ЗА НИЖНИЙ КРАЙ, ПАЦИЕНТ ДЕЛАЕТ ВДОХ, ВРАЧ КОНЧИКАМИ ПАЛЬЦЕВ ПРАВОЙ РУКИ ДЕЛАЕТ СКОЛЬЗЯЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ ЧЕРЕЗ РУБАШКУ ПО ЖИВОТУ ПАЦИЕНТА СВЕРХУ ВНИЗ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ. ЕСЛИ ПРИ ОКОНЧАНИИ СКОЛЬЗЯЩЕГО ДВИЖЕНИЯ РЕЗКО УСИЛИВАЕТСЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ-это:

- 1) Симптом Воскресенского
- 2) Симптом Щеткина-Блюмберга
- 3) Симптом Мак-Берни
- 4) Симптом Ровзинга

4. ПРИ НАДАВЛИВАНИИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА ПОЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬ В ПРАВОМ НИЖНЕМ КВАДРАНТЕ - это:

- 1) Симптом Воскресенского
- 2) Симптом Щеткина-Блюмберга
- 3) Симптом Мак-Берни
- 4) Симптом Ровзинга

5. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В СЛУЧАЯХ:

- 1) Низкой вероятности острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR
- 2) Средней вероятности острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR
- 3) Высокой вероятности острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR
- 4) Всем пациентам

6. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ :

- 1) пациентам с низкой вероятностью острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR
- 2) пациентам со средней вероятностью ОА (по AAS/AIR) при отсутствии ультразвуковых признаков аппендицита
- 3) пациентам с высокой вероятностью острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR
- 4) пациентам с клиникой разлитого перитонита

7. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

- 1) пациентам с низкой вероятностью острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR
- 2) пациентам с клиникой разлитого перитонита
- 3) при отрицательных данных КТ органов брюшной полости у пациентов с усиливающейся или сохраняющейся болью в правой подвздошной области в процессе динамического наблюдения
- 4) пациентам с высокой вероятностью острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR

8. ПРОВЕДЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- 1) пациентам с низкой вероятностью острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR
- 2) только в рамках зарегистрированных исследований, одобренных этическим комитетом в крупных клинических центрах
- 3) при отказе пациента от хирургического лечения
- 4) пациентам со средней вероятностью ОА (по AAS/AIR) при отсутствии ультразвуковых признаков аппендицита

9. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АППЕНДЭКТОМИИ КУЛЬТЯ ОТРОСТКА ОБРАБАТЫВАЕТСЯ:

- 1) погружным методом
- 2) степлером
- 3) с помощью петли Редера
- 4) клиппированием

10. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ МЕСТНОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА (ДО ДВУХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБЛАСТЕЙ) ПОКАЗАНО:

- 1) конверсия доступа-открытая аппендэктомия
- 2) эвакуацию экссудата и дренирование брюшной полости
- 3) конверсия доступа-срединная лапаротомия
- 4) промывание брюшной полости с дренированием

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ МСП-1

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ответ	3	2	1	4	4	2	3	2	3	2

Список литературы:

1. Острый аппендицит/А.В. Сажин, Т.В. Нечай, А.И. Кириенко. – Москва: 2019. – 208 с.
2. Клинические рекомендации – Острый аппендицит у взрослых – (24.11.2023) – Утверждены Минздравом РФ
3. Sermonesietal. Cesena guidelines: WSES consensus statement on laparoscopic-first approach to general surgery emergencies and abdominal trauma. World Journal of Emergency Surgery (2023) 18:57

doi.org/10.1186/s13017-023-00520-9

4. Rushing A., Bugaev N., Jones C. et al. Management of acute appendicitis in adults: a practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. J Trauma Acute Care Surg. 2019; 87: 214 – 24.

5. Scott A.J., Mason S.E., Arunakirinathan M. et al. Risk stratification by the Appendicitis Inflammatory Response score to guide decision-making in patients with suspected appendicitis. Br J Surg. 2015; 102: 563 – 72.

8.2 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП-2 «Комплексная диагностика и лечение прободной язвы на основе клинических рекомендаций»

Пояснительная записка

Актуальность. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является распространенным заболеванием, распространенность которого в общей популяции составляет 5-10% в течение всей жизни и 0,1–0,3% в год. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остается серьезной проблемой здравоохранения, которая может потребовать значительных финансовых ресурсов. В лечении осложнений этого заболевания (кровотечения, перфорация) участвуют врачи различных специальностей: хирурги, гастроэнтерологи, эндоскописты, реаниматологи, радиологи. Успешное ведение пациентов с осложненной язвенной болезнью (ЯБ) предполагает своевременное выявление, реанимацию, соответствующую антибактериальную терапию и своевременное хирургическое лечение, в том числе с использованием лапароскопических технологий

Цель: способствовать формированию системы теоретических знаний и практических навыков по диагностике перфоративной язвы, оценке тяжести заболевания и выбору тактики хирургического лечения.

Задачи:

1. Совершенствование знаний по выполнению физикального и инструментального обследования больных, применения современных методов визуализации в диагностике прободной язвы желудка и 12-п. кишки

2. Совершенствование знаний по принципу ведения периоперационного периода и интенсивной терапии после различных вариантов хирургического лечения больных.

3. Совершенствование знаний и отработка практических навыков по выбору тактики хирургического лечения больных прободной язвой, формированию показаний к применению лапароскопических вмешательств, отработке техники оперативных вмешательств при различных формах и локализациях язвенного дефекта.

По окончании изучения учебного модуля МСП-2 обучающийся должен знать

- план и выбор рентгенологического (в том числе компьютерного томографического) и эндоскопического исследования в соответствии с клинической задачей, с учетом диагностической эффективности исследования, наличия противопоказаний к их проведению.

По окончании изучения учебного модуля МСП-2 обучающийся должен уметь:

- проводить оценку тяжести состояния больного с учетом различных шкальных систем (Воеу, PULPASA) для последующего выбора лечебной тактики на основе клинических рекомендаций.

По окончании изучения учебного модуля МСП-2 обучающийся должен владеть:

- методами наиболее эффективных вариантов хирургического лечения перфоративных язв, правилами ведения послеоперационного периода и методами восстановительного лечения пациентов

По окончании изучения модуля МСП-2 у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

универсальные компетенции (далее - УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

профессиональные компетенции (далее – ПК):

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи, контроль его эффективности и безопасности (ПК-6).
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7).

Трудоемкость освоения модуля: 12 акад. часов

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП-2
«Комплексная диагностика и лечение прободной язвы на основе клинических рекомендаций»

№	Наименование модулей, тем	Всего (ак. час)	Очное обучение			
			Лекции	Практ. занятия	Стажировка	Форма контроля
Специальные дисциплины						
МСП-2	Комплексная диагностика и лечение прободной язвы на основе клинических рекомендаций	12	4	8		Промежуточный контроль (тестирование)
2.1.	Выбор тактики хирургического лечения прободной язвы	6	2	4		Текущий контроль (устный)
2.2.	Российские и международные клинические рекомендации по лечению прободной язвы	6	2	4		Текущий контроль (устный)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП-2

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
2.1	Выбор тактики хирургического лечения прободной язвы
2.1.1	Показания, методика лапароскопической техники операции

2.2	Российские и международные клинические рекомендации по лечению прободной язвы
-----	---

Форма контроля: промежуточное тестирование.

**ПРИМЕРЫ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ для МСП-2
Выбрать один правильный ответ:**

1. СРЕДИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) УЗИ органов брюшной полости
- 2) рентген органов брюшной полости
- 3) компьютерная томография органов брюшной полости
- 4) гастродуоденоскопия

2. ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

- 1) при стабильном состоянии - всем пациентам
 - 2) при длительном язвенном анамнезе
 - 3) при ранних сроках поступления больных
 - 4) при отсутствии рентгенологических признаков пневмоперитонеума
3. У ПАЦИЕНТОВ С ПРОБОДНОЙ ЯЗВОЙ ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ:

- 1) APACHE
- 2) BOEY
- 3) BISAP
- 4) SIRS

4. ПРИ ПРОБОДНОЙ КАЛЛЕЗНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА ДИАМЕТРОМ БОЛЕЕ 2 СМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- 1) ушивание после иссечения язвы с зоной инфильтрации
- 2) ушивание с тампонадой сальником
- 3) резекция желудка
- 4) гастрэктомия

5. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОЙ СТЕНОЗОМ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- 1) дуоденостомия
- 2) ушивание язвы с гастроэнтероанастомозом
- 3) пилоропластика
- 4) резекция желудка

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ МСП-2

№ вопроса	1	2	3	4	5
Ответ	2	4	2	1	4

Список литературы:

1. Клинические рекомендации. Прободная язва. Российское общество хирургов. 2012. 52с
2. Tarasconi A, Coccolini F, Biffi WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. World J Emerg Surg. 2020;15:3. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0283-9>.
3. Ciocchi R, Soreide K, Di Saverio S, Rossi E, Arezzo A, Zago M, Abraha I, Vettoretto N, Chiarugi M. Meta-analysis of perioperative outcomes of

- acute laparoscopic versus open repair of perforated gastroduodenal ulcers. J Trauma Acute Care Surg. 2018;85(2):417-25. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001925>.
3. Boey J, Lee NW, Koo J, Lam PH, Wong J, Ong GB. Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcers: a prospective controlled trial. Ann Surg. 1982;196(3):338-44.
4. Chan KS, Ng STC, Tan CHB, Gerard G, Oo AM. A systematic review and meta-analysis comparing postoperative outcomes of laparoscopic versus open omental patch repair of perforated peptic ulcer. J Trauma Acute Care Surg. 2023;94(1):e1-13. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003799>.
5. Coe PO, Lee MJ, Boyd-Carson H, Lockwood S, Saha A. Open versus laparoscopic repair of perforated peptic ulcer disease: a propensity-matched study of the national emergency laparotomy audit. Ann Surg. 2022;275(5):928-32. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004332>.
6. Tartaglia D, Strambi S, Coccolini F, et al. Laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcers: analysis of outcomes and identification of predictive factors of conversion. Updates Surg. 2023;75:649-57. <https://doi.org/10.1007/s13304-022-01391-6>.

8.3 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП-3 «Комплексная диагностика и лечение острой кишечной непроходимости на основе клинических рекомендаций»

Пояснительная записка

Актуальность. Среди всех пациентов с механической кишечной непроходимостью острая тонкокишечная непроходимость составляет от 64,3 до 80% случаев и отличается более тяжелым клиническим течением и худшим прогнозом заболевания. Это обуславливает сохраняющуюся высокую летальность при данной патологии. По свидетельству разных авторов кишечная непроходимость составляет от 5,1 до 8,4%, занимая одно из ведущих мест среди всех ургентных заболеваний. Доля пациентов с ОКН достигает 7 – 8 % среди всех госпитализируемых с острыми заболеваниями органов брюшной полости в хирургические стационары.

Цель: способствовать формированию системы теоретических знаний и практических навыков по комплексной диагностике и лечебной тактике при острой кишечной непроходимости на основе клинических рекомендаций.

Задачи:

1. Совершенствование знаний по эпидемиологии, патогенезу, классификации, принципам диагностики различных форм острой кишечной непроходимости.
2. Совершенствование знаний и практических навыков по проведению предоперационной подготовки, выбору хирургической тактики и клинических подходов в ведении послеоперационного периода на основе клинических рекомендаций.
3. Совершенствование знаний и практических навыков по технике выполнения оперативных вмешательств при различных формах тонко- и толстокишечной непроходимости, техники илео- и колостомии.
4. Совершенствование знаний и практических навыков по профилактике, диагностике и лечению послеоперационных осложнений, принципам восстановительного лечения и реабилитации оперированных больных.

По окончании изучения учебного модуля МСП-3 обучающийся должен знать:

- план обследования пациента, уточнение объема и методов обследования пациентов с острой кишечной непроходимостью в соответствии с действующими порядками

оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- основные требования к ведению послеоперационного периода после выполнения различных хирургических вмешательств;
- объемы и современные варианты инфузионной и медикаментозной терапии при острой кишечной непроходимости.

По окончании изучения учебного модуля МСП-3 обучающийся должен уметь:

- назначать лабораторные, рентгенологические, функциональные методы исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- определять медицинские показания и противопоказания к анестезиологическому пособию в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- применять методы профилактики тошноты и рвоты, тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде.

По окончании изучения учебного модуля МСП-3 обучающийся должен владеть:

выбором вариантов хирургических вмешательств согласно соматическому статусу и характеру заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи больным с острой кишечной непроходимостью;

По окончании изучения модуля МСП-3 у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

универсальные компетенции (далее - УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

профессиональные компетенции (далее – ПК):

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи, контроль его эффективности и безопасности (ПК-6).

Трудоемкость освоения модуля: 24 акад. часов

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП-3 «Комплексная диагностика и лечение острой кишечной непроходимости на основе клинических рекомендаций»

№	Наименование модулей, тем	Всего (ак. час)	Очное обучение

			Лекции	Практ. занятия	Стажировка	Форма контроля
Специальные дисциплины						
МСП-3	Комплексная диагностика и лечение острой кишечной непроходимости на основе клинических рекомендаций	24	6	12	6	Промежуточный контроль (тестирование)
3.1.	Острая неопухолевая кишечная непроходимость	6	2	4		Текущий контроль (устный)
3.2.	Острая обтурационная толстокишечная непроходимость	6	2	4		Текущий контроль (устный)
3.3.	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению кишечной непроходимости	4		4		Текущий контроль (устный)
3.4	Коло- и илеостомия в лечении кишечной непроходимости	8	2		6	

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП-3

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
3.1	Острая неопухолевая кишечная непроходимость
3.2	Острая обтурационная толстокишечная непроходимость
3.3	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению острой кишечной непроходимости
3.3.1	Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению острой кишечной непроходимости
3.3.2	Международные клинические рекомендации по диагностике и лечению острой кишечной непроходимости
3.4	Коло- и илеостомия в лечении кишечной непроходимости
3.4.1	Варианты и техника выполнения илеостомии
3.4.2	Варианты и техника выполнения колостомии
3.4.3*	Коло- и илеостомия в лечении кишечной непроходимости (стажировка)

3.4.3*«Коло- и илеостомия в лечении кишечной непроходимости» - стажировка:

обучающиеся овладевают следующими практическими навыками:

- показания к коло-, илеостомии в лечении острой кишечной непроходимости
- маркировка места расположения стомы
- техника выполнения одностольной илеостомии по Бруку
- техника выполнения двустольной илеостомии по Торнболлу
- техника выполнения двустольной колостомии
- техника выполнения одностольной колостомии
- уход за стомами, калоприемники
- ранние и поздние осложнения кишечных стом – принципы лечения
- реабилитация и восстановительное лечение больных со кишечными стомами

Форма контроля: промежуточное тестирование.

ПРИМЕРЫ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Варианты тестовых заданий для промежуточного контроля МСП-3

Выбрать один правильный ответ:

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

- 1) динамическая
- 2) странгуляционная
- 3) спаечная
- 4) обтурационная

2. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ:

- 1) неукротимая рвота, задержка стула
- 2) схваткообразные боли, вздутие
- 3) асимметрия живота, тенезмы
- 4) интенсивные боли постоянного характера, тахикардия

3. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

- 1) компьютерная томография
- 2) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) рентгеновский контроль пассажа бария

4. ХАРАКТЕРНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

- 1) свободная жидкость в брюшной полости
- 2) отсутствие газа в толстой кишке
- 3) уровни жидкости в тонкой кишке
- 4) раздутые петли тонкой кишки

5. ДИНАМИЧЕСКИЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ПАССАЖА КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ПО ТОНКОЙ КИШКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) через 2 часа
- 2) через 4 часа
- 3) через 6 часов
- 4) через 12 часов

6. ДЛЯ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПАССАЖА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) индигокармин
- 2) раствор бария
- 3) водорастворимый контраст
- 4) радиоизотопы

7. ПРИ КОНТРОЛЕ ПАССАЖА ПРИ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИЗНАКОМ РАЗРЕШЕНИЯ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ КОНТРАСТА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ЧЕРЕЗ:

- 1) 6 часов
- 2) 12 часов
- 3) 24 часа
- 4) 48 часов

8. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ СТРАНГУЛЯЦИИ ИЛИ ПЕРИТОНИТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕНА ДО:

- 1) 12 часов
- 2) 24 часов
- 3) 36 часов
- 4) 72 часов

9. ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПЕРВИЧНЫЙ ДОСТУП ОСУЩЕСТВЛЯТЬ:

- 1) в гипогастрии
- 2) в эпигастрии
- 3) в левом подреберье
- 4) забрюшинно

10. ПРИ НЕКРОЗЕ КИШКИ РЕКОМЕНДУЮТ ПРОИЗВОДИТЬ ЕЕ РЕЗЕКЦИЮ В ПРЕДЕЛАХ ЖИЗНЕСПОСОБНЫХ ТКАНЕЙ, ОТСТУПАЯ ОТ ЗОНЫ НЕКРОЗА В ПРИВОДЯЩЕМ ОТДЕЛЕ НА:

- 1) 10 см
- 2) 15-20 см
- 3) 30-40 см
- 4) 50-60 см

11. ПРИ НЕКРОЗЕ КИШКИ РЕКОМЕНДУЮТ ПРОИЗВОДИТЬ ЕЕ РЕЗЕКЦИЮ В ПРЕДЕЛАХ ЖИЗНЕСПОСОБНЫХ ТКАНЕЙ, ОТСТУПАЯ ОТ ЗОНЫ НЕКРОЗА В ОТВОДЯЩЕМ ОТДЕЛЕ НА:

- 1) 10 см
- 2) 15-20 см
- 3) 30-40 см
- 4) 50-60 см

12. ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ:

- 1) энтеротомию с удалением камня
- 2) энтеротомию с удалением камня и холецистэктомией
- 3) энтеротомию с удалением камня и пластику дуоденального свища
- 4) резекцию тонкой кишки с камнем

13. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАЗОГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНУЮ ИНТУБАЦИЮ МОЖНО НЕ ПРОВОДИТЬ В СЛУЧАЯХ:

- 1) раннего поступления больного (6 часов)
- 2) высокой тонкокишечной непроходимости

- 3) диаметра тонкой кишки менее 3 см
- 4) первого эпизода спаечной непроходимости

14. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) проксимальная колостомия
- 2) операция Гартмана
- 3) обходной анастомоз
- 4) резекция кишки с анастомозом

15. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПРАВСТОРОННЕЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) цекостомия
- 2) операция Лахей
- 3) обходной илеотрансверзоанастомоз
- 4) правосторонняя гемиколэктомия с анастомозом

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ МСП-3

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ответ	3	4	1	2	3	3	3	4	3	3
№ вопроса	11	12	13	14	15					
Ответ	2	1	3	2	4					

Список литературы:

1. Клинические рекомендации. Острая неопухолевая кишечная непроходимость. Российское общество хирургов. 2021. 51с.
2. Клинические рекомендации. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии Российское общество хирургов. 2024. 52с.
3. Schuster KM, Holena DN, Salim A, et al. American Association for the Surgery of Trauma emergency general surgery guideline summaries 2018: acute appendicitis, acute cholecystitis, acute diverticulitis, acute pancreatitis, and small bowel obstruction Trauma Surg Acute Care Open 2019;4:e000281
4. Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery. World J Emerg Surg. 2011 Jan 21;6:5.
5. Sermonesi et al. Cesena guidelines: WSES consensus statement on laparoscopic-first approach to general surgery emergencies and abdominal trauma World Journal of Emergency Surgery (2023) 18:57
<https://doi.org/10.1186/s13017-023-00520-9>
6. Pisano et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation World Journal of Emergency Surgery (2018) 13:36
<https://doi.org/10.1186/s13017-018-0192-3>

Перечень русскоязычных интернет-ресурсов

- <http://www.общество-хирургов.рф/> - российское общество хирургов
- <http://www.roxg.ru/> - российское общество хирургов гастроэнтерологов
- <http://www.laparoscopy.ru/> - российское общество эндоскопических хирургов
- www.rmj.ru/main.htm/bop/t6/n2/79.htm

8.4 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП-4

«Комплексная диагностика и лечение острого панкреатита на основе клинических рекомендаций»

Пояснительная записка

Актуальность. Острый некротизирующий панкреатит ассоциируется со значительными показателями осложнений и смертности, то оптимальный выбор тактики его лечения требует междисциплинарного подхода с участием специалистов интенсивной терапии, клинических фармакологов, гастроэнтерологов, хирургов, интервенционных радиологов, эндоскопистов. Большинство показаний к выполнению инвазивных (хирургических, эндоскопических, радиологических) вмешательств при ОП определяются формированием местных и системных осложнений, сопровождающих течение некротизирующих форм этого заболевания. Учитывая высокий уровень смертности после выполнения ранних операций (в течение 72 часов от начала заболевания), при некротизирующем панкреатите целесообразна первоначальная консервативная тактика лечения. Стерильный бессимптомный отграниченный некроз не требует интервенционных вмешательств, поскольку эти скопления в большинстве случаев могут разрешиться спонтанно. Однако наличие симптомов, в том числе – стойкой абдоминальной боли и / или механической непроходимости, например, сдавление выходного отдела желудка или обструкция желчных путей, требует выполнения дренирующих операций.

Интервенционные вмешательства рекомендованы для лечения отграниченных форм некротизирующего панкреатита с подозрением или диагностированной инфекцией, сопровождающихся ухудшением общего состояния больного.

Цель: способствовать формированию системы теоретических знаний и практических навыков по диагностике и оценке тяжести заболевания, выбору методов интенсивной терапии, определению показаний к выполнению интервенционных вмешательств при остром панкреатите, освоению принципов и техники выполнения различных видов миниинвазивных и открытых хирургических вмешательств при инфицированных формах некротизирующего острого панкреатита.

Задачи:

1. Совершенствование знаний по клинической и лучевой диагностике местных и системных осложнений острого панкреатита.

2. Совершенствование знаний и практических навыков по определению у больных тяжелыми формами острого панкреатита показаний к выполнению инвазивных вмешательств в ранний и поздний период течения заболевания.

3. Совершенствование знаний и практических навыков по выполнению дренирующих вмешательств с использованием миниинвазивных навигационных технологий.

4. Совершенствование знаний и практических навыков по выполнению миниинвазивной и открытой некрэктомии при инфицированных формах панкреонекроза.

5. Совершенствование знаний и практических навыков по хирургическому лечению осложнений острого некротизирующего панкреатита.

По окончании изучения учебного модуля МСП-4 обучающийся должен знать:

- План обследования пациента, объем и методы обследования пациентов с острым панкреатитом в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- основные требования к ведению послеоперационного периода после выполнения различных хирургических вмешательств по поводу острого панкреатита;
- объемы и современные варианты хирургических вмешательств при остром панкреатите.

По окончании изучения учебного модуля МСП-4 обучающийся должен уметь:

- назначать лабораторные, рентгенологические, функциональные методы исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,

МСП-4	Комплексная диагностика и лечение острого панкреатита на основе клинических рекомендаций	42	12	18	12	Промежуточный контроль (тестирование)
4.1	Острый панкреатит: современные возможности диагностики и лечения	6	4	2		Текущий контроль (устный)
4.2	Варианты дренирующих вмешательств при остром панкреатите	12	2	4	6	Текущий контроль (устный)
4.3	Варианты некрэктомии при остром панкреатите	12	2	4	6	Текущий контроль (устный)
4.4	Эндоскопические транслюминальные вмешательства в лечении острого панкреатита	6	2	4		Текущий контроль (устный)
4.5	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого панкреатита	6	2	4		Текущий контроль (устный)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП-4

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
4.1	Острый панкреатит: современные возможности диагностики и лечения
4.1.1	Принципы диагностики и оценки тяжести острого панкреатита
4.1.2	Выбор лечебной тактики, показания к инвазивному лечению
4.2	Варианты дренирующих вмешательств при остром панкреатите
4.2.1	Характеристика форм и локализации жидкостных скоплений при остром панкреатите
4.2.2	Навигационные чрескожные дренирующие вмешательства
4.2.3*	<i>Варианты дренирующих вмешательств при остром панкреатите (стажировка)</i>
4.3	Варианты некрэктомии при остром панкреатите
4.3.1	Миниинвазивные варианты некрэктомии
4.3.2	Гибридные и открытые варианты некрэктомии
4.3.3*	<i>Варианты некрэктомии при остром панкреатите (стажировка)</i>
4.4	Эндоскопические транслюминальные вмешательства в лечении острого панкреатита

4.2.3* «Варианты дренирующих вмешательств при остром панкреатите» - стажировка: обучающиеся овладевают следующими практическими навыками:

- определение показаний для выполнения дренирующих вмешательств при остром панкреатите
- определение доступа и метода навигации для выполнения дренирующих вмешательств
- методика чрескожного дренирования под контролем УЗИ
- методика чрескожного дренирования под контролем КТ
- оценка эффективности дренирующих вмешательств при остром панкреатите
- профилактика, диагностика и лечение осложнений дренирующих вмешательств при остром панкреатите.

4.3.3* «Варианты некрэктомии при остром панкреатите» - стажировка: обучающиеся овладевают следующими практическими навыками:

- определение показаний для выполнения некрэктомии при остром панкреатите
- определение доступа для выполнения некрэктомии
- методика трансгастральной миниинвазивной некрэктомии
- методика трансперитонеальной миниинвазивной некрэктомии
- методика забрюшинной миниинвазивной некрэктомии
- методика открытой некрэктомии
- оценка эффективности некрэктомии при остром панкреатите
- профилактика, диагностика и лечение осложнений некрэктомии при остром панкреатите.

Форма контроля: промежуточное тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного контроля МСП-4 ПРИМЕРЫ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Выбрать один правильный ответ

1. ДИАГНОЗ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ДВУХ ИЗ ТРЕХ НИЖЕУКАЗАННЫХ ПРИЗНАКОВ:

- 1) боль в животе, соответствующая острому панкреатиту; вздутие живота, показатели сывороточной липазы (или амилазы) в три раза больше верхнего предела нормы
- 2) боль в животе, соответствующая острому панкреатиту; показатели сывороточной липазы (или амилазы) в два раза больше верхнего предела нормы; характерные для острого панкреатита данные визуализации
- 3) боль в животе, соответствующая острому панкреатиту; показатели сывороточной липазы (или амилазы) в три раза больше верхнего предела нормы; характерные для острого панкреатита данные визуализации
- 4) боль в животе, соответствующая острому панкреатиту; рвота, показатели сывороточной липазы (или амилазы) в три раза больше верхнего предела нормы

2. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ, НО АКТИВНОСТЬ АМИЛАЗЫ В СЫВОРОТКЕ МЕНЬШЕ, ЧЕМ В ТРИ РАЗА ПРЕВЫШАЕТ ВЕРХНИЙ ПРЕДЕЛ НОРМЫ, ТО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:

- 1) КТ
- 2) УЗИ брюшной полости
- 3) Фиброгастродуоденоскопию
- 4) КТ с контрастным усилением
3. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ МОЖНО ПОДРАЗДЕЛИТЬ НА ДВА ТИПА:
 - 1) интерстициальный отечный, некротизирующий
 - 2) интерстициальный отечный, геморрагический
 - 3) интерстициальный отечный, деструктивный
 - 4) интерстициальный отечный, гнойный
4. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОРГАННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ ТРИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ:
 - 1) дыхательную, сердечно-сосудистую и печеночную
 - 2) дыхательную, сердечно-сосудистую и почечную
 - 3) дыхательную, желудочно-кишечную и почечную
 - 4) дыхательную, центральную нервную и почечную
5. ОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ:
 - 1) Маршалла
 - 2) SOFA
 - 3) APACHE
 - 4) Мондора
6. ЛЕГКИЙ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ - ЭТО:
 - 1) нет органной недостаточности
 - 2) нет органной недостаточности, нет местных или системных осложнений
 - 3) нет местных или системных осложнений
 - 4) нет органной недостаточности, нет системных осложнений
7. УМЕРЕННО-ТЯЖЕЛЫЙ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ - ЭТО:
 - 1) персистирующая (стойкая) органная недостаточность
 - 2) местные осложнения
 - 3) нет системных осложнений
 - 4) транзиторная (преходящая) органная недостаточность и / или местные или системные осложнения без стойкой органной недостаточности
8. ТЯЖЕЛЫЙ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ - ЭТО:
 - 1) системные осложнения и транзиторная (преходящая) органная недостаточность
 - 2) стойкая органная недостаточность
 - 3) местные и системные осложнения
 - 4) потеря веса более чем на 15% в течение последних 3-х недель
9. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ВСЕМ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:
 - 1) трансабдоминальное УЗИ
 - 2) видеогастродуоденоскопию
 - 3) компьютерную томографию
 - 4) обзорную рентгенографию органов брюшной полости
10. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:
 - 1) трансабдоминальное УЗИ
 - 2) фиброгастродуоденоскопию
 - 3) компьютерную томографию
 - 4) МРТ
11. ЗАДАЧИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОГО УЗИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:
 - 1) определение УЗ-признаков острого панкреатита

- 2)исключение острой абдоминальной хирургической патологии, определение УЗ-признаков острого панкреатита, определение билиарной этиологии панкреатита
- 3) исключение острой абдоминальной хирургической патологии
- 4) определение билиарной этиологии панкреатита

12.СТАНДАРТНЫЙ ПРОТОКОЛ МРТ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

ВКЛЮЧАЕТ:

- 1)постконтрастные аксиальные трехмерные T₁-взвешенные градиентные эхо-изображения с подавлением жира
- 2) предконтрастные аксиальные и корональные T₂–взвешенные турбо спин-эхо (TSE) изображения
- 3)предконтрастные аксиальные и корональные T₂–взвешенные турбо спин-эхо (TSE) изображения и пред- и постконтрастные аксиальные трехмерные T₁-взвешенные градиентные эхо-изображения с подавлением жира.
- 4) пред- и постконтрастные аксиальные трехмерные T₁-взвешенные градиентные эхо-изображения с подавлением жира

13.СЕКРЕТИН – СТИМУЛИРОВАННАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ:

- 1) улучшить визуализацию паренхимы поджелудочной железы
 - 2)улучшить визуализациюглавного панкреатического протока и его отделов.
 - 3)улучшить визуализацию сосудов
 - 4)улучшить визуализацию конкрементов
- 14.КТ сканирование при остром панкреатите проводится: во время панкреатической фазы (задержка 40–50 сек) или портальной венозной фазы исследования (задержка 60–70 сек):
- 1)во время панкреатической фазы (задержка 40–50 сек)
 - 2) портальной венозной фазы исследования (задержка 70–80)
 - 3) портальной венозной фазы исследования (задержка 30 сек)
 - 4) во время панкреатической фазы (задержка 20 сек)
- 15.ОПТИМАЛЬНЫМ ВРЕМЕНЕМ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРВОЙ КТ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩИХ ФОРМ ОП ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОД ПОСЛЕ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) 1 сутки
- 2) 2 суток
- 3) 12 часов
- 4)72-96 часов

16. ТИП МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ОТЕЧНОГО ПАНКРЕАТИТА В РАННИЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ(АТЛАНТА-2012):

- 1) инфильтрат
- 2) острое некротическое скопление
- 3) острое перипанкреатическое жидкостное скопление
- 4) псевдокиста

17.ТИП МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА В РАННИЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ(АТЛАНТА-2012):

- 1)инфильтрат
- 2)острое некротическое скопление
- 3)острое перипанкреатическое жидкостное скопление
- 4) абсцесс

18.ТИП МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ОТЕЧНОГО ПАНКРЕАТИТА В ПОЗДНИЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ(АТЛАНТА-2012):

- 1) флегмона
- 2)острое некротическое скопление
- 3) ограниченный некроз

4) псевдокиста

19.ТИП МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА В ПОЗДНИЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ(АТЛАНТА-2012):

1)отграниченный некроз

2) параинфильтрат

3) псевдокиста

4) абсцесс

20.ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД ПЕРИПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СКОПЛЕНИЯ НА ОСНОВАНИИ ДАННОЙ КТ-ХАРАКТЕРИСТИКИ (неоднородное, содержит нежидкие компоненты, инкапсулировано стенкой):

1) абсцесс

2) отграниченный некроз

3) острое некротическое скопление

4) псевдокиста

21.ПЕРВОНАЧАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОП НАПРАВЛЕНО НА:

1) купирование болевого синдрома, антибактериальную терапию

2) купирование болевого синдрома, тошноты и рвоты, инфузионную терапию и раннее энтеральное питание

3)купирование болевого синдрома,антибактериальную и антисекреторную терапию

4) купирование болевого синдрома, инфузионную и антисекреторную терапию

22.ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОП ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1)НПВС, опиоидные препараты, эпидуральная блокада

2) НПВС, опиоидные препараты

3) НПВС, опиоидные препараты, паранефральная блокада

4) опиоидные препараты, паранефральная блокада

23.К ПРОТИВОРВОТНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ОТНОСЯТСЯ:

1)кортикостероиды

2) спазмолитики

3) опиоды

4) НПВС

24.НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ ИНФУЗИИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО ОП:

1) 3 литра в первые сутки

2) 3 литра в первые 12 часов

3) 5 – 10 мл / кг / ч

4) определяется показателями гемодинамики и диуреза

25. ПРИ ОП ЦЕЛЕВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) ЦВД 8–10 мм рт. ст., артериальное давление > 110 мм рт. ст., скорость диуреза > 0,5 мл / кг / ч и сатурация кислорода в центральной вене > 70%

2) суточный диурез более 1500мл

3)ЦВД 8–10 мм рт. ст., среднее артериальное давление > 65 мм рт. ст., скорость диуреза > 0,5 мл / кг / ч и сатурация кислорода в центральной вене > 70%

4) суточный диурез более 1000мл

26.ДЛЯ РАННЕЙ ВНУТРИВЕННОЙ ГИДРАТАЦИИ ПРИ ОП ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ:

1) физиологического раствора

2)раствора Рингера

3) раствора электролитов

4) раствора альбумина

27. ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕАКЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ОП НА ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДОПОЛНИТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ МОНИТОРИНГ:

- 1) внутрибрюшного давления
- 2) центрального венозного давления
- 3) часового диуреза
- 4) среднего артериального давления

28. НЕПРЕРЫВНУЮ ГЕМОФИЛЬТРАЦИЮ ИЛИ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ В ОСОБО ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЯХ ОП, КОГДА ОТМЕЧАЕТСЯ:

- 1) ИВЛ
- 2) тяжелая интоксикация
- 3) нестабильная гемодинамика и анурия
- 4) сепсис

29. ОРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ЛЕГКОМ ОП РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ:

- 1) после нормализации показателей сывороточной амилазы
- 2) после нормализации С-реактивного белка
- 3) на 3-и сутки от начала заболевания

4) через 24 часа от начала заболевания

30. ЭНТЕРАЛЬНОЕ ЗОНДОВОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОП РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ:

- 1) через 48 часов от начала заболевания
- 2) на 3-и сутки от начала заболевания
- 3) после нормализации показателей сывороточной амилазы

4) после нормализации С-реактивного белка

31. ВАРИАНТЫ ДОСТУПОВ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

- 1) пероральный транспапиллярный; пероральный трансмуральный; чрескожный ретроперитонеальный; чрескожный трансперитонеальный
- 2) пероральный транспапиллярный; чрескожный ретроперитонеальный; чрескожный трансперитонеальный; чрескожный трансмуральный
- 3) пероральный транспапиллярный; пероральный трансмуральный; чрескожный ретроперитонеальный; чрескожный трансперитонеальный; чрескожный трансмуральный
- 4) пероральный транспапиллярный; пероральный трансмуральный; чрескожный ретроперитонеальный; чрескожный трансмуральный

32. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

- 1) позже 4 недель от начала заболевания
- 2) после нормализации показателей амилазы
- 3) в первую неделю после госпитализации больного
- 4) после определения признаков перитонита

33. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

- 1) наличие признаков перитонита
- 2) наличие жидкости в брюшной полости при УЗИ
- 3) признаки инфицированных некротических скоплений на КТ с контрастированием
- 4) длительная гипертермия

34. ДРЕНИРОВАНИЕ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРОЦЕДУРЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ С:

- 1) видеогастродуоденоскопией
- 2) общей анестезией
- 3) ИВЛ
- 4) флуороскопией

35. ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ДРЕНИРУЮЩИХ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

- 1) КТ
- 2) КТ с контрастным усилением
- 3) трансабдоминальное УЗИ
- 4) видеогастродуоденоскопию

36. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧРЕСКОЖНЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДОСТУП:

- 1) ретроперитонеальный
- 2) трансмуральный
- 3) трансперитонеальный
- 4) транспапиллярный

37. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) отграниченные инфицированные некротические скопления, прилежащие к передней стенке желудка
- 2) отграниченные инфицированные некротические скопления, прилежащие к задней стенке ободочной кишки
- 3) отграниченные инфицированные некротические скопления, прилежащие к селезенке
- 4) отграниченные инфицированные некротические скопления, прилежащие к задней стенке желудка.

38. ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ ПРОЦЕДУР РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСУФЛЯЦИИ:

- 1) кислорода
- 2) гелия
- 3) диоксида углерода (CO₂)
- 4) закиси азота

39. ПЕРВИЧНУЮ НЕКРЭКТОМИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ ПРИ:

- 1) развитии кишечной непроходимости
- 2) наличии более 50% солидных включений в некротическом скоплении
- 3) развитии септического состояния
- 4) наличии более 50% жидкостного компонента в некротическом скоплении

40. ПОКАЗАНИЯ К ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ЗАБРЮШИННОЙ ОБРАБОТКЕ:

- 1) ретрогастральное некротическое скопление с распространением по ходу мезентериальных сосудов
- 2) ретрогастральное некротическое скопление
- 3) ретрогастральное некротическое скопление с распространением на левое забрюшинное пространство
- 4) ретрогастральное некротическое скопление с распространением на правое забрюшинное пространство

41. ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

- 1) скорая медицинская помощь
- 2) медицинские организации, оказывающие специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям населению нескольких муниципальных образований,

- 3) медицинские организации, оказывающие населению в пределах муниципального образования первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям
- 4) медицинские организации, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

42. ВТОРОЙ УРОВЕНЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

- 1) медицинские организации, оказывающие специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям населению нескольких муниципальных образований
- 2) медицинские организации, оказывающие населению в пределах муниципального образования первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям
- 3) медицинские организации, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.
- 4) больницы скорой медицинской помощи

43. ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

- 1) специализированные диспансеры
- 2) медицинские организации, оказывающие специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям населению нескольких муниципальных образований,
- 3) медицинские организации, оказывающие специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям населению нескольких муниципальных образований
- 4) медицинские организации, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь

44. ПЕРЕВОД НА ВТОРОЙ УРОВЕНЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ:

- 1) с тяжелым острым панкреатитом
- 2) с умеренно тяжелым панкреатитом
- 3) с механической желтухой
- 4) с холангитом

45. ПЕРЕВОД НА ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ:

- 1) с тяжелым острым панкреатитом
 - 2) с умеренно тяжелым панкреатитом
 - 3) с рецидивирующим панкреатитом
 - 4) с сопутствующей патологией
- #### 46. ПЕРЕВОД БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) в течение первых 3 суток после поступления больного
- 2) в течение первых 7 суток после поступления больного
- 3) при выявлении перитонита
- 4) в течение первых суток после поступления больного

47. ПРИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОБЯЗАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

- 1) лейкоциты
- 2) КТ
- 3) сывороточная амилаза

4) фиброгастроскопия

48. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ВТОРОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) использование методов лучевой диагностики (КТ с контрастным усилением, МРТ) для выявления некротизирующих форм ОП
- 2) выполнение лапароскопии
- 3) выполнение дренирующих операций
- 4) выполнение ЭРПХГ

49. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) явления динамической кишечной непроходимости
- 2) инфицированный панкреонекроз
- 3) наличие жидкости в брюшной полости
- 4) наличие жидкости в забрюшинном пространстве

50. НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЯТЬ:

- 1) лапароскопию
- 2) оментобурсостомию
- 3) миниинвазивную панкректомию
- 4) миниинвазивное дренирование

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ответ	3	4	1	2	1	2	4	2	1	1
№ вопроса	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Ответ	2	3	2	1	4	3	2	4	1	2
№ вопроса	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Ответ	2	1	1	4	3	2	1	3	4	1
№ вопроса	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Ответ	3	1	3	4	2	1	4	3	2	3
№ вопроса	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Ответ	3	1	4	2	1	4	3	1	2	4

Список литературы:

1. Клинические рекомендации: Острый панкреатит. Российское общество хирургов 2020. 55с.
2. Banks P., Bollen T., Dervenis C. et al. Classification of acute pancreatitis– 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013; 62:102–11
3. Arvanitakis M., Dumonceau J.-M., Albert J. et al. Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) evidence-based multidisciplinary guidelines. Endoscopy. 2018; 50: 524–546. doi.org/10.1055/a-0588-5365.
4. Leppäniemi A., Tolonen M., Tarasconi A. et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World Journal of Emergency Surgery (2019) 14:27. doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0.
5. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology. 2013;13 (4 Suppl 2): e115. doi.org/10.1016/j.pan.2013.07.063.
6. Yokoe M, Takada T, Mayumi T, Yoshida M, Isaji S, Wada K, et al. Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese guidelines 2015. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2015;22:405–32. doi.org/10.1002/jhbp.259.

7. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. The American Journal of Gastroenterology. 2013; 108: 1400–15; 1416. doi.org/10.1038/ajg.2013.218.

Перечень русскоязычных интернет-ресурсов

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

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

<http://www.laparoscopy.ru/> - российское общество эндоскопических хирургов

www.rmj.ru/main.htm/bop/t6/n2/79.htm

8.5 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП-5 «Комплексная диагностика и лечение острого холецистита на основе клинических рекомендаций»

Пояснительная записка

Актуальность. Заболевания печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей составляют до 26% случаев неотложной общей хирургической помощи (EGS), из которых в 40% случаев требуется операция. Камни в желчном пузыре встречаются у 10-15% взрослого населения, из которых в 80% протекают бессимптомно. Острый холецистит развивается у 1-3% пациентов с симптоматическими желчнокаменной болезнью и чаще всего встречается у пациентов в возрасте 18-44 лет. Среди них преобладают женщины (86 случаев на 10 000 выписок у женщин по сравнению с 65 на 10 000 выписок у мужчин), и заболеваемость острым холециститом и больничные расходы, связанные с ним в настоящее время растут.

Острый холецистит (ОХ) является самым частым осложнением желчекаменной болезни (ЖКБ). В России госпитализируется в течение года более 160 тыс. пациентов с ОХ, оперируется почти 100 тыс. пациентов. Примерно в 90% наблюдений острый холецистит развивается на фоне ЖКБ, а в 10% – при отсутствии камней в желчном пузыре и поэтому обозначается как острый бескаменный холецистит (сосудистый, ферментативный, паразитарный, пр.). Острый бескаменный холецистит нередко развивается у людей пожилого возраста и сопровождается большим числом осложнений и более высокой летальностью.

Цель: способствовать формированию системы теоретических знаний и практических навыков по современным методам диагностики и выбору эффективной лечебной тактики больных острым холециститом на основе изучения российских и международных клинических рекомендаций.

Задачи:

1. Совершенствование знаний по более эффективной реализации программы госгарантий в регионах РФ на основе модели организации системы здравоохранения на трех уровнях.

2. Совершенствование знаний и практических навыков по качественному выполнению объемов лечебно-диагностической помощи больным острым холециститом на первом уровне специализированной помощи.

3. Совершенствование знаний и практических навыков по качественному выполнению объемов лечебно-диагностической помощи больным острым панкреатитом на втором уровне специализированной помощи

4. Совершенствование знаний и практических навыков по выполнению минимальных и открытых оперативных вмешательств при остром холецистите.

5. Совершенствование знаний и практических навыков по хирургическому лечению осложнений острого холецистита (холангита, механической желтухи).

По окончании изучения учебного модуля МСП-5 обучающийся должен знать:

- план обследования пациента, уточнение объема и методов обследования пациентов с острым холециститом в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- основные требования организации системы здравоохранения на трех уровнях оказания хирургической помощи;
- объемы и современные варианты хирургических вмешательств при остром холецистите.

По окончании изучения учебного модуля МСП-5 обучающийся должен уметь:

- назначать лабораторные, рентгенологические, функциональные методы исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по диагностике местных и системных осложнений острого холецистита и оценки его тяжести;
- определять медицинские показания и медицинские противопоказания к выполнению ранних и отсроченных видов хирургических вмешательств при остром холецистите в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения);
- применять методы профилактики тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде.

По окончании изучения учебного модуля МСП-5 обучающийся должен владеть:

- разработкой плана лечения пациентов с острым холециститом с учетом клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и уровней ее оказания;
- оценкой тяжести острого панкреатита при поступлении больного и в процессе его лечения;
- выполнением основных вариантов операций у больных с острым холециститом и его осложнениями;
- оказанием медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)

По окончании изучения модуля МСП-5 у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

универсальные компетенции (далее - УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

профессиональные компетенции (далее – ПК):

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи, контроль его эффективности и безопасности (ПК-6);
- оказание экстренной медицинской помощи пациентам (ПК-7).

Трудоемкость освоения модуля: 12 акад. часов

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП-5

**«Комплексная диагностика и лечение острого холецистита на основе
клинических рекомендаций»**

№	Наименование модулей, тем	Всего (ак. час)	Очное обучение			
			Лекции	Практ. занятия	Стажировка	Форма контроля
Специальные дисциплины						
МСП-5	Комплексная диагностика и лечение острого холецистита на основе клинических рекомендаций	12	4	8		Промежуточный контроль (тестирование)
5.1	Выбор тактики хирургического лечения острого холецистита	6	2	4		Текущий контроль (устный)
5.2	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого холецистита	6	2	4		Текущий контроль (устный)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП-5

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
5.1	Выбор тактики хирургического лечения острого холецистита
5.1.1	Особенности выполнения холецистэктомии при остром холецистите
5.1.2	Мини-инвазивные хирургические вмешательства в лечении острого холецистита и его осложнений
5.2	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого холецистита

Форма контроля: промежуточное тестирование.

ПРИМЕРЫ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Варианты тестовых заданий для промежуточного контроля МСП-5
Выбрать один правильный ответ:

1. ОПТИМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ВЫПОЛНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ (ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ):
 - 1) 3-5 суток
 - 2) 10 суток
 - 3) 14 суток
 - 4) 18 суток
2. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА:
 - 1) холецистостомия
 - 2) открытая холецистэктомия
 - 3) лапароскопическая холецистэктомия
 - 4) субтотальная холецистэктомия
3. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И АНОМАЛЬНОМ СТРОЕНИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:
 - 1) холецистостомию
 - 2) открытую холецистэктомию
 - 3) лапароскопическую холецистэктомию
 - 4) субтотальную холецистэктомию
4. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛЫМИ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ASA-IV):
 - 1) холецистостомия
 - 2) открытая холецистэктомия
 - 3) лапароскопическая холецистэктомия
 - 4) субтотальная холецистэктомия
5. У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ НЕОБХОДИМО В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ ВЫПОЛНИТЬ:
 - 1) холецистостомию
 - 2) холецистэктомию с дренированием холедоха
 - 3) ЭРПХГ с папиллосфинктеротомией
 - 4) чрескожную чреспеченочную холангиостомию

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ МСП-5

№ вопроса	1	2	3	4	5
Ответ	1	3	4	1	3

Список литературы:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 922н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»;
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14 мая 2007 г. №

- 332 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с холециститом (при оказании специализированной помощи)»
3. Клинические рекомендации: Острый холецистит. Российское общество хирургов 2023. 57с.
4. Yokoe M., Takada T., Strasberg S., Solomkin J.S. et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. *Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20:35–46
5. Schuster KM, Holena DN, Salim A, et al. American Association for the Surgery of Trauma emergency general surgery guideline summaries 2018: acute appendicitis, acute cholecystitis, acute diverticulitis, acute pancreatitis, and small bowel obstruction. *Trauma Surg Acute Care Open* 2019;4:e000281
6. Sermonesi et al. Cesena guidelines: WSES consensus statement on laparoscopic-first approach to general surgery emergencies and abdominal trauma *World Journal of Emergency Surgery* (2023) 18:57

Перечень русскоязычных интернет-ресурсов

<http://www.общество-хирургов.рф/> - российское общество хирургов
<http://www.roxg.ru/> - российское общество хирургов гастроэнтерологов
<http://www.laparoscopy.ru/> - российское общество эндоскопических хирургов
www.rmj.ru/main.htm/bop/t6/n2/79.htm

8.6 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП-6 «Комплексная диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений на основе клинических рекомендаций»

Пояснительная записка

Актуальность. В Российской Федерации язвенной болезнью страдает 1,7-5% населения, причем количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и 12-перстной кишки составляет 90-160 человек на 100 000 населения и имеет отчетливую тенденцию к увеличению.

Цель: способствовать формированию системы теоретических знаний и практических навыков по современным методам диагностики и выбору эффективной лечебной тактики больных с желудочно-кишечными кровотечениями на основе изучения российских и международных клинических рекомендаций.

Задачи:

1. Совершенствование знаний по более эффективной реализации программы госгарантий в регионах РФ на основе трехуровневой модели организации системы здравоохранения.

2. Совершенствование знаний и практических навыков по качественному выполнению объемов лечебно-диагностической помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями на этапах специализированной помощи.

3. Совершенствование знаний и практических навыков по применению диагностической и лечебной эндоскопии, методов лучевой визуализации в оказании неотложной помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии.

4. Совершенствование знаний и практических навыков по выполнению транслюминальных эндоскопических, транскатетерных и открытых оперативных вмешательств при желудочно-кишечных кровотечениях.

По окончании изучения учебного модуля МСП-6 обучающийся должен знать:

- план обследования пациента, уточнение объема и методов обследования пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии в соответствии с

действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- основные требования организации системы здравоохранения на трех уровнях оказания неотложной хирургической помощи;
- объемы и современные варианты диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений различной этиологии
- По окончании изучения учебного модуля МСП-6 обучающийся должен уметь:
- назначать лабораторные, рентгенологические, эндоскопические методы исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по диагностике желудочно-кишечных кровотечений различной этиологии и оценки их тяжести;
- определять медицинские показания и медицинские противопоказания к хирургическим вмешательствам при желудочно-кишечных кровотечениях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения);
- применять методы профилактики осложнений в послеоперационном периоде.

По окончании изучения учебного модуля МСП-6 обучающийся должен владеть:

- разработкой плана лечения пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями с учетом клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и уровней ее оказания;
- оценкой тяжести желудочно-кишечных кровотечений при поступлении больного и в процессе его лечения;
- выполнением основных вариантов операций у больных желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии;
- оказанием медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)

По окончании изучения модуля МСП-6 у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

универсальные компетенции (далее - УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

профессиональные компетенции (далее – ПК):

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи, контроль его эффективности и безопасности (ПК-6);
- оказание экстренной медицинской помощи пациентам (ПК-7).

Трудоемкость освоения модуля: 18 акад. часов

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП-6

«Комплексная диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений на основе клинических рекомендаций»

№	Наименование модулей, тем	Всего (ак. час)	Очное обучение			
			Лекции	Практ. занятия	Стажировка	Форма контроля
Специальные дисциплины						
МСП-6	Комплексная диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений на основе клинических рекомендаций	18	4	8	6	Промежуточный контроль (тестирование)
6.1	Диагностика и лечение верхних и низких желудочно-кишечных кровотечений	12	4	2	6	Текущий контроль (устный)
6.2	Алгоритмы диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений	2		2		Текущий контроль (устный)
6.3	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению желудочно-кишечных кровотечений	4		4		Текущий контроль (устный)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП-6

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
6.1	Диагностика и лечение верхних и низких желудочно-кишечных кровотечений
6.1.1*	<i>Диагностика и лечение верхних и низких желудочно-кишечных кровотечений (стажировка)</i>
6.2	Алгоритмы диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений
6.3	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению желудочно-кишечных кровотечений

6.1.1* *Диагностика и лечение верхних и низких желудочно-кишечных кровотечений (стажировка)*: обучающиеся овладевают следующими практическими навыками:

- алгоритм диагностики верхних желудочно-кишечных кровотечений
- алгоритм диагностики низких желудочно-кишечных кровотечений

- шкальные системы оценки тяжести желудочно-кишечных кровотечений
- классификация Forrest язвенных желудочно-кишечных кровотечений
- методики эндоскопического гемостаза
- показания к применению транскатетерной эмболизации висцеральных артерий
- варианты хирургических вмешательств при верхних и низких желудочно-кишечных кровотечениях
- реабилитация и восстановительное лечение больных с желудочно-кишечными кровотечениями

Форма контроля: промежуточное тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного контроля МСП-6
ПРИМЕРЫ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ
Выбрать один правильный ответ

1. ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ ЭГДС ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ:
 - 1) 2 часов
 - 2) 6 часов
 - 3) 12 часов
 - 4) 24 часов
2. ПРИ ВЕРХНИХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ СРОЧНОЙ ЭГДС ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВЕДЕНИЕ:
 - 1) атропина
 - 2) промедола
 - 3) НПВС
 - 4) эритромицина
3. КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ 2А ПО ФОРРЕСТ – ЭТО:
 - 1) струйное кровотечение
 - 2) подтекание крови
 - 3) видимый сосуд
 - 4) фиксированный сгусток
4. ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ДОЛЖЕН БЫТЬ:
 - 1) инъекционный
 - 2) комбинированный
 - 3) коагуляционный
 - 4) клиппированием
5. ПРИ ИНЪЕКЦИОННОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ГЕМОСТАЗЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ РАСТВОР:
 - 1) аминокaproновой кислоты
 - 2) этамзилата
 - 3) адреналина
 - 4) эритромицина
6. ПРИ КАКИХ ХАРАКТЕРИСТИКАХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО ФОРРЕСТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ НЕ ПОКАЗАН:
 - 1) 1b

- 2) 2a
- 3) 2b
- 4) 2c

7. ПРИ РЕЦИДИВЕ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПОКАЗАНО:

- 1) гемостатическая и заместительная терапия
- 2) эмболизация сосудов
- 3) экстренная операция
- 4) повторный эндоскопический гемостаз

8.В СЛУЧАЯХ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ СОСУДОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- 1) при гемоглобине ниже 70 г/л
- 2) при повторном рецидиве кровотечения
- 3) у пациентов, получающих антикоагулянтную терапию
- 4) при постбульбарной язве 12-пк

9. ПЕРВАЯ ЛИНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- 1) инъекционном гемостазе
- 2) эндоскопическом клиппировании
- 3) применении зонда Блэкмора
- 4) эндоскопическом лигировании

10. БОЛЬНЫМ С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ НР ИНФЕКЦИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ:

- 1) amoxicillin+ингибитор протонной помпы
- 2) clarithromycin +ингибитор протонной помпы
- 3) amoxicillin+clarithromycin
- 4) amoxicillin+clarithromycin +ингибитор протонной помпы

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ МСП-6

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ответ	1	4	3	2	3	4	4	2	3	4

Список литературы:

1. Язвенные гастродуоденальные кровотечения -клинические рекомендации. Москва – Воронеж. 2014
2. Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Москва –Воронеж. 2014
3. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NUGIH) : Europe an Societ y of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)Guideline Gralnek Ian M et al. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: ESGE Guideline ... Endoscopy 2015; 47: a1 –a46

8.7 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП-7

«Перитонит-хирургическая тактика и интенсивная терапия на основе клинических рекомендаций»

Пояснительная записка

Актуальность. Гнойный перитонит остается одной из главных причин смерти больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Среди хирургической патологии наиболее часто к развитию перитонита приводит перфорация полого органа: желудка и двенадцатиперстной кишки около 30%, деструктивный аппендицит – более 20%, поражения толстой кишки – 20-25%, тонкой кишки – порядка 15%. Мужчины с перитонитом поступают чаще (около 60-65%). Возраст пациентов колеблется от 15 до 88 лет. Удельный вес больных старше 60 лет составляет порядка 30-40%. Пациенты старше 65 лет имеют увеличенный риск развития распространенного перитонита и сепсиса от гангренозного перфоративного аппендицита, прободения дивертикулов толстой кишки, чем более молодые пациенты. Несмотря на то, что проблеме перитонита уделяется самое большое внимание со стороны хирургов всего мира, летальность при разлитом гнойном перитоните остается практически неизменной и колеблется от 4,5% до 58% и выше. При тяжелых формах перитонита смертность может увеличиться больше, чем 30-50%. Параллельное развитие сепсиса, септического шока, полиорганной недостаточности увеличивает летальность до уровня 70% и более.

Цель: способствовать формированию системы теоретических знаний и практических навыков по диагностике и оценке тяжести заболевания, выбору методов интенсивной терапии, определению показаний к выполнению интервенционных вмешательств при перитоните, освоению принципов и техники выполнения различных видов хирургических вмешательств и методов интенсивной терапии.

Задачи:

1. Совершенствование знаний по клинической диагностике местных и системных осложнений перитонита.

2. Совершенствование знаний и практических навыков по определению у больных различными формами перитонита показаний к выполнению хирургической лечебной тактик и в ранний и поздний период течения заболевания.

3. Совершенствование знаний и практических навыков по санации брюшной полости, выполнения дифференцированных объемов оперативных вмешательств при различных острых заболеваниях и травмах органов брюшной полости, применения тактики санационных релапаротомий и открытого живота.

4. Совершенствование знаний и практических навыков по проведению заместительной и интенсивной терапии при абдоминальном сепсисе и внутрибрюшной гипертензии, нитритивной поддержки и энтерального питания.

5. Совершенствование знаний и практических навыков по хирургическому лечению осложнений перитонита и принципах восстановительного лечения больных.

По окончании изучения учебного модуля МСП-7 обучающийся должен знать:

- План обследования пациента, объем и методы обследования пациентов с перитонитом и различными видами внутрибрюшной инфекции в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- объемы и современные варианты хирургических вмешательств при остром перитоните,
- основные требования к ведению послеоперационного периода после выполнения хирургических вмешательств по поводу различных форм перитонита;

По окончании изучения учебного модуля МСП-7 обучающийся должен уметь:

- назначать лабораторные, рентгенологические, функциональные методы исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по диагностике местных и системных осложнений перитонита;
- определять медицинские показания и медицинские противопоказания к выполнению срочных хирургических вмешательств при перитоните в соответствии с

действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения);

- применять методы профилактики тошноты и рвоты, тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде.

По окончании изучения учебного модуля МСП-7 обучающийся должен владеть:

- разработкой плана лечения пациентов с перитонитом с учетом клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оценкой тяжести состояния пациента с перитонитом;
- техникой выполнения экстренных операций у пациентов с различными видами экстренной абдоминальной инфекции;
- оказанием медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)

По окончании изучения модуля МСП-7 у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

универсальные компетенции (далее - УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

профессиональные компетенции (далее – ПК):

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи, контроль его эффективности и безопасности (ПК-6);
- оказание экстренной медицинской помощи пациентам (ПК-7).

Трудоемкость освоения модуля: 16 акад. часов

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП-7 «Перитонит-хирургическая тактика и интенсивная терапия на основе клинических рекомендаций»

№	Наименование модулей, тем	Всего (ак. час)	Очное обучение			
			Лекции	Практ. занятия	Стажировка	Форма контроля
Специальные дисциплины						
МСП-7	Перитонит-хирургическая тактика и интенсивная терапия	16	4	6	6	Промежуточный контроль (тестирование)

	основе клинических рекомендаций					
7.1	Классификация и выбор тактики лечения перитонита	12	4	2	6	Текущий контроль (устный)
7.2	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению перитонита	4		4		Текущий контроль (устный)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП-7

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
7.1	Классификация и выбор тактики лечения перитонита
7.1.1*	<i>Выбор тактики лечения перитонита (стажировка)</i>
7.2	Российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению перитонита
7.2.1	Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению перитонита
7.2.2	Международные клинические рекомендации по диагностике и лечению перитонита

*7.1.1*Выбор тактики лечения перитонита (стажировка):* обучающиеся овладевают следующими практическими навыками:

- оценка тяжести состояния больных по Мангеймскому перитонеальному индексу и в зависимости от выраженности системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции (на основании шкал APACHE II, SAPS, MODS, SOFA)
- методиками санации и дренирования брюшной полости при перитоните
- способами назогастроинтестинальной интубации кишечника
- показаниями к релапаротомии, методики «открытого живота»
- выполнения этапных операций с использованием полуоткрытых и полужакрытых технологий
- диагностики, профилактики и лечения компартмент-синдрома
- ранней диагностики и методикам антибактериальной терапии внутрибрюшной инфекции

Форма контроля: промежуточное тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного контроля МСП-7

ПРИМЕРЫ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Выбрать один правильный ответ

1. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ СЕПСИСЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:

- 1) При положительных посевах крови
 - 2) После получения антибиотикограмм
 - 3) При обнаружении первичного очага или метастатических гнойников
 - 4) При неадекватном вскрытии первичного очага
- 2.. ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ ПРИМЫВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИСТОЧНИКА ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ:**

- 1) 1-2 литров
- 2) 4-6 литров
- 3) 8-12 литров
- 4) 14-16 литров

3. ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ ВНУТРИБРЮШНОЕ ДАВЛЕНИЕ:

- 1) 21-25 мм рт.ст.
- 2) 16-20 мм рт.ст.
- 3) 5-10 мм рт.ст.
- 4) более 25 мм рт.ст.

4. ДИФФУЗНЫЙ ПЕРИТОНИТ – РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПРОЦЕССА НА:

- 1) две-три анатомические области
- 2) одну-две анатомические области
- 3) от трех до пяти анатомических областей или в пределах одного этажа брюшной полости
- 4) более пяти анатомических областей или два этажа брюшной полости

5. РАЗЛИТОЙ ПЕРИТОНИТ – РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПРОЦЕССА НА:

- 1) две-три анатомические области
- 2) одну-две анатомические области
- 3) от трех до пяти анатомических областей или в пределах одного этажа брюшной полости
- 4) более пяти анатомических областей или два этажа брюшной полости

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ МСП-7

№ вопроса	1	2	3	4	5
Ответ	1	2	2	3	4

Список литературы:

1. Клинические рекомендации. Острый перитонит. Российское общество хирургов. 2017
2. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. Абдоминальная хирургическая инфекция. Национальные рекомендации. Москва; «Боргес», 2011: 98 с.
3. Coccolini et al. The open abdomen in trauma and non-trauma patients: WSES guidelines World Journal of Emergency Surgery (2018) 13:7
4. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Ansaloni L, Bala M, Beltrán MA, Biffi WL, et al. The role of the open abdomen procedure in managing severe abdominal sepsis: WSES position paper. World J Emerg Surg. 2015;10:35.
5. Sartelli M, Coccolini F, van Ramshorst GH, Campanelli G, Mandalà V, Ansaloni L, et al. WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias. World J Emerg Surg. 2013;8:50.
6. Sartelli et al. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intraabdominal infections World Journal of Emergency Surgery (2017) 12:29.

9.ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

- 1.Принципы антибактериальной терапии при внебольничной и больничной хирургической инфекции
2. Современные методы лечения гнойных ран
3. Показания к коло-, илеостомии в лечении острой кишечной непроходимости
- 4.Ранние и поздние осложнения кишечных стом
- 5.Реабилитация и восстановительное лечения больных с кишечными стомами
6. Оценка тяжести острого панкреатита
- 7.Консервативная и интенсивная терапия в лечении острого панкреатита
8. Показания к выполнению инвазивных вмешательств при остром панкреатите
9. Профилактика, диагностика и лечение осложнений некрэктомии при остром панкреатите.
10. Диагностика, профилактика и лечение компартмент-синдрома
11. Неоперативное управление в лечении экстренной абдоминальной патологии
12. Этапы лапароскопической аппендэктомии
13. Тактика завершения хирургических вмешательств при перитоните
14. Хирургическая тактика при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях
15. Классификация Forrest язвенных желудочно-кишечных кровотечений
16. Методика эндоскопического гемостаза
17. Варианты хирургических вмешательств при верхних и низких желудочно-кишечных кровотечениях, показания к применению транскатетерной эмболизации висцеральных артерий

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

- 1.Диагностика послеоперационного перитонита
- 2.Диагностика ранней спаечной кишечной непроходимости
- 3.Релапаротомия-программированная, по требованию
- 4.Лапаростомия в неотложной абдоминальной хирургии
- 5.Маркировка места расположения стомы
- 6.Техника выполнения одноствольной илеостомии по Бруку
- 7.Техника выполнения двуствольной илеостомии по Торнболлу
- 8.Техника выполнения двуствольной колостомии
- 9.Техника выполнения одноствольной колостомии
- 10.Методикитрансгастральнойминиинвазивнойнекрэктомии при панкреатите
- 11.Методики забрюшиннойминиинвазивнойнекрэктомии при панкреатите

12.Методика открытой некрэктомии при панкреатите

13.Оценка тяжести состояния больных по Мангеймскому перитонеальному индексу и в зависимости от выраженности системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции (на основании шкал APACHE II, SAPS, MODS, SOFA)

14. Показания к релапаротомии и применению методики «открытого живота»

15.Выполнения этапных операций с использованием различных технологий завершения хирургических вмешательств

16.Алгоритм диагностики верхних желудочно-кишечных кровотечений

17.Алгоритм диагностики низких желудочно-кишечных кровотечений

18.Методики эндоскопического гемостаза и эмболизации висцеральных артерий

ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Выбрать один правильный ответ

1.ДИАГНОЗ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ДВУХ ИЗ ТРЕХ НИЖЕУКАЗАННЫХ ПРИЗНАКОВ:

- 1) боль в животе, соответствующая острому панкреатиту; вздутие живота, показатели сывороточной липазы (или амилазы) в три раза больше верхнего предела нормы
- 2) боль в животе, соответствующая острому панкреатиту; показатели сывороточной липазы (или амилазы) в два раза больше верхнего предела нормы; характерные для острого панкреатита данные визуализации
- 3) боль в животе, соответствующая острому панкреатиту; показатели сывороточной липазы (или амилазы) в три раза больше верхнего предела нормы; характерные для острого панкреатита данные визуализации
- 4) боль в животе, соответствующая острому панкреатиту; рвота, показатели сывороточной липазы (или амилазы) в три раза больше верхнего предела нормы

2.ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ, НО АКТИВНОСТЬ АМИЛАЗЫ В СЫВОРОТКЕ МЕНЬШЕ, ЧЕМ В ТРИ РАЗА ПРЕВЫШАЕТ ВЕРХНИЙ ПРЕДЕЛ НОРМЫ, ТО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:

- 1) КТ
- 2) УЗИ брюшной полости
- 3) фиброгастродуоденоскопию
- 4) КТ с контрастным усилением

3.ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ МОЖНО ПОДРАЗДЕЛИТЬ НА ДВА ТИПА:

- 1)интерстициальный отечный,некротизирующий
- 2) интерстициальный отечный, геморрагический
- 3) интерстициальный отечный, деструктивный
- 4) интерстициальный отечный, гнойный

4.ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОРГАНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ ТРИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ:

- 1)дыхательную, сердечно-сосудистую и печеночную
- 2)дыхательную, сердечно-сосудистую и почечную
- 3) дыхательную, желудочно-кишечную и почечную

4) дыхательную, центральную нервную и почечную

5.ОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ:

1)Маршалла

2) SOFA

3) APPACHE

4) Мондора

6.ЛЕГКИЙ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ- ЭТО:

1)нет органной недостаточности

2)нет органной недостаточности, нет местных или системных осложнений

3) нет местных или системных осложнений

4) нет органной недостаточности, нет системных осложнений

7.УМЕРЕННО-ТЯЖЕЛЫЙ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ - ЭТО:

1)персистирующая (стойкая) органная недостаточность

2) местные осложнения

3) нет системных осложнений

4)транзиторная (преходящая) органная недостаточность и / или местные или системные осложнения без стойкой органной недостаточности

8.ТЯЖЕЛЫЙ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ - ЭТО:

1) системные осложнения и транзиторная (преходящая) органная недостаточность

2)стойкая органная недостаточность

3) местные и системные осложнения

4) потеря веса более чем на 15% в течение последних 3-х недель

9.ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ВСЕМ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

1)трансабдоминальное УЗИ

2) видеогастродуоденоскопию

3) компьютерную томографию

4) обзорную рентгенографию органов брюшной полости

10.ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

1) трансабдоминальное УЗИ

2) фиброгастродуоденоскопию

3) компьютерную томографию

4) МРТ

11.ЗАДАЧИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОГО УЗИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:

1)определение УЗ-признаков острого панкреатита

2)исключение острой абдоминальной хирургической патологии, определение УЗ-признаков острого панкреатита, определение билиарной этиологии панкреатита

3) исключение острой абдоминальной хирургической патологии

4) определение билиарной этиологии панкреатита

12.СТАНДАРТНЫЙ ПРОТОКОЛ МРТ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1)постконтрастные аксиальные трехмерные T₁-взвешенные градиентные эхо-изображения с подавлением жира

2) предконтрастные аксиальные и корональные T₂-взвешенные турбо спин-эхо (TSE) изображения

3)предконтрастные аксиальные и корональные T₂-взвешенные турбо спин-эхо (TSE) изображения и пред- и постконтрастные аксиальные трехмерные T₁-взвешенные градиентные эхо-изображения с подавлением жира.

4) пред- и постконтрастные аксиальные трехмерные T₁-взвешенные градиентные эхо-изображения с подавлением жира

13. СЕКРЕТИН – СТИМУЛИРОВАННАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ:

- 1) улучшить визуализацию паренхимы поджелудочной железы
- 2) улучшить визуализацию главного панкреатического протока и его отделов.
- 3) улучшить визуализацию сосудов
- 4) улучшить визуализацию конкрементов

14. КТ СКАНИРОВАНИЕ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПРОВОДИТСЯ: ВО ВРЕМЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ФАЗЫ (ЗАДЕРЖКА 40–50 СЕК) ИЛИ ПОРТАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ФАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЗАДЕРЖКА 60–70 СЕК):

- 1) во время панкреатической фазы (задержка 40–50 сек)
- 2) портальной венозной фазы исследования (задержка 70–80)
- 3) портальной венозной фазы исследования (задержка 30 сек)
- 4) во время панкреатической фазы (задержка 20 сек)

15. ОПТИМАЛЬНЫМ ВРЕМЕНЕМ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРВОЙ КТ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩИХ ФОРМ ОП ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОД ПОСЛЕ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) 1 сутки
- 2) 2 суток
- 3) 12 часов

4) 72–96 часов

16. ТИП МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ОТЕЧНОГО ПАНКРЕАТИТА В РАННИЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ (АТЛАНТА-2012):

- 1) инфильтрат
- 2) острое некротическое скопление
- 3) острое перипанкреатическое жидкостное скопление
- 4) псевдокиста

17. ТИП МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА В РАННИЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ (АТЛАНТА-2012):

- 1) инфильтрат
- 2) острое некротическое скопление
- 3) острое перипанкреатическое жидкостное скопление
- 4) абсцесс

18. ТИП МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ОТЕЧНОГО ПАНКРЕАТИТА В ПОЗДНИЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ (АТЛАНТА-2012):

- 1) флегмона
- 2) острое некротическое скопление
- 3) отграниченный некроз
- 4) псевдокиста

19. ТИП МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА В ПОЗДНИЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ (АТЛАНТА-2012):

- 1) отграниченный некроз
- 2) параинфильтрат
- 3) псевдокиста
- 4) абсцесс

20. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД ПЕРИПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СКОПЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НА ОСНОВАНИИ ДАННОЙ КТ-ХАРАКТЕРИСТИКИ (неоднородное, содержит нежидкие компоненты, инкапсулировано стенкой):

- 1) абсцесс
- 2) отграниченный некроз
- 3) острое некротическое скопление

4) псевдокиста

21. ПЕРВОНАЧАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НАПРАВЛЕНО НА:

- 1) купирование болевого синдрома, антибактериальную терапию
- 2) купирование болевого синдрома, тошноты и рвоты, инфузионную терапию и раннее энтеральное питание
- 3) купирование болевого синдрома, антибактериальную и антисекреторную терапию
- 4) купирование болевого синдрома, инфузионную и антисекреторную терапию

22. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) НПВС, опиоидные препараты, эпидуральная блокада
- 2) НПВС, опиоидные препараты
- 3) НПВС, опиоидные препараты, паранефральная блокада
- 4) опиоидные препараты, паранефральная блокада

23. К ПРОТИВОРВОТНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) кортикостероиды
- 2) спазмолитики
- 3) опиоды
- 4) НПВС

24. НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ ИНФУЗИИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ:

- 1) 3 литра в первые сутки
- 2) 3 литра в первые 12 часов
- 3) 5 – 10 мл / кг / ч
- 4) определяется показателями гемодинамики и диуреза

25. ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЦЕЛЕВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) ЦВД 8–10 мм рт. ст., артериальное давление > 110 мм рт. ст., скорость диуреза > 0,5 мл / кг / ч и сатурация кислорода в центральной вене > 70%
- 2) суточный диурез более 1500 мл
- 3) ЦВД 8–10 мм рт. ст., среднее артериальное давление > 65 мм рт. ст., скорость диуреза > 0,5 мл / кг / ч и сатурация кислорода в центральной вене > 70%
- 4) суточный диурез более 1000 мл

26. ДЛЯ РАННЕЙ ВНУТРИВЕННОЙ ГИДРАТАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ:

- 1) физиологического раствора
- 2) раствора Рингера
- 3) раствора электролитов
- 4) раствора альбумина

27. ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕАКЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДОПОЛНИТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ МОНИТОРИНГ:

- 1) внутрибрюшного давления
- 2) центрального венозного давления
- 3) часового диуреза
- 4) среднего артериального давления

28. НЕПРЕРЫВНУЮ ГЕМОФИЛЬТРАЦИЮ ИЛИ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ В ОСОБО ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЯХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, КОГДА ОТМЕЧАЕТСЯ:

- 1) ИВЛ
- 2) тяжелая интоксикация
- 3) нестабильная гемодинамика и анурия
- 4) сепсис

29. ОРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ЛЕГКОМ ОП РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ:

- 1) после нормализации показателей сывороточной амилазы
- 2) после нормализации С-реактивного белка
- 3) на 3-и сутки от начала заболевания
- 4) через 24 часа от начала заболевания

30. ЭНТЕРАЛЬНОЕ ЗОНДОВОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОП РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ:

- 1) через 48 часов от начала заболевания
- 2) на 3-и сутки от начала заболевания
- 3) после нормализации показателей сывороточной амилазы
- 4) после нормализации С-реактивного белка

31. ВАРИАНТЫ ДОСТУПОВ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

- 1) пероральный транспапиллярный; пероральный трансмуральный; чрескожный ретроперитонеальный; чрескожный трансперитонеальный
- 2) пероральный транспапиллярный; чрескожный ретроперитонеальный; чрескожный трансперитонеальный; чрескожный трансмуральный
- 3) пероральный транспапиллярный; пероральный трансмуральный; чрескожный ретроперитонеальный; чрескожный трансперитонеальный; чрескожный трансмуральный
- 4) пероральный транспапиллярный; пероральный трансмуральный; чрескожный ретроперитонеальный; чрескожный трансмуральный

32. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

- 1) позже 4 недель от начала заболевания
- 2) после нормализации показателей амилазы
- 3) в первую неделю после госпитализации больного
- 4) после определения признаков перитонита

33. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

- 1) наличие признаков перитонита
- 2) наличие жидкости в брюшной полости при УЗИ
- 3) признаки инфицированных некротических скоплений на КТ с контрастированием
- 4) длительная гипертермия

34. ДРЕНИРОВАНИЕ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРОЦЕДУРЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ С:

- 1) видеогастродуоденоскопией
- 2) общей анестезией
- 3) ИВЛ
- 4) флуороскопией

35. ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ДРЕНИРУЮЩИХ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

- 1) КТ
- 2) КТ с контрастным усилением
- 3) трансабдоминальное УЗИ
- 4) видеогастродуоденоскопию

36. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧРЕСКОЖНЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДОСТУП:

- 1) ретроперитонеальный
- 2) трансмуральный
- 3) трансперитонеальный
- 4) транспапиллярный

37. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) отграниченные инфицированные некротические скопления, прилежащие к передней стенке желудка
- 2) отграниченные инфицированные некротические скопления, прилежащие к задней стенке ободочной кишки
- 3) отграниченные инфицированные некротические скопления, прилежащие к селезенке
- 4) отграниченные инфицированные некротические скопления, прилежащие к задней стенке желудка.

38. ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ ПРОЦЕДУР ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСУФЛЯЦИИ:

- 1) кислорода
- 2) гелия
- 3) диоксида углерода (CO₂)
- 4) закиси азота

39. ПЕРВИЧНУЮ НЕКРЭКТОМИЮ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ ПРИ:

- 1) развитию кишечной непроходимости
- 2) наличии более 50% солидных включений в некротическом скоплении
- 3) развитию септического состояния
- 4) наличии более 50% жидкостного компонента в некротическом скоплении

40. ПОКАЗАНИЯ К ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ЗАБРЮШИННОЙ ОБРАБОТКЕ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

- 1) ретрогастральное некротическое скопление с распространением по ходу мезентериальных сосудов
- 2) ретрогастральное некротическое скопление
- 3) ретрогастральное некротическое скопление с распространением на левое забрюшинное пространство
- 4) ретрогастральное некротическое скопление с распространением на правое забрюшинное пространство

41. ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

- 1) скорая медицинская помощь
- 2) медицинские организации, оказывающие специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям населению нескольких муниципальных образований,
- 3) медицинские организации, оказывающие населению в пределах муниципального образования первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям
- 4) медицинские организации, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

42. ВТОРОЙ УРОВЕНЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

1) медицинские организации, оказывающие специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям населению нескольких муниципальных образований

2) медицинские организации, оказывающие населению в пределах муниципального образования первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям

3) медицинские организации, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

4) больницы скорой медицинской помощи

43. ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

1) специализированные диспансеры

2) медицинские организации, оказывающие специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям населению нескольких муниципальных образований,

3) медицинские организации, оказывающие специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям населению нескольких муниципальных образований

4) медицинские организации, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь

44. ПЕРЕВОД НА ВТОРОЙ УРОВЕНЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ:

1) с тяжелым острым панкреатитом

2) с умеренно тяжелым панкреатитом

3) с механической желтухой

4) с холангитом

45. ПЕРЕВОД НА ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ:

1) с тяжелым острым панкреатитом

2) с умеренно тяжелым панкреатитом

3) с рецидивирующим панкреатитом

4) с сопутствующей патологией

46. ПЕРЕВОД БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1) в течение первых 3 суток после поступления больного

2) в течение первых 7 суток после поступления больного

3) при выявлении перитонита

4) в течение первых суток после поступления больного

47. ПРИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОБЯЗАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

1) лейкоциты

2) КТ

3) сывороточная амилаза

4) фиброгастроскопия

48. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ВТОРОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) использование методов лучевой диагностики (КТ с контрастным усилением, МРТ) для выявления некротизирующих форм ОП

2) выполнение лапароскопии

3) выполнение дренирующих операций

4) выполнение ЭРПХГ

49. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) явления динамической кишечной непроходимости
 - 2) инфицированный панкреонекроз
 - 3) наличие жидкости в брюшной полости
 - 4) наличие жидкости в забрюшинном пространстве
50. НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЯТЬ:

- 1) лапароскопию
 - 2) оментобурсостомию
 - 3) миниинвазивную некрэктомию
 - 4) миниинвазивное дренирование
51. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ТОЧКЕ, НАХОДЯЩЕЙСЯ ПОСЕРЕДИНЕ МЕЖДУ ПУПКОМ И ПЕРЕДНЕЙ ВЕРХНЕЙ ОСТЬЮ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ СПРАВА - это:

- 1) Симптом Воскресенского
- 2) Симптом Щеткина-Блюмберга
- 3) Симптом Мак-Берни
- 4) Симптом Ровзинга

52. ВРАЧ ПЛАВНО НАДАВЛИВАЕТ ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ 2-4 ПАЛЬЦЕВ РУКИ НА ЖИВОТ, ЗАТЕМ ОТДЕРГИВАЕТ РУКУ, ПОЯВЛЕНИЕ ИЛИ УСИЛЕНИЕ БОЛИ ПОСЛЕ ОТДЕРГИВАНИЯ РУКИ – это:

- 1) Симптом Воскресенского
- 2) Симптом Щеткина-Блюмберга
- 3) Симптом Мак-Берни
- 4) Симптом Ровзинга

53. ВРАЧ ЛЕВОЙ РУКОЙ НАТЯГИВАЕТ РУБАШКУ ПАЦИЕНТА ЗА НИЖНИЙ КРАЙ, ПАЦИЕНТ ДЕЛАЕТ ВДОХ, ВРАЧ КОНЧИКАМИ ПАЛЬЦЕВ ПРАВОЙ РУКИ ДЕЛАЕТ СКОЛЬЗЯЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ ЧЕРЕЗ РУБАШКУ ПО ЖИВОТУ ПАЦИЕНТА СВЕРХУ ВНИЗ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ. ЕСЛИ ПРИ ОКОНЧАНИИ СКОЛЬЗЯЩЕГО ДВИЖЕНИЯ РЕЗКО УСИЛИВАЕТСЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ-это:

- 1) Симптом Воскресенского
- 2) Симптом Щеткина-Блюмберга
- 3) Симптом Мак-Берни
- 4) Симптом Ровзинга

54. ПРИ НАДАВЛИВАНИИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА ПОЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬ В ПРАВОМ НИЖНЕМ КВАДРАНТЕ - это:

- 1) Симптом Воскресенского
- 2) Симптом Щеткина-Блюмберга
- 3) Симптом Мак-Берни
- 4) Симптом Ровзинга

55. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В СЛУЧАЯХ:

- 1) Низкой вероятности острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR
- 2) Средней вероятности острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR
- 3) Высокой вероятности острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR
- 4) Всем пациентам

56. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

- 1) пациентам с низкой вероятностью острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR

2) пациентам со средней вероятностью ОА (по AAS/AIR) при отсутствии ультразвуковых признаков аппендицита

3) пациентам с высокой вероятностью острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR

4) пациентам с клиникой разлитого перитонита

57. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

1) пациентам с низкой вероятностью острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR

2) пациентам с клиникой разлитого перитонита

3) при отрицательных данных КТ органов брюшной полости у пациентов с усиливающейся или сохраняющейся болью в правой подвздошной области в процессе динамического наблюдения

4) пациентам с высокой вероятностью острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR

58. ПРОВЕДЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

1) пациентам с низкой вероятностью острого аппендицита по шкале риска AAS/AIR

2) только в рамках зарегистрированных исследований, одобренных этическим комитетом в крупных клинических центрах

3) при отказе пациента от хирургического лечения

4) пациентам со средней вероятностью ОА (по AAS/AIR) при отсутствии ультразвуковых признаков аппендицита

59. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АППЕНДЭКТОМИИ КУЛЬТЯ ОТРОСТКА ОБРАБАТЫВАЕТСЯ:

1) погружным методом

2) степлером

3) с помощью петли Редера

4) клипированием

60. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ МЕСТНОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА (ДО ДВУХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБЛАСТЕЙ) ПОКАЗАНО:

1) конверсия доступа-открытая аппендэктомия

2) эвакуацию экссудата и дренирование брюшной полости

3) конверсия доступа-срединная лапаротомия

4) промывание брюшной полости с дренированием

61. СРЕДИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1) УЗИ органов брюшной полости

2) рентген органов брюшной полости

3) компьютерная томография органов брюшной полости

4) гастродуоденоскопия

62. ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

1) при стабильном состоянии - всем пациентам

2) при длительном язвенном анамнезе

3) при ранних сроках поступления больных

4) при отсутствии рентгенологических признаков пневмоперитонеума

63. У ПАЦИЕНТОВ С ПРОБОДНОЙ ЯЗВОЙ ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ:

1) APACHE

2) BOEY

3) BISAP

4) SIRS

64. ПРИ ПРОБОДНОЙ КАЛЁЗНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА ДИАМЕТРОМ БОЛЕЕ 2 СМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- 1) ушивание после иссечения язвы с зоной инфильтрации
- 2) ушивание с тампонадой сальником
- 3) резекция желудка
- 4) гастрэктомия

65. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОЙ СТЕНОЗОМ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- 1) дуоденостомия
- 2) ушивание язвы с гастроюноанастомозом
- 3) пилоропластика
- 4) резекция желудка

66. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ СЕПСИСЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:

- 1) При положительных посевах крови
- 2) После получения антибиотикограмм
- 3) При обнаружении первичного очага или метастатических гнойников
- 4) При неадекватном вскрытии первичного очага

67. ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ ПРИМЫВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИСТОЧНИКА ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ:

- 1) 1-2 литров
- 2) 4-6 литров
- 3) 8-12 литров
- 4) 14-16 литров

68. ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ ВНУТРИБРЮШНОЕ ДАВЛЕНИЕ:

- a) 21-25 мм. рт.ст.
- b) 16-20 мм. рт.ст.
- c) 5-10 мм.рт.мт
- d) Более 25 мм рт.ст.
- e) 12-15 мм. рт.ст.;

69. ДИФФУЗНЫЙ ПЕРИТОНИТ – РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПРОЦЕССА НА:

- 1) две-три анатомические области
- 2) одну-две анатомические области
- 3) от трех до пяти анатомических областей или в пределах одного этажа брюшной полости
- 4) более пяти анатомических областей или два этажа брюшной Полости

70. РАЗЛИТОЙ ПЕРИТОНИТ – РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПРОЦЕССА НА:

- 1) две-три анатомические области
- 2) одну-две анатомические области
- 3) от трех до пяти анатомических областей или в пределах одного этажа брюшной полости
- 4) более пяти анатомических областей или два этажа брюшной полости

71. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

- 1) динамическая
- 2) странгуляционная
- 3) спаечная
- 4) обтурационная

72. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ:

- 1) неукротимая рвота, задержка стула
- 2) схваткообразные боли, вздутие

- 3) асимметрия живота, тенезмы
- 4) интенсивные боли постоянного характера, тахикардия

73. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

- 1) компьютерная томография
- 2) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) рентгеновский контроль пассажа бария

74. ХАРАКТЕРНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

- 1) свободная жидкость в брюшной полости
- 2) отсутствие газа в толстой кишке
- 3) уровни жидкости в тонкой кишке
- 4) раздутые петли тонкой кишки

75. ДИНАМИЧЕСКИЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ПАССАЖА КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ПО ТОНКОЙ КИШКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) через 2 часа
- 2) через 4 часа
- 3) через 6 часов
- 4) через 12 часов

76. ДЛЯ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПАССАЖА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) индигокармин
- 2) раствор бария
- 3) водорастворимый контраст
- 4) радиоизотопы

77. ПРИ КОНТРОЛЕ ПАССАЖА ПРИ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИЗНАКОМ РАЗРЕШЕНИЯ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ КОНТРАСТА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ЧЕРЕЗ:

- 1) 6 часов
- 2) 12 часов
- 3) 24 часа
- 4) 48 часов

78. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ СТРАНГУЛЯЦИИ ИЛИ ПЕРИТОНИТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕНА ДО:

- 1) 12 часов
- 2) 24 часов
- 3) 36 часов
- 4) 72 часов

79. ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПЕРВИЧНЫЙ ДОСТУП ОСУЩЕСТВЛЯТЬ:

- 1) в гипогастрии
- 2) в эпигастрии
- 3) в левом подреберье
- 4) забрюшинно

80. ПРИ НЕКРОЗЕ КИШКИ РЕКОМЕНДУЮТ ПРОИЗВОДИТЬ ЕЕ РЕЗЕКЦИЮ В ПРЕДЕЛАХ ЖИЗНЕСПОСОБНЫХ ТКАНЕЙ, ОТСТУПАЯ ОТ ЗОНЫ НЕКРОЗА В ПРИВОДЯЩЕМ ОТДЕЛЕ НА:

- 1) 10 см

- 2) 15-20см
- 3) 30-40см
- 4) 50-60 см

81. ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ ЭГДС ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ:

- 1) 2 часов
- 2) 6 часов
- 3) 12 часов
- 4) 24 часов

82. ПРИ ВЕРХНИХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ СРОЧНОЙ ЭГДС ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВЕДЕНИЕ:

- 1) атропина
- 2) промедола
- 3) НПВС
- 4) эритромицина

83. КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ 2А ПО ФОРРЕСТ – ЭТО:

- 1) струйное кровотечение
- 2) подтекание крови
- 3) видимый сосуд
- 4) фиксированный

84. ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ДОЛЖЕН БЫТЬ:

- 5) инъекционный
- 6) комбинированный
- 7) коагуляционный
- 8) клиппированием

85. ПРИ ИНЪЕКЦИОННОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ГЕМОСТАЗЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ РАСТВОР:

- 1) аминокaproновой кислоты
- 2) этамзилата
- 3) адреналина
- 4) эритромицина

86. ПРИ КАКИХ ХАРАКТЕРИСТИКАХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО ФОРРЕСТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ НЕ ПОКАЗАН:

- 1) 1b
- 2) 2a
- 3) 2b
- 4) 2c

87. ПРИ РЕЦИДИВЕ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПОКАЗАНО:

- 1) гемостатическая и заместительная терапия
- 2) эмболизация сосудов
- 3) экстренная операция
- 4) повторный эндоскопический гемостаз

88. В СЛУЧАЯХ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ СОСУДОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- 1) при гемоглобине ниже 70 г/л
- 2) при повторном рецидиве кровотечения
- 3) у пациентов, получающих антикоагулянтную терапию

4) при постбульбарной язве 12-пк

89. ПЕРВАЯ ЛИНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- 1) инъекционном гемостазе
- 2) эндоскопическом клиппировании
- 3) применении зонда Блэкмора
- 4) эндоскопическом лигировании

90. БОЛЬНЫМ С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ НР ИНФЕКЦИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ:

- 1) amoxicillin+ингибитор протонной помпы
- 2) clarithromycin +ингибитор протонной помпы
- 3) amoxicillin+clarithromycin
- 4) amoxicillin+clarithromycin +ингибитор протонной помпы

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ответ	3	4	1	2	1	2	4	2	1	1
№ вопроса	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Ответ	2	3	2	1	4	3	2	4	1	2
№ вопроса	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Ответ	2	1	1	4	3	2	1	3	4	1
№ вопроса	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Ответ	3	1	3	4	2	1	4	3	2	3
№ вопроса	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Ответ	3	1	4	2	1	4	3	1	2	4
№ вопроса	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Ответ	3	2	1	4	4	2	3	2	3	2
№ вопроса	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
Ответ	2	4	2	1	4	1	2	2	3	4
№ вопроса	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Ответ	3	4	1	2	3	3	3	4	3	3
№ вопроса	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
Ответ	1	4	3	2	3	4	4	2	3	4

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. Организационно-педагогические условия реализации программы

10.1 Кадровое обеспечение образовательного процесса кафедры:

№ п/п	Наименование модулей (дисциплин, модулей, разделов, тем)	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Основное место работы, должность	Место работы и должность по совместительству
1. МСП-1	Комплексная диагностика и лечение острого аппендицита на основе клинических рекомендаций	Эктов Владимир Николаевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	-
		Ходорковский Марк Анатольевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; зав. отделением
		Куркин Александр Васильевич	к.м.н. ассистент	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; врач-хирург
2. МСП-2	Комплексная диагностика и лечение прободной язвы на основе клинических рекомендаций	Эктов Владимир Николаевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	-
		Ходорковский Марк Анатольевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; зав. отделением
		Куркин Александр Васильевич	к.м.н. ассистент	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; врач-хирург
3. МСП-3	Комплексная диагностика и лечение острой кишечной непроходимости на основе клинических рекомендаций	Эктов Владимир Николаевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	-
		Ходорковский Марк Анатольевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; зав. отделением
		Куркин Александр Васильевич	к.м.н. ассистент	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; врач-хирург
4. МСП-4	Комплексная диагностика и лечение острого панкреатитана основе клинических рекомендаций	Эктов Владимир Николаевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	-
		Ходорковский Марк Анатольевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; зав. отделением
		Куркин Александр Васильевич	к.м.н. ассистент	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; врач-хирург

5. МСП-5	Комплексная диагностика и лечение острого холецистита на основе клинических рекомендаций	Эктов Владимир Николаевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	-
		Ходорковский Марк Анатольевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; зав. отделением
		Куркин Александр Васильевич	к.м.н. ассистент	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; врач-хирург
6. МСП-6	Комплексная диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений на основе клинических рекомендаций	Эктов Владимир Николаевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	-
		Ходорковский Марк Анатольевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; зав. отделением
		Куркин Александр Васильевич	к.м.н. ассистент	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; врач-хирург
7. МСП-7	Перитонит-хирургическая тактика и интенсивная терапия на основе клинических рекомендаций	Эктов Владимир Николаевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	-
		Ходорковский Марк Анатольевич	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; зав. отделением
		Куркин Александр Васильевич	к.м.н. ассистент	ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра специализированных дисциплин	БУЗ ВО ВОКБ №1; врач-хирург

Кадровый состав кафедры - 21 человек, из них профессорско-преподавательский состав 17 человек. Среди преподавателей: 7 преподавателя имеют степень д.м.н., 9 преподавателя имеют степень к.м.н. Весь профессорско-преподавательский состав кафедры имеет базовое образование, соответствующее преподаваемым дисциплинам/модулям. Средний возраст профессорско-преподавательского состава кафедры 45 лет.

10.2 Материально-техническое обеспечение образовательного процесса:

Материально-техническая база кафедры обеспечивает все виды дисциплинарной подготовки и включает в себя: учебные помещения на базе ВОКБ №1;

Организационная техника, используемая для обеспечения образовательного процесса, включает в себя: компьютер – 5 шт.; мультимедиапроектор – 2 шт.; ноутбук – 2 шт.; принтеры – 3 шт.

10.3 Информационные и учебно-методические условия обеспечения образовательного процесса:

Кафедра обеспечена учебными, учебно-методическими, справочными печатными и электронными материалами для обеспечения образовательного процесса.

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

ФГБОУ ВО 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 ФГБОУ ВО 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.

Основное внимание в учебном процессе должно быть уделено практическим занятиям. Приоритетным следует считать анализ/обсуждение клинических ситуаций, современных методов, средств, форм и технологий в современной скорой медицинской помощи. Предпочтение следует отдавать активным методам обучения (разбор практических ситуаций, дискуссия, ролевые игры). В процессе обучения необходимо освещение специфических вопросов диагностики и лечения. Этические и психологические вопросы должны быть интегрированы во все разделы Программы. С целью проведения оценки знаний следует использовать различные методики, например, тестовые задания, содержащие вопросы с несколькими вариантами ответов, прямые вопросы и ситуационные задачи, а также опросники для оценки профессиональных навыков.

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;

практическое занятие на основе кейс-метода («метод кейсов», «кейс-стади») – обучение в контексте моделируемой ситуации, воспроизводящей реальные условия научной, производственной, общественной деятельности. Слушатели должны проанализировать ситуацию, разобраться в сути проблем, предложить возможные решения и выбрать лучшее из них. Кейсы базируются на реальном фактическом материале или же приближены к реальной ситуации.

3) Игровые технологии (организация

образовательного процесса, основанная на реконструкции моделей поведения в рамках предложенных сценарных условий):

деловая игра – моделирование различных ситуаций, связанных с выработкой и принятием совместных решений, обсуждением вопросов в режиме «мозгового штурма», реконструкцией функционального взаимодействия в коллективе и т.п.

4) Интерактивные технологии (организация

образовательного процесса, которая предполагает активное и нелинейное взаимодействие всех участников, достижение на этой основе личностно значимого для них образовательного результата):

лекция «обратной связи» – лекция-беседа, лекция-дискуссия;

семинар-дискуссия – коллективное обсуждение какого-либо спорного вопроса, проблемы, выявление мнений в группе.

5) 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;
- практические занятия с использованием электронного дистанционного обучения - размещение учебно-методического материала для проведения занятий в системе Moodle.

Лист изменений к дополнительной профессиональной программе.
 Дата _____

Программа	Вносимые изменения

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

Заведующий кафедрой _____ (_____)