

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: АЛЕКСЕЕВА НАТАЛЬЯ СЕРГЕЕВНА

Должность: и.о. директора

Дата подписания: 15.11.2020

Уникальный программный ключ:

12d3282ecc49ceab9f70869adccd18d8b3c1f7e1

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
**Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей**  
**филиал федерального государственного бюджетного образовательного**  
**учреждения дополнительного профессионального образования**  
**«Российская медицинская академия непрерывного профессионального**  
**образования»**

Кафедра хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии



**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА**  
**ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**  
**«Хирургия»**

Специальность: хирургия

(для специалистов с высшим медицинским образованием)

Срок обучения 144 академических часа

г. Новокузнецк, 2020 г.

## ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

№ п/п	Наименование документа
1.	Титульный лист
2.	Лист согласования программы
3.	Лист актуализации программы
4.	Состав рабочей группы
5.	Общие положения
6.	Цель программы
7.	Планируемые результаты обучения
8.	Учебный план
8.1.	Учебно-тематический план дистанционного обучения
9.	Календарный учебный график
10.	Рабочие программы учебных модулей
10.1.	Рабочая программа учебного модуля 1 «Неотложная хирургия органов брюшной полости»
10.2.	Рабочая программа учебного модуля 2 «Грыжи»
10.3.	Рабочая программа учебного модуля 3 «Плановая абдоминальная хирургия»
10.4	Рабочая программа учебного модуля 4 «Заболевания и повреждения сосудов»
10.5	Рабочая программа учебного модуля 5 «Хирургическая инфекция»
10.6	Рабочая программа учебного модуля 6 «Неотложная урология»
11.	Организационно-педагогические условия
11.1.	Реализация программы с применением дистанционных образовательных технологий
12.	Формы аттестации
13.	Оценочные материалы
14.	Иные компоненты программы
14.1.	Кадровое обеспечение образовательного процесса
14.2.	Критерии оценивания

**2. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ**

дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по теме «Хирургия»  
(срок обучения 144 академических часов)

**Согласовано:**

Заместитель директора по учебной работе

  
\_\_\_\_\_  
(подпись)


Кан С.Л.  
(ФИО)

Декан хирургического факультета

  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

Раткина Н.Н.  
(ФИО)

Заведующий кафедрой хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии

  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

Баранов А.И..



#### 4. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по теме «Хирургия»  
(срок обучения 144 академических часа)

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Баранов Андрей Игоревич	Д-р.м.н., профессор	заведующий кафедрой хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2.	Тараско Андрей Дмитриевич	Д-р.м.н., профессор	профессор кафедры хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
3.	Золоев Георгий Кимович	Д-р.м.н., профессор	профессор кафедры хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
4.	Алексеев Андрей Михайлович	К.м.н., доцент	доцент кафедры хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
5.	Валуйских Юрий Викторович	К.м.н.	доцент кафедры хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
6.	Снигирев Юрий Владимирович	К.м.н.	ассистент кафедры хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
7.	Лихачев Александр Геннадьевич	К.м.н.	ассистент кафедры хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
<i>по методическим вопросам</i>				
8.	Кан Сергей Людовикович	Д-р.м.н., доцент	Зам. директора НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ по учебной работе	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

## 5. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

### 5.1. Характеристика программы:

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по теме «**Хирургия**» (со сроком освоения 144 академических часов (далее – Программа) разработана в соответствии с требованиями:

- Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016 г.) («Собрание законодательства Российской Федерации», 28.11.2011г., №48, ст. 6724);

- Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об образовании в Российской Федерации»;

- Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 26.11.2018 №743н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-хирург» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11.12.2018, регистрационный №52964

- Приказ Министерства образования и науки РФ от 26 августа 2014 г. № 1110 “Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)”;

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 года №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23.10.2015, регистрационный № 39438);

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 922н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия";

- соответствующих профессиональных стандартов, стандартов и порядков оказания медицинской помощи и реализуется в системе непрерывного профессионального развития.

Программа предназначена для обучения специалистов с высшим образованием – специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия" и подготовкой в интернатуре/ординатуре по специальности "Хирургия".

### 5.2. Характеристика профессиональной деятельности выпускников:

- **область профессиональной деятельности**<sup>1</sup>включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в

<sup>1</sup>Приказ Министерства образования и науки РФ от 26 августа 2014 г. № 1110 “Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)”;

соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения;

- **основная цель вида профессиональной деятельности<sup>2</sup>**: профилактика, диагностика и лечение хирургических заболеваний и (или) состояний, медицинская реабилитация пациентов;

- **обобщенные трудовые функции**:

**А.** Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю "хирургия"

**В.** Оказание специализированной медицинской помощи по профилю «хирургия» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

- **трудовые функции**:

**А/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**А/02.8** Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности;

**В/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**В/02.8** Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности.

- **вид программы**: практикоориентированная.

### 5.3. Контингент обучающихся<sup>3</sup>:

- по основной специальности: хирургия;

### 5.4. Актуальность программы:

Актуальность дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по теме «Хирургия» (со сроком освоения 144 академических часов) обусловлена необходимостью систематического совершенствования теоретических знаний, умений и профессиональных практических навыков по применению инновационных технологий по диагностике и лечению хирургических заболеваний, обучение специалистов здравоохранения навыкам своевременного выявления, диагностики и оказания медицинской помощи пациентам, при лечении хирургических заболеваний на современном этапе.

**5.1. Объем программы:** 144 академических часа.

**5.2. Форма обучения, режим и продолжительность занятий**

Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная, с применением дистанционных образовательных технологий	6	6	144/4

<sup>2</sup>Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 26 ноября 2018 г. N 743н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-хирург" (с изменениями и дополнениями)

<sup>3</sup>Указывается специальность.

### 5.3. Структура Программы

- общие положения;
- цель;
- планируемые результаты освоения Программы;
- учебный план;
- календарный учебный график;
- рабочие программы учебных модулей (дисциплин);
- требования к итоговой аттестации обучающихся;
- организационно-педагогические условия реализации программы.

### 5.4. Документ, выдаваемый после успешного освоения программы

Лицам, успешно освоившим дополнительную профессиональную программу и прошедшим итоговую аттестацию, выдается удостоверение о повышении квалификации.

## 6. ЦЕЛЬ ПРОГРАММЫ

**Цель программы** совершенствование способности и готовности врача-хирурга применять инновационные технологии по диагностике и лечению хирургических заболеваний.

### 6.1. Задачи программы

#### Сформировать знания:

- Общие вопросы организации медицинской помощи населению с хирургическими заболеваниями;
- Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями;
- Этиология и патогенез хирургических болезней. Патофизиология хирургических болезней. Методы диагностики хирургических болезней. Клиническая картина, особенности течения и возможные осложнения у пациентов с хирургическими заболеваниями;
- Медицинские показания к использованию современных методов; лабораторной и инструментальной диагностики у пациентов с хирургическими заболеваниями;
- Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями.

#### Сформировать умения:

- пользоваться методами визуального осмотра и физикального обследования пациентов с хирургическими заболеваниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.



- обосновывать и планировать объем инструментального, лабораторного, обследования пациентов с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- интерпретировать и анализировать результаты осмотров, инструментального и лабораторного обследований пациентов с хирургическими заболеваниями;
- проводить дифференциальную диагностику заболеваний у пациентов с хирургическими заболеваниями, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ;
- определять функциональное состояние пораженных органов и систем клинически и с помощью дополнительных лабораторно-инструментальных методов исследования;
- обосновать наиболее целесообразную тактику лечения при хирургических заболеваниях;

#### Сформировать навыки:

- анализировать полученную информацию от пациента (родственников / законных представителей) при хирургических заболеваниях;
- проводить и интерпретировать результаты физикальных исследований с использованием современного диагностического оборудования при хирургических заболеваниях;
- выполнять диагностические манипуляции в соответствии с квалификационной характеристикой на современном диагностическом оборудовании при хирургических заболеваниях;
- выполнять лечебные манипуляции и стандартные хирургические операции в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями с учетом стандартов медицинской помощи;

#### Обеспечить приобретение опыта деятельности:

- осуществление профессиональной деятельности по диагностике, дифференциальной диагностике и лечению пациентов с хирургическими заболеваниями.
- определения у пациентов с хирургическими заболеваниями патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней;
- осуществления лечебной деятельности у пациентов с хирургическими заболеваниями в рамках профессиональных обязанностей хирурга;
- назначения лечения у пациентов с хирургическими заболеваниями, требующих оказания специализированной медицинской помощи по профилю «хирургия», контроль его эффективности и безопасности;

## **7. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ**

### **7.1 Компетенции, подлежащие совершенствованию в результате освоения программы**

*универсальные компетенции (далее – УК):*

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

*профессиональные компетенции (далее – ПК):*

*в диагностической деятельности:*

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);

в лечебной деятельности:

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

## Паспорт компетенций, обеспечивающих выполнение трудовых функций

Индекс компетенции	Знания, умения, навыки, опыт деятельности, составляющие компетенцию	Форма контроля
<i>Совершенствующиеся компетенции</i>		
<b>УК-1</b>	<u>Знания:</u> - базисные знания, способствующие абстрактному мышлению - базисные знания, способствующие синтезу информации - базисные знания, способствующие анализу закономерностей функционирования органов и систем	Т/К
	<u>Умения:</u> - выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных свойств; анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; выявлять основные закономерности изучаемых объектов с целью определения тактики ведения пациента	Т/К П/А
	<u>Навыки:</u> - сбора, обработки информации по профессиональным проблемам; - выбора методов и средств решения учебных и профессиональных задач	Т/К П/А
	<u>Опыт деятельности:</u> решение учебных и профессиональных задач	П/А
<b>ПК-5</b>	<u>Знания:</u> - порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи; - методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинских показаний к проведению исследований, правил интерпретации их результатов по выявлению и диагностике хирургических заболеваний.	Т/К
	<u>Умения:</u> - обосновать необходимость лабораторного обследования пациента; - обосновать необходимость и объем инструментального обследования пациента; - анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; - интерпретировать и анализировать полученные данные инструментального обследования пациента с хирургическими заболеваниями;	Т/К, П/А
	<u>Навыки:</u> - диагностики и лечения различных хирургических заболеваний: (инфицированные формы панкреонекроза,	П/А

	перфорация желудочно-кишечного тракта, различные травматическими повреждениями органов брюшной полости, распространенный перитонит различной этиологии)	
	<u>Опыт деятельности:</u> определять у пациентов с хирургическими заболеваниями патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;	П/А
<b>ПК-6</b>	<u>Знания:</u> - порядков оказания медицинской помощи больным с хирургическими заболеваниями; - этиологии, патогенеза и патоморфологии, клинической картины, дифференциальной диагностики, особенностей течения, осложнений и исходов при хирургических заболеваниях; - современных методов патогенетической и симптоматической терапии при хирургических заболеваниях; - показаний для перевода пациентов в ОРИТ; - основных принципов лечения инфицированных форм панкреонекроза, перфораций желудочно-кишечного тракта, различных травматических повреждений органов брюшной полости, распространенного перитонита различной этиологии.	Т/К
	<u>Умения:</u> - анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; - проводить дифференциальную диагностику хирургических заболеваний; - осуществлять патогенетическую и симптоматическую терапию пациентов с хирургическими заболеваниями; - определять тяжесть развившихся осложнений; <u>Умения:</u> - обосновать наиболее целесообразную тактику операции при данной хирургической патологии - участвовать в хирургических операциях в качестве оператора, первого и второго ассистента - разработать схему послеоперационного ведения больного и профилактики послеоперационных осложнений - оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий	Т/К, П/А
	<u>Навыки:</u> - лечения различных заболеваний: хирургических инфекций - асептики и антисептики в хирургии - обезболивания в хирургии - хирургическое лечение - интенсивной терапии и реанимации критических состояний - фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая применение антибиотиков,	П/А

	– лечения различных состояний: травматический шок, острая кровопотеря, острая сердечная и дыхательная недостаточность, острый токсикоз, включая синдром длительного сдавливания; - лечения различных хирургических заболеваний: инфицированные формы панкреонекроза, перфорация желудочно-кишечного тракта, различные травматические повреждения органов брюшной полости, распространенный перитонит различной этиологии	
	<u>Опыт деятельности</u> - вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи при хирургических заболеваниях.	П/А

## 8.УЧЕБНЫЙ ПЛАН

### дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по теме «Хирургия»

(общая трудоемкость освоения программы 144 академических часа)

**Цель программы** совершенствование способности и готовности врача-хирурга применять инновационные технологии по диагностике и лечению хирургических заболеваний.

#### Контингент обучающихся:

- по основной специальности: хирургия;

**Общая трудоемкость:** 144 академических часа.

**Форма обучения:** очная, с применением дистанционных образовательных технологий.

n/p	Название и темы рабочей программы	Трудо-сть (акад. час)	Формы обучения					Форм-ые компе-тенции	Форма контроля
			Л <sup>4</sup>	СЗ/ПЗ <sup>5</sup>	ОСК <sup>6</sup>	Стажиров <sup>7</sup>	ДО <sup>7</sup>		
<b>1</b>	<b>Рабочая программа учебного модуля 1 «Неотложная хирургия органов брюшной полости»</b>								
1.1	Клиническая анатомия брюшной стенки и брюшной полости. Хирургические доступы.	2	1	1	-	-	-	УК-1, ПК-5	Т/К <sup>8</sup>
1.2	Острый аппендицит	6	-	4	-	-	2	УК-1, ПК-5,6	Т/К
1.3	Прободная язва	6	-	4	-	-	2	УК-1, ПК-5,6	Т/К
1.4	Острый холецистит	6	-	4	-	-	2	УК-1, ПК-5,6	Т/К
1.5	Острый панкреатит	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-	Т/К

<sup>4</sup>Лекционные занятия

<sup>5</sup>Семинарские и практические занятия.

<sup>6</sup>Обучающий симуляционный курс.

<sup>7</sup>Дистанционное обучение.

<sup>8</sup>Текущий контроль.

								5,6	
1.6	Обтурационная кишечная непроходимость	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	Т/К
1.7	Необтурационная кишечная непроходимость	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	Т/К
1.8	Кровотечения желудочно-кишечного тракта	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	Т/К
1.9	Гастродуоденальные язвы	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	Т/К
1.10	Острый парапроктит. Геморроидальная болезнь.	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	Т/К
1.11	Опухоли толстой и прямой кишок	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	Т/К
1.12	Абдоминальная травма	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	Т/К
1.13	Клиническая анатомия грудной стенки и грудной полости. Хирургические доступы.	2	1	1	-	-	-	УК-1, ПК-5	
1.14	Травма грудной клетки, политравма	6	-	4	-	-	2	УК-1, ПК-5,6	Т/К
<b>Трудоемкость учебного модуля 1</b>		<b>76</b>	18	50	-	-	8	УК-1, ПК-5,6	<b>П/А</b>
<b>2</b>	<b>Рабочая программа учебного модуля 2 «Грыжи»</b>								
2.1	Паховые и бедренные грыжи	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	Т/К
2.2	Вентральные и послеоперационные грыжи	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	Т/К
<b>Трудоемкость учебного модуля 2</b>		<b>12</b>	4	8	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	<b>П/А</b>
<b>3</b>	<b>Рабочая программа учебного модуля 3 «Плановая абдоминальная хирургия»</b>								
3.1	Хирургия печени. Хронический холецистит.	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	Т/К
3.2	Хирургия поджелудочной железы	6	2	4	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	Т/К
<b>Трудоемкость учебного модуля 3</b>		<b>12</b>	4	8	-	-	-	УК-1, ПК-5,6	<b>П/А</b>
<b>4</b>	<b>Рабочая программа учебного модуля 4 «Заболевания и повреждения сосудов»</b>								
4.1	Заболевания и травмы артерий	6	6	-	-	-	-	УК-1, ПК-5	Т/К
4.2	Заболевания и травмы вен	6	6	-	-	-	-	УК-1, ПК-5	Т/К
<b>Трудоемкость учебного модуля 4</b>		<b>12</b>	12	-	-	-	-	УК-1, ПК-5	<b>П/А</b>
<b>5</b>	<b>Рабочая программа учебного модуля 5 «Хирургическая инфекция»</b>								
5.1	Клиническая анатомия верхней и нижней конечности. Хирургические доступы.	2	1	1	-	-	-	УК-1, ПК-5	Т/К
5.2	Хирургические инфекции кожи и мягких тканей.	6	-	4			2	УК-1, ПК-5,6	Т/К
5.3	Перитонит, абдоминальный сепсис	6	-	4			2	УК-1, ПК-5,6	Т/К
5.4	Хирургический сепсис	6	-	4			2	УК-1, ПК-5,6	Т/К
<b>Трудоемкость учебного модуля 5</b>		<b>20</b>	1	13			6	УК-1, ПК-5,6	<b>П/А</b>

<b>6 Рабочая программа учебного модуля 6 «Неотложная урология»</b>									
6.1	Острый пиелонефрит. Паранефрит.	1	1	-	-	-	-	УК-1, ПК-5	Т/К
6.2	Острый цистит. Острый простатит. Острый эпидидимит, орхит.	1	1	-	-	-	-	УК-1, ПК-5	Т/К
6.3	Камни почек и мочеточников. Окклюзия мочевых путей.	1	1	-	-	-	-	УК-1, ПК-5	Т/К
6.4	Повреждения почек и верхних мочевых путей.	1	1	-	-	-	-	УК-1, ПК-5	Т/К
6.5	Повреждение уретры, мочевого пузыря.	1	1	-	-	-	-	УК-1, ПК-5	Т/К
6.6	Повреждения полового члена, мошонки и ее органов.	1	1	-	-	-	-	УК-1, ПК-5	Т/К
<b>Трудоемкость учебного модуля 6</b>		<b>6</b>	<b>6</b>	-	-	-	-	УК-1, ПК-5	<b>П/А</b>
<b>ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ</b>		<b>6</b>	-	<b>6</b>	-	-	-	<b>УК-1, ПК-5,6</b>	<b>Э</b>
<b>Общая трудоемкость освоения программы</b>		<b>144</b>	<b>45</b>	<b>85</b>	-	-	<b>14</b>		

### 8.1. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации «Хирургия»

#### Задачи дистанционного обучения:

- Совершенствование знаний об этиологии, патогенезе, патофизиологии хирургических заболеваний, методах диагностики, клинической картине, особенностях течения и возможных осложнениях у пациентов с хирургическими заболеваниями;

**Трудоемкость обучения:** 144 академических часа.

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

**Форма обучения:** 130 академических часа очное обучение - с отрывом от работы и 14 академических часа очно - с использованием дистанционных технологий обучения.

№ п/п	Название и темы рабочей программы	Трудоемкость (акад. час.)	В том числе					Формируемые компетенции
			Очное с использованием ДОТ		Очное обучение			
			слайд-лекции	форма и вид контроля	лекции	практика	форма и вид контроля	
1.1	Клиническая анатомия брюшной стенки и брюшной полости. Хирургические доступы.	2	-	-	1	1	Т/К	УК-1, ПК-5
1.2	Острый аппендицит	6	2	Т/К	-	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
1.3	Прободная язва	6	2	Т/К	-	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
1.4	Острый холецистит	6	2	Т/К	-	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6

№ п/п	Название и темы рабочей программы	Трудоёмкость (акад. час.)	В том числе					Формируемые компетенции
			Очное с использованием ДОТ		Очное обучение			
			слайд-лекции	форма и вид контроля	лекции	практика	форма и вид контроля	
1.5	Острый панкреатит	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
1.6	Обтурационная кишечная непроходимость	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
1.7	Необтурационная кишечная непроходимость	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
1.8	Кровотечения желудочно-кишечного тракта	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
1.9	Гастродуоденальные язвы	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
1.10	Острый парапроктит. Геморроидальная болезнь.	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
1.11	Опухоли толстой и прямой кишок	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
1.12	Абдоминальная травма	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
1.13	Клиническая анатомия грудной стенки и грудной полости. Хирургические доступы.	2	-	-	1	1	Т/К	УК-1, ПК-5
1.14	Травма грудной клетки, политравма	6	2	Т/К	-	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
2.1	Паховые и бедренные грыжи	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
2.2	Вентральные и послеоперационные грыжи	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
3.1	Хирургия печени. Хронический холецистит.	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
3.2	Хирургия поджелудочной железы	6	-	-	2	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
4.1	Заболевания и травмы артерий	6	-	-	6	-	Т/К	УК-1, ПК-5
4.2	Заболевания и травмы вен	6	-	-	6	-	Т/К	УК-1, ПК-5
5.1	Клиническая анатомия верхней и нижней конечности. Хирургические доступы.	2	-	-	1	1	Т/К	УК-1, ПК-5
5.2	Хирургические инфекции кожи и мягких тканей.	6	2	Т/К	-	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
5.3	Перитонит, абдоминальный сепсис	6	2	Т/К	-	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
5.4	Хирургический сепсис	6	2	Т/К	-	4	Т/К	УК-1, ПК-5,6
6.1	Острый пиелонефрит.	1	-	-	1	-	Т/К	УК-1,

№ п/п	Название и темы рабочей программы	Трудоемкость (акад. час.)	В том числе					Формируемые компетенции
			Очное с использованием ДОТ		Очное обучение			
			слайд-лекции	форма и вид контроля	лекции	практика	форма и вид контроля	
	Паранефрит.							ПК-5
6.2	Острый цистит. Острый простатит. Острый эпидидимит, орхит.	1	-	-	1	-	Т/К	УК-1, ПК-5
6.3	Камни почек и мочеточников. Окклюзия мочевых путей.	1	-	-	1	-	Т/К	УК-1, ПК-5
6.4	Повреждения почек и верхних мочевых путей.	1	-	-	1	-	Т/К	УК-1, ПК-5
6.5	Повреждение уретры, мочевого пузыря.	1	-	-	1	-	Т/К	УК-1, ПК-5
6.6	Повреждения полового члена, мошонки и ее органов.	1	-	-	1	-	Т/К	УК-1, ПК-5
<b>Итоговая аттестация</b>		6	-	-	-	6	Э	<b>УК-1, ПК-5, ПК-6</b>
<b>Итого</b>		<b>144</b>	<b>14</b>	<b>-</b>	<b>45</b>	<b>85</b>		

## 9. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

дополнительной профессиональной образовательной программы  
повышения квалификации врачей по теме  
«Хирургия»

Сроки обучения: согласно Учебно-производственного плана

Название и темы рабочей программы	1 <sup>9</sup>	2	3	4
	неделя	неделя	неделя	неделя
	<i>Трудоемкость освоения (акад. час)</i>			
Неотложная хирургия органов брюшной полости	36	36	4	-
Грыжи	-	-	12	-
Плановая абдоминальная хирургия	-	-	12	-
Заболевания и повреждения сосудов	-	-	8	4
Хирургическая инфекция	-	-	-	20
Неотложная урология	-	-	-	6
Итоговая аттестация	-	-	-	6
<b>Общая трудоемкость программы</b>	144			

<sup>9</sup> Продолжительность учебной недели при реализации ДПП составляет 36 академических часов.



## 10. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ

### 10.1. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 1

#### «Неотложная хирургия органов брюшной полости»

**Трудоемкость освоения:** 76 академических часов.

**Трудовые функции:**

**А/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**В/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**А/02.8** Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности;

**В/02.8** Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности.

#### Содержание рабочей программы учебного модуля 1

#### «Неотложная хирургия органов брюшной полости»

Код	Название и темы рабочей программы
1.1	Клиническая анатомия брюшной стенки и брюшной полости. Хирургические доступы.
1.2	Острый аппендицит
1.3	Прободная язва
1.4	Острый холецистит
1.5	Острый панкреатит
1.6	Обтурационная кишечная непроходимость
1.7	Необтурационная кишечная непроходимость
1.8	Кровотечения желудочно-кишечного тракта
1.9	Гастродуоденальные язвы
1.10	Острый парапроктит. Геморроидальная болезнь.
1.11	Опухоли толстой и прямой кишок
1.12	Абдоминальная травма
1.13	Клиническая анатомия грудной стенки и грудной полости. Хирургические доступы.
1.14	Травма грудной клетки, политравма

**Учебно-методическое сопровождение реализации рабочей программы учебного модуля 1.**

**Тематика самостоятельной работы обучающихся:**

1. Основные принципы лечения острого аппендицита
2. Хирургические доступы при аппендэктомии.
3. Основные принципы лечения острого холецистита.

4. Хирургические доступы при остром холецистите.
5. Основные принципы лечения кишечной непроходимости.
6. Хирургические доступы при прободной язве
7. Основные принципы лечения гастродуоденальных кровотечений.
8. Основные принципы лечения абдоминальной травмы и политравмы.
9. Основные принципы лечения травмы грудной клетки.
10. Хирургические доступы при травме грудной клетки.

**Тематика интерактивных форм учебных занятий:**

№ п/п	Форма занятий	Тема занятий	Формируемые компетенции (индекс)
1.	Метод кейсов	Основные принципы предоперационной подготовки при остром холецистите	УК-1, ПК-5, 6
2.	Деловая игра	Способы хирургической тактики при отдельных формах кишечной непроходимости	УК-1, ПК-5, 6

**Контрольно-оценочные материалы к рабочей программе учебного модуля 1 «Неотложная хирургия органов брюшной полости»:**

**Перечень контрольных вопросов:**

1. Терминология и основные понятия абдоминальной травмы.
2. Показания для декомпрессии тонкой кишки.
3. Принципы хирургической тактики при кишечной непроходимости.
4. Интегральные шкалы для оценки тяжести течения перитонита.
5. Принципы дренирования брюшной полости при инфицированном панкреонекрозе.
6. Способы дренирования острого парапроктита.
7. Способы завершения первичной операции при опухолях толстой кишки.

**Перечень контрольных заданий:**

1. Составьте план предоперационной подготовки у больного с прободной язвой в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса.
2. Определите хирургическую тактику при гастродуоденальных кровотечениях.
3. Назовите варианты завершения первичной операции при абдоминальной травме.
4. Назовите признаки регресса панкреонекроза.
5. Составьте план послеоперационного лечения острого парапроктита.
6. Показания для экстракорпоральных методов детоксикации организма при сепсисе гнойном парапроктите.

7. Способы дренирования при остаточных гнойниках брюшной полости.
8. Инновационны технологии в лечении геморроидальной болезни.
9. Составьте план лечения распространенного перитонита при опухолях толстой кишки перитонита.

При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются

- а) сроком с момента прободения
- б) степенью воспалительных изменений брюшины
- в) величиной перфоративного отверстия
- г) локализацией перфоративного отверстия
- д) возрастом больного

Ответ: б.

При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме

- а) иссечения язвы
- б) ушивания язвы
- в) резекции желудка
- г) пилоропластики с ваготомией
- д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле

Ответ: д.

### **Литература к учебному модулю 1 «Неотложная хирургия органов брюшной полости»**

*Основная:*

1. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / А.В. Николаев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019.
2. Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.  
<http://kingmed.info/media/book/5/4438.pdf>
3. Острый перитонит. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2017. – 91 с. <https://nmo-roh.ru/>

*Дополнительная:*

1. Острый панкреатит. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2015. – 38 с. <https://nmo-roh.ru/>
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -  
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>

3. Острая не опухолевая кишечная непроходимость у взрослых. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2016. – 43 с. <https://nmo-roh.ru/>
4. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2014. – 27 с. <https://nmo-roh.ru/>
5. Острый аппендицит у взрослых. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2015. – 33 с. <https://nmo-roh.ru/>
6. Острый панкреатит. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2015. – 38 с. <https://nmo-roh.ru/>
7. Острый холецистит. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2015. – 20 с. <https://nmo-roh.ru/>
8. Прободная язва у взрослых. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2016. – 36 с. <https://nmo-roh.ru/>
9. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2014. – 9 с. <https://nmo-roh.ru/>
10. Лечение спонтанного пневмоторакса. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2014. – 22 с. <https://nmo-roh.ru/>

### *Электронные базы данных в Интернет:*

1. Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям <http://sia-r.ru>
2. Всемирное общество неотложной хирургии <http://www.wses.org.uk/>
3. Электронные книги по хирургическим болезням <http://meduniver.com/Medical/Book/46.html>
4. Электронная медицинская библиотека по абдоминальной хирургии <http://surgerycom.net/>
5. Энциклопедия по хирургии <http://www.ixv.ru/library/encyclopedia/>
6. Хирургия. Журналим. Н.И. Пирогова <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/>
7. Лекции; методические пособия; ситуационные задачи; тесты: <http://lech.mma.ru/faculties/lech/cath/facsurg2/ucheb/lecheb>
8. Университетская информационная система Россия URL: <http://www.cir.ru/index.jsp>
9. Поискový ресурс Медскейп: <http://www.medscape.com/>
10. Public Library of Science. Medicine: портал крупнейшего международного научного журнала открытого доступа: <http://www.plosmedicine.org/home.action>
11. Российская научная электронная библиотека: <http://elibrary.ru/defaultx.a>
12. [www.общество-хирургов.рф](http://www.общество-хирургов.рф)
13. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
14. [www.consilium-medicum.com](http://www.consilium-medicum.com)
15. [www.medscape.com](http://www.medscape.com)
16. [www.pubmed.org](http://www.pubmed.org)
17. [www.rmj.ru](http://www.rmj.ru)

## 10.2. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 2 «Грыжи»

**Трудоемкость освоения:** 12 академических часов.

**Трудовые функции:**

**A/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**B/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**A/02.8** Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности;

**B/02.8** Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности.

### Содержание рабочей программы учебного модуля 2 «Грыжи»

Код	Название и темы рабочей программы
2.1	Паховые и бедренные грыжи
2.2	Вентральные и послеоперационные грыжи

**Учебно-методическое сопровождение реализации рабочей программы учебного модуля 2.**

**Тематика самостоятельной работы обучающихся:**

1. Современная концепция патогенеза паховых и бедренных грыж.
2. Клиника и диагностика паховых и бедренных грыж.
3. Показания к операции при паховых и бедренных грыжах и оценка факторов риска послеоперационных осложнений.
4. Современная концепция патогенеза вентральных и послеоперационных грыж.
5. Клиника и диагностика вентральных и послеоперационных грыж.
6. Показания к операции при вентральных грыжах и послеоперационных грыж, оценка факторов риска послеоперационных осложнений.

**Тематика интерактивных форм учебных занятий:**

№ п/п	Форма занятий	Тема занятий	Формируемые компетенции (индекс)
1.	Метод кейсов	Подготовка к операции, обезболивание, послеоперационный период.	УК-1, ПК-5, 6
2.	Деловая игра	Применение инновационных технологий в лечении грыж.	УК-1, ПК-5, 6

## **Контрольно-оценочные материалы к рабочей программе учебного модуля 2 «Грыжи»:**

### **Перечень контрольных вопросов:**

1. Основные этапы грыжесечения и способы герниопластики паховых и бедренных грыж.
2. Особенности хирургического лечения ущемленных паховых и бедренных грыж.
3. Особенности лечения больных пожилого и старческого возраста с паховыми и бедренными грыжами.

### **Перечень контрольных заданий:**

1. Герниопластика ТЕРР.
2. Герниопластика ТАР.
3. Герниопластика ONSTEP.
4. Герниопластика Rivas.
5. Герниопластика по Лихтенштейну.
6. Послеоперационные грыжи – традиционный доступ (2 операции).
7. Послеоперационные грыжи – лапароскопический доступ (2 операции).
8. Современные тенденции в хирургии грыж.
9. Особенности операции ТАР.
10. Особенности операции Лихтенштейна.
11. Особенности операции ТЕРР.
12. Эндоскопические операции при вентральных грыжах.
13. Особенности операции ONSTEP.
14. Новые технологии в хирургии вентральных грыж.
15. Современные технологии в хирургии ущемленных вентральных грыж.
16. Современные технологии в хирургии ущемленных первичных паховых, бедренных и пупочных грыж.
17. Особенности операция RIVAS.

К Рихтеровскому ущемлению относится:

- а) Ущемление кишки в области дуоденоеюнального перехода;
- б) Ущемление перекрученной сигмовидной кишки;
- в) Ущемление желудка в диафрагмальной грыже;
- г) Пристеночное ущемление кишки;
- д) Ущемление Меккелева дивертикула.

Ответ: г

Больному с грыжей белой линии живота производят рентгеноскопию желудка или гастроскопию с целью:

- а) Определения характера органа в грыжевом мешке.

- б) Выявления размеров грыжевых ворот.
- в) Выявления предбрюшинной липомы.
- г) Выявления сопутствующей патологии желудка.

Ответ: г

## Литература к учебному модулю 2 «Грыжи»

### *Основная литература:*

1. Паховые грыжи. Российские клинические рекомендации Минздрава РФ. Издательство Российского Общества Хирургов, Москва, 2017 – 41 с.
2. Ущемлённая грыжа живота. Российские клинические рекомендации Минздрава РФ. Издательство Российского Общества Хирургов, Москва, 2017 – 54 с.
3. Послеоперационные вентральные грыжи. Российские клинические рекомендации Минздрава РФ. Издательство Российского Общества Хирургов, Москва, 2017 – 55 с.
4. Егиев В. Н., Воскресенский П.К. Грыжи – Издательство: «Медпрактика-М» – 2015. – 480 с.
- 5.

### *Дополнительная литература:*

1. Подолужный В.И., Краснов О.А., Котов М.С., Старчёнков С.Б. Паховая и бедренная грыжи. Монография. — Кемерово, 2015. – 148 с.
2. Основы герниологии - Никитин Н.А., Касаткин Е.Н., Коршунова Т.П. Кировская ГМА Росздрава, 2008 – 100 с.
3. Ненатяжные способы пластики грыж живота с использованием современных аллотрансплантатов - Габоян А.С., Климов А.Е. Учебное пособие. М.: РУДН, 2008. - 77 с.
4. Современные методы лечения брюшных грыж - Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. М.: Здоровье, 2001. — 280 с.
5. Атлас оперативной хирургии грыж - В.Н. Егиев, К.В. Лядов, П.К. Воскресенский - 2003 год - 228 с.

### *Электронные базы данных в Интернет:*

1. Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям <http://sia-r.ru>
2. Всемирное общество неотложной хирургии <http://www.wses.org.uk/>
3. Электронные книги по хирургическим болезням <http://meduniver.com/Medical/Book/46.html>
4. Электронная медицинская библиотека по абдоминальной хирургии <http://surgerycom.net/>
5. Энциклопедия по хирургии <http://www.ixv.ru/library/encyclopedia/>
6. Хирургия.Журналим.Н.И.Пирогова <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/>
7. Лекции; методические пособия; ситуационные задачи; тесты: <http://lech.mma.ru/faculties/lech/cath/facsurg2/ucheb/lecheb>
8. Университетская информационная система Россия URL: <http://www.cir.ru/index.jsp>
9. Поисковый ресурс Медскейп: <http://www.medscape.com/>
10. Public Library of Science. Medicine: портал крупнейшего международного научного журнала открытого доступа: <http://www.plosmedicine.org/home.action>
11. Российская научная электронная библиотека: <http://elibrary.ru/defaultx.a>
12. [www.общество-хирургов.рф](http://www.общество-хирургов.рф)

13. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
14. [www.consilium-medicum.com](http://www.consilium-medicum.com)
15. [www.medscape.com](http://www.medscape.com)
16. [www.pubmed.org](http://www.pubmed.org)
17. [www.rmj.ru](http://www.rmj.ru)

### **10.3. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 3 «Плановая абдоминальная хирургия»**

**Трудоемкость освоения:** 12 академических часов.

**Трудовые функции:**

**А/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**В/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**А/02.8** Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности;

**В/02.8** Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности.

### **Содержание рабочей программы учебного модуля 3 «Плановая абдоминальная хирургия»**

<b>Код</b>	<b>Название и темы рабочей программы</b>
3.1	Хирургия печени. Хронический холецистит.
3.2	Хирургия поджелудочной железы

**Учебно-методическое сопровождение реализации рабочей программы учебного модуля 3.**

***Тематика самостоятельной работы обучающихся:***

1. Критерии прекращения декомпрессии желудочно-кишечного тракта.
2. Основные принципы послеоперационного ведения больных с оперированных на поджелудочной железе.
3. Способы борьбы с синдромом интраабдоминальной гипертензией.
4. Виды экстракорпоральных методов детоксикации.



**Тематика интерактивных форм учебных занятий:**

№ п/п	Форма занятий	Тема занятий	Формируемые компетенции (индекс)
1.	Метод кейсов	Основные принципы послеоперационного лечения после операций на печени.	УК-1, ПК- 5,6
2.	Деловая игра	Применение инновационных технологий в лечении хронического холецистита.	УК-1, ПК- 5,6

**Контрольно-оценочные материалы к рабочей программе учебного модуля 3 «Плановая абдоминальная хирургия»:****Перечень контрольных вопросов:**

1. Способы дренирования кист печени.
2. Способы завершения первичной операции при опухолях печени.
3. Методика комплексного лечения опухолей печени
4. Комплексный подход в лечении желчнокаменной болезни.

**Перечень контрольных заданий:**

1. Составьте план послеоперационного лечения после резекции поджелудочной железы.
2. Показания для экстракорпоральных методов детоксикации организма при заболеваниях поджелудочной железы.
3. Способы дренирования кистозных образований поджелудочной железы.
4. Инновационные технологии в дренировании кист печени.

Рациональным лечением желчнокаменной болезни является

- а) диетическое
- б) медикаментозное
- в) хирургическое
- г) санаторно-курортное
- д) лечение минеральными водами

Ответ: в

Переменяющуюся желтуху можно объяснить

- а) камнем пузырного протока
- б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
- в) вклиненным камнем большого дуоденального соска
- г) вентильным камнем холедоха
- д) опухолью внепеченочных желчных протоков

Ответ: г

## Литература к учебному модулю 3 «Плановая абдоминальная хирургия»

### Основная:

1. Хронический панкреатит. Хирургическое лечение. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2016. – 33 с. <https://nmo-roh.ru/>
2. Хирургическое лечение осложнений хронического панкреатита. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2019. – 74 с. <https://nmo-roh.ru/>
3. Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с. <http://kingmed.info/media/book/5/4438.pdf>

### Дополнительная:

1. Предотвращение и лечение повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии: клинические рекомендации Европейской ассоциации эндоскопической хирургии (перевод к.м.н. Менделя Н.А.) Российское общество хирургов. М.: 2013. – 7 с. <https://nmo-roh.ru/>
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
3. Синдром интраабдоминальной гипертензии: Методические рекомендации / Б. Р. Гельфанд, Д. Н. Проценко, П. В. Подачин и др. [под ред. В. С. Савельева] – Новосибирск: Сибирский успех, 2008; Партнеры Сибири, 2008. – 32 с. с ил.
4. Сепсис: этиология, иммунопатогенез, концепция современной иммунотерапии / Козлов В.К. – К.: «АННА-Т», 2007. – 296 с.
5. Абдоминальная хирургическая инфекция. Российские национальные рекомендации. М.: 2011. – 99 с. <http://nasci.ru>
6. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение [Электронный ресурс] / Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 448 с. [http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Gnoinaa\\_hiryrgia/book\\_4217/Klinicheskaya\\_operativnaya\\_gnoynaya\\_hirurgiya-Gostishchev\\_VK-2016-pdf](http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Gnoinaa_hiryrgia/book_4217/Klinicheskaya_operativnaya_gnoynaya_hirurgiya-Gostishchev_VK-2016-pdf)

### Электронные базы данных в Интернет:

18. Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям <http://sia-r.ru>
19. Всемирное общество неотложной хирургии <http://www.wses.org.uk/>
20. Электронные книги по хирургическим болезням <http://meduniver.com/Medical/Book/46.html>
21. Электронная медицинская библиотека по абдоминальной хирургии <http://surgerycom.net/>
22. Энциклопедия по хирургии <http://www.ixv.ru/library/encyclopedia/>
23. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/>
24. Лекции; методические пособия; ситуационные задачи; тесты: <http://lech.mma.ru/faculties/lech/cath/facsurg2/ucheb/lecheb>
25. Университетская информационная система Россия URL: <http://www.cir.ru/index.jsp>
26. Поисковый ресурс Медскейп: <http://www.medscape.com/>

27. Public Library of Science. Medicine: портал крупнейшего международного научного журнала открытого доступа: <http://www.plosmedicine.org/home.action>
28. Российская научная электронная библиотека: <http://elibrary.ru/defaultx.a>
29. [www.общество-хирургов.рф](http://www.общество-хирургов.рф)
30. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
31. [www.consilium-medicum.com](http://www.consilium-medicum.com)
32. [www.medscape.com](http://www.medscape.com)
33. [www.pubmed.org](http://www.pubmed.org)
34. [www.rmj.ru](http://www.rmj.ru)

#### **10.4. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 4 «Заболевания и повреждения сосудов»**

**Трудоемкость освоения:** 12 академических часов.

**Трудовые функции:**

**A/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**B/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза

#### **Содержание рабочей программы учебного модуля 4 «Заболевания и повреждения сосудов»**

<b>Код</b>	<b>Название и темы рабочей программы</b>
4.1	Заболевания и травмы артерий
4.2	Заболевания и травмы вен

**Учебно-методическое сопровождение реализации рабочей программы учебного модуля 4.**

***Тематика самостоятельной работы обучающихся:***

1. Общие принципы диагностики и лечения облитерирующих заболеваний артерий.
2. Методы диагностики облитерирующих заболеваний артерий конечностей.
3. Ишемия и циркуляторная гипоксия как основа патогенеза и клинических проявлений облитерирующих заболеваний артерий.
4. Классификация заболеваний аорты и артерий. Классификация хронической ишемии конечностей. Основные понятия и термины.
5. Клиника и диагностика заболеваний вен.
6. Острый венозный тромбоз. Тромбоэмболия легочной артерии

**Тематика интерактивных форм учебных занятий:**

№ п/п	Форма занятий	Тема занятий	Формируемые компетенции (индекс)
1.	Метод кейсов	Клиническая оценка нарушений кровообращения. Анализ ангиограмм, данных дуплексного сканирования артерий, показателей УЗДМ	УК-1, ПК- 5
2.	Деловая игра	Освоение методики определения пульса на артериях конечностей, методов ультразвуковой доплерографии. Знакомство с методами лазерной доплеровской флоуметрии и регистрации транскутанного напряжения кислорода	УК-1, ПК- 5

**Контрольно-оценочные материалы к рабочей программе учебного модуля 4 «Заболевания и повреждения сосудов»:****Перечень контрольных вопросов:**

1. Классификация тяжести хронической ишемии конечности по Фонтейну, по А.В. Покровскому, по Резерфорду.
2. Дифференциальная диагностика хронической ишемии конечности от других состояний, которые вызывают боль в ноге.
3. Методы диагностики критической ишемии нижней конечности.
4. Дифференциальный диагноз трофических язв

**Перечень контрольных заданий:**

1. Составьте план обследования больного с хронической ишемией нижних конечностей.
2. Составьте план обследования больного с трофической язвой, для выявления этиологии ее возникновения.
3. Клиника и диагностика посттромбофлебитического синдрома.
4. Диагностика повреждений кровеносных сосудов. Общие принципы лечения повреждений кровеносных сосудов.

Наиболее редким осложнением при первичном варикозе вен является

- а) экзематозный дерматит
- б) глубокий тромбоз малоберцовой вены
- в) безболезненный разрыв расширенной вены
- г) изъязвление нижней трети конечности
- д) гипертрофированные ногти и атрофичная кожа

Ответ: б

По локализации аневризмы грудной аорты подразделяются

- а) на аневризмы восходящей аорты
- б) на аневризмы дуги аорты
- в) на аневризмы дуги аорты и нисходящей аорты
- г) на торакоабдоминальные аневризмы
- д) на все перечисленные варианты

Ответ: д

## Литература к учебному модулю 4 «Заболевания и повреждения сосудов»

### Основная:

1. Клиническая флебология / Под редакцией Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко — М.: ДПК Пресс, 2016. — 256 с., ил.
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>

### Дополнительная:

1. Болезни сердца и сосудов: руководство Европейского общества кардиологов / ред.: А.Д. Кэмм, Т.Ф. Люшер, П.В. Серруис; ред., пер. Е.В. Шляхто; конс. Ш. Ахенбах; Всерос. науч. о-во кардиологов. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2011. - 1437 с.
2. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. Флебология, научно-практический рецензируемый журнал, том 7, выпуск 2.: 2013. – 48 с.
3. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей. Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов. Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России. Российское научное общество рентгенэндоваскулярных хирургов и интервенционных радиологов. Всероссийское научное общество кардиологов. Ассоциация флебологов России. М.: 2013. – 99 с.
4. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: ДеНово. 2000; 448.
5. Золоев, Г.К. Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности. М.: Медицина. 2004; 432.
6. Клиническая ангиология: Руководство для врачей в двух томах. А.В. Покровский и др. М.: Медицина. 2004; 1: 808.

### Электронные базы данных в Интернет:

35. Всемирное общество неотложной хирургии <http://www.wses.org.uk/>
36. Электронные книги по хирургическим болезням <http://meduniver.com/Medical/Book/46.html>
37. Электронная медицинская библиотека по абдоминальной хирургии <http://surgerycom.net/>
38. Энциклопедия по хирургии <http://www.ixv.ru/library/encyclopedia/>
39. Хирургия. Журналы им. Н.И. Пирогова <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/>
40. Лекции; методические пособия; ситуационные задачи; тесты: <http://lech.mma.ru/faculties/lech/cath/facsurg2/ucheb/lecheb>
41. Университетская информационная система Россия URL: <http://www.cir.ru/index.jsp>
42. Поискový ресурс Медскейп: <http://www.medscape.com/>

43. Public Library of Science. Medicine: портал крупнейшего международного научного журнала открытого доступа: <http://www.plosmedicine.org/home.action>
44. Российская научная электронная библиотека: <http://elibrary.ru/defaultx.a>
45. [www.общество-хирургов.рф](http://www.общество-хирургов.рф)
46. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
47. [www.consilium-medicum.com](http://www.consilium-medicum.com)
48. [www.medscape.com](http://www.medscape.com)
49. [www.pubmed.org](http://www.pubmed.org)
50. [www.rmj.ru](http://www.rmj.ru)

## **10.5. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 6 «Хирургические инфекции»**

**Трудоемкость освоения:** 20 академических часов.

**Трудовые функции:**

**А/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**В/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**А/02.8** Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности;

**В/02.8** Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности.

### **Содержание рабочей программы учебного модуля 5 «Хирургические инфекции»**

<b>Код</b>	<b>Название и темы рабочей программы</b>
5.1	Клиническая анатомия верхней и нижней конечности. Хирургические доступы.
5.2	Хирургические инфекции кожи и мягких тканей.
5.3	Перитонит, абдоминальный сепсис
5.4	Хирургический сепсис

**Учебно-методическое сопровождение реализации рабочей программы учебного модуля 5.**

***Тематика самостоятельной работы обучающихся:***

1. Клиническая и микробиологическая диагностика раневой инфекции
2. Общие принципы применения антибиотиков
3. Принципы активной хирургической тактики.
4. Фазы течения раневого процесса. Какие задачи необходимо решать в разные фазы течения раневого процесса.

5. Классификация перитонита. Объективная оценка тяжести состояния больных и прогноз при абдоминальном сепсисе
6. Современные биохимические маркеры системной воспалительной реакции при абдоминальном сепсисе.
7. Критерии прекращения декомпрессии желудочно-кишечного тракта.
8. Основные принципы послеоперационного ведения больных с абдоминальным сепсисом.
9. Способы борьбы с синдромом интраабдоминальной гипертензией.
10. Виды экстракорпоральных методов детоксикации.

**Тематика интерактивных форм учебных занятий:**

№ п/п	Форма занятий	Тема занятий	Формируемые компетенции (индекс)
1.	Метод кейсов	Основные принципы активной хирургической тактики	УК-1, ПК- 5,6
2.	Деловая игра	Применение инновационных технологий лечения ран в зависимости от фазы раневого процесса.	УК-1, ПК- 5,6
3.	Деловая игра	Клинические особенности течения абдоминальной инфекции, в зависимости от микрофлоры	УК-1, ПК- 5,6
4.	Метод кейсов	Основные принципы послеоперационного лечения остаточных гнойников в брюшной полости	УК-1, ПК- 5,6

**Контрольно-оценочные материалы к рабочей программе учебного модуля 5 «Хирургические инфекции»:**

**Перечень контрольных вопросов:**

1. Патогенез раневого процесса.
2. Характеристика основных видов раневой инфекции.
3. Иммунология раневого процесса.
4. Клиническая классификация раневой инфекции.
5. Особенности клинической картины течения раневой инфекции в зависимости от микробиологии ран.
6. Виды заживления ран.
7. Терминология и основные понятия хирургической обработки ран.
8. Первичная хирургическая обработка.
9. Вторичная хирургическая обработка.
10. Современные способы хирургической обработки гнойного очага.
11. Инновационных технологий в лечении ран в зависимости от фазы раневого процесса.
12. Патогенез абдоминального сепсиса.
13. Определение прогноза течения абдоминального сепсиса по клинико-лабораторным данным.

14. Особенности клинической картины течения абдоминального сепсиса, в зависимости от источника перитонита.
15. Критерии оценки тяжести течения перитонита.
16. Способы дренирования остаточных гнойников в брюшной полости.
17. Способы завершения первичной операции при перитоните.
18. Методика комплексного лечения третичных перитонитов
19. Комплексный подход в лечении интраабдоминальной гипертензии.

### **Перечень контрольных заданий:**

1. Составьте план лечения ран при I фазе раневого процесса.
2. Составьте план лечения ран при II фазе раневого процесса.
3. Составьте план местной терапии гнойно-некротических ран, вызванных анаэробной клостридиальной и неклостридиальной инфекцией.
4. Составьте план местной терапии длительно не заживающих ран (трофических язв, пролежней)
5. Составьте план местной терапии раневых и язвенных дефектов при синдроме диабетической стопы.
6. Составьте план общего и специального лабораторного и инструментального обследования пациента с абдоминальным сепсисом.
7. Составьте план предоперационной подготовки у больного с распространенным перитонитом в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса.
8. Определите хирургическую тактику в зависимости от источника перитонита.
9. Назовите варианты завершения первичной операции при распространенном перитоните.
10. Назовите признаки регресса перитонита.
11. Составьте план послеоперационного лечения перитонита, в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса.
12. Показания для экстракорпоральных методов детоксикации организма при абдоминальном сепсисе.
13. Способы дренирования при остаточных гнойниках брюшной полости.
14. Инновационные технологии в дренировании брюшной полости при перитоните.
15. Составьте план лечения третичного перитонита.
16. Составьте план общего и специального лабораторного и инструментального обследования пациента с раневой инфекцией.
17. Особенности инфекционного процесса у больных с синдромом диабетической стопы.
18. Показания для экстракорпоральных методов детоксикации организма при абдоминальном сепсисе.



19. Способы дренирования при остаточных гнойниках брюшной полости.
20. Инновационные технологии в дренировании брюшной полости при перитоните.
21. Составьте план лечения третичного перитонита.

К условиям, благоприятствующим развитию гнойной микрофлоры при проникновении ее в организм, относятся все перечисленные, кроме

- а) наличия целостности эпидермиса кожи или эпителия слизистых
- б) проникновения нескольких видов микробов-синергистов
- в) дефектов кожи или слизистых
- г) наличия в зоне травмы разможженных тканей
- д) проникновения микробов повышенной вирулентности

Ответ: а.

У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается

- а) эвентрация
- б) образование кишечных свищей
- в) тромбоэмболия легочной артерии
- г) формирование гнойников брюшной полости
- д) пневмония

Ответ: г

## **Литература к учебному модулю 5 «Хирургические инфекции»**

### *Основная:*

1. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / А.В. Николаев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019
2. Острый перитонит. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. М.: 2017. – 91 с. <https://nmo-roh.ru/>
3. Клиническая оперативная гнойная хирургия: руководство для врачей [Электронный ресурс] / В. К. Гостищев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. [http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Gnoinaa\\_hiryrgia/book\\_4217/Klinicheskaya\\_operativnaya\\_gnoynaya\\_hirurgiya-Gostishchev\\_VK-2016-pdf](http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Gnoinaa_hiryrgia/book_4217/Klinicheskaya_operativnaya_gnoynaya_hirurgiya-Gostishchev_VK-2016-pdf)
4. Раны в амбулаторной практике хирурга: Руководство для врачей / А.Д. Тараско, Н.В. Мальцева, О.Н. Воробьева. – Кемерово: АИ»Кузбассвузиздат», 2016. – 305 с.

### *Дополнительная:*

1. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации. 2-е переработанное и дополненное издание. М.: 2015. – 109 с. <http://nasci.ru>
2. Бенсман, В.М. Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы.: Руководство для врачей. 2-е перераб. Доп / В.М. Бенсман. - М.: Медпрактика, 2015. - 496 с.

3. Хирургические болезни. В 2-х т. Том 1 [Электронный ресурс]: учебник / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html>
4. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
5. Синдром интраабдоминальной гипертензии: Методические рекомендации / Б. Р. Гельфанд, Д. Н. Проценко, П. В. Подачин и др. [под ред. В. С. Савельева] – Новосибирск: Сибирский успех, 2008; Партнеры Сибири, 2008. – 32 с. с ил.
6. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клиничко\_диагностическая концепция и лечение. Патологоанатомическая диагностика: Практическое руководство / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. — М.: Литтерра, 2006. — 176 с
7. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: Практическое руководство / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. — М.: Литтерра, 2006. — 168 с.
8. Перитонит: Практическое руководство / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова — М.: Литтерра, 2006. — 208 с. — (Серия «Инфекции»).
9. Сепсис: этиология, иммунопатогенез, концепция современной иммунотерапии / Козлов В.К. – К.: «АННА-Т», 2007. – 296 с.
10. Абдоминальная хирургическая инфекция. Российские национальные рекомендации. М.: 2011. – 99 с. <http://nasci.ru>
11. Сепсис: классификация, клиничко-диагностическая концепция и лечение [Электронный ресурс] / Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 448 с. [http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Gnoinaa\\_hiryrgia/book\\_4217/Klinicheskaya\\_operativnaya\\_gnoynaya\\_hirurgiya-Gostishchev\\_VK-2016-pdf](http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Gnoinaa_hiryrgia/book_4217/Klinicheskaya_operativnaya_gnoynaya_hirurgiya-Gostishchev_VK-2016-pdf)
12. Гнойная хирургия: Атлас [Электронный ресурс] / С. В. Горюнов, Д. В. Ромашов, И. А. Бутивщенко; Под ред. к. м. н. И.С. Абрамова. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. — 558 с. [http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Gnoinaa\\_hiryrgia/book\\_260/Gnoynaya\\_hirurgiya\\_Atlas-Goryunov\\_SV-2004-pdf](http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Gnoinaa_hiryrgia/book_260/Gnoynaya_hirurgiya_Atlas-Goryunov_SV-2004-pdf)
13. Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. - ISBN 978-5-9704-3371-3 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
14. Галимзянов Ф.В. Местное лечение и рациональная антибактериальная терапия инфицированных ран. Учебное пособие. Екатеринбург: УГМУ, 2013. – 76 с.
15. Местное лечение ран: Учебное пособие для врачей и медицинских сестер / Под ред. Храмилина В.Н. – М.: «Издательство «Проспект», 2012. – 64 с. <http://medholdingch.ru/images/metod.pdf>
16. Справочник хирурга. Раны и раневая инфекция / Ю.К. Абаев. — Ростов н/Д: Феникс, 2006. — 427 с.
17. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей / под ред. М. И. Кузина, Б.М. Костюченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 1990. - 592 с. - Режим доступа: [http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Gnoinaa\\_hiryrgia/book\\_933/Rany\\_i\\_ranevaya\\_infektsiya-Kuzin\\_MI\\_-1990-pdf](http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Gnoinaa_hiryrgia/book_933/Rany_i_ranevaya_infektsiya-Kuzin_MI_-1990-pdf)

*Электронные базы данных в Интернет:*

5. Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям <http://sia-r.ru>
6. Всемирное общество неотложной хирургии <http://www.wses.org.uk/>

7. Электронные книги по хирургическим болезням  
<http://meduniver.com/Medical/Book/46.html>
8. Электронная медицинская библиотека по абдоминальной хирургии  
<http://surgerycom.net/>
9. Энциклопедия по хирургии <http://www.ixv.ru/library/encyclopedia/>
10. Хирургия. Журналим. Н.И. Пирогова <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/>
11. Лекции; методические пособия; ситуационные задачи; тесты:  
<http://lech.mma.ru/faculties/lech/cath/facsurg2/ucheb/lecheb>
12. Университетская информационная система Россия URL: <http://www.cir.ru/index.jsp>
13. Поисковый ресурс Медскейп: <http://www.medscape.com/>
14. Public Library of Science. Medicine: портал крупнейшего международного научного журнала открытого доступа: <http://www.plosmedicine.org/home.action>
15. Российская научная электронная библиотека: <http://elibrary.ru/defaultx.a>
16. [www.общество-хирургов.рф](http://www.общество-хирургов.рф)
17. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
18. [www.consilium-medicum.com](http://www.consilium-medicum.com)
19. [www.medscape.com](http://www.medscape.com)
20. [www.pubmed.org](http://www.pubmed.org)
21. [www.rmj.ru](http://www.rmj.ru)

## 10.6. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 6 «Неотложная урология»

**Трудоемкость освоения:** 6 академических часов.

**Трудовые функции:**

**А/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

**В/01.8** Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза

### Содержание рабочей программы учебного модуля 6 «Неотложная урология»

Код	Название и темы рабочей программы
6.1	Острый пиелонефрит. Паранефрит.
6.2	Острый цистит. Острый простатит. Острый эпидидимит, орхит.
6.3	Камни почек и мочеточников. Окклюзия мочевых путей.
6.4	Повреждения почек и верхних мочевых путей.
6.5	Повреждение уретры, мочевого пузыря.
6.6	Повреждения полового члена, мошонки и ее органов.

**Учебно-методическое сопровождение реализации рабочей программы учебного модуля 6.**

**Тематика самостоятельной работы обучающихся:**

1. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний; острый пиелонефрит, паранефрит.

2. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний; острый баланопостит, орхоэпидидимит, уретрит, цистит, простатит.
3. Этиология, эпидемиологии МКБ. Данные лабораторных и специальных методов обследования. Диагностика и клинические проявления МКБ.
4. Повреждений органов мочеполовой системы, механизмы травм. Клинические проявления. Методы обследования.

**Тематика интерактивных форм учебных занятий:**

№ п/п	Форма занятий	Тема занятий	Формируемые компетенции (индекс)
1.	Метод кейсов	Основные принципы диагностики и клинических проявлений повреждений органов мочеполовой системы	УК-1, ПК-5
2.	Деловая игра	Определение тактики ведения пациентов с камнями почек и мочеточников, а так же мочевого пузыря.	УК-1, ПК-5

**Контрольно-оценочные материалы к рабочей программе учебного модуля 6 «Неотложная урология»:**

**Перечень контрольных вопросов:**

1. Определение анурий. Виды анурий.
2. Формы острого гнойного пиелонефрита.
3. Обзорная урография, показания, техника выполнения, внутривенная урография. инфузионная урография. Отсроченная урография.
4. Комплексный подход в диагностике мочекаменной болезни.

**Перечень контрольных заданий:**

1. Разбор тактики ведения пациентов с анурией и острой задержкой мочеиспускания, определение показаний к консервативному и оперативному лечению.
2. Тактики ведения пациентов с МКБ: оценка клинических данных, данных обследования, определение показаний к консервативному и оперативному лечению.
3. Разбор тактики ведения пациентов с различными травмами органов мошонки, полового члена, мочевого пузыря, уретры, почек, определение показаний к консервативному и оперативному лечению.
4. Инновационные технологии в лечении МКБ.

Признаком почечной колики при ультразвуковом исследовании является

- а) округлое эконегативное образование в почке с тонкими стенками
- б) гипэхогенное образование в собирательной системе почки

- в) дилатация чашечно-лоханочной системы и верхней трети мочеточника
- г) солидное образование в почке
- д) неоднородность паренхимы почки

Ответ: в

Острый серозный пиелонефрит без нарушения пассажа мочи необходимо дифференцировать со следующими острыми заболеваниями органов брюшной полости

- а) прободной язвой желудка
- б) острым аппендицитом (ретроцекальным)
- в) острым холециститом
- г) тромбозом мезентериальных сосудов
- д) правильно б) и в)

Ответ: д

## Литература к учебному модулю 6 «Неотложная урология»

### *Основная:*

1. Амбулаторная урология / П.В. Глыбочко [и др.]. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2019. – 336с.
2. Ошибки и осложнения в урогинекологии / Д.Ю. Пушкарь [и др.]. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 384 с.

### *Дополнительная:*

1. Лопаткин Н.А. Рациональная фармакотерапия в урологии :Compendium :национальное руководство / Н.А. Лопаткин, Т.С. Перепанова. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 448 с.
2. Схемы лечения. Урология: учебно – методический комплекс / ред. : Н.А. Лопаткин, Т.С. Перепанова. – М.:Леттерра, 2014. – 144 с.
3. Урология: учебник / ред. : П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева. – Ростов н/Д.:Феникс, 2014. – 528 с.
4. Урология. Российские клинические рекомендации: учебник / ред. : Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкарь, - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 480 с.

### *Электронные базы данных в Интернет:*

1. Энциклопедия по хирургии <http://www.ixv.ru/library/encyclopedia/>
2. Хирургия.Журналим.Н.И.Пирогова <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/>
3. [Лекции; методические пособия; ситуационные задачи; тесты:](http://lech.mma.ru/faculties/lech/cath/facsurg2/ucheb/lecheb) <http://lech.mma.ru/faculties/lech/cath/facsurg2/ucheb/lecheb>
4. Университетская информационная система Россия URL: <http://www.cir.ru/index.jsp>
5. Поисковый ресурс Медскейп: <http://www.medscape.com/>
6. Public Library of Science. Medicine: портал крупнейшего международного научного журнала открытого доступа: <http://www.plosmedicine.org/home.action>
7. Российская научная электронная библиотека: <http://elibrary.ru/defaultx.a>
8. [www.общество-хирургов.рф](http://www.общество-хирургов.рф)
9. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
10. [www.consilium-medicum.com](http://www.consilium-medicum.com)
11. [www.medscape.com](http://www.medscape.com)
12. [www.pubmed.org](http://www.pubmed.org)
13. [www.rmj.ru](http://www.rmj.ru)

## **11. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ**

### **11.1. Реализация программы с применением дистанционных образовательных технологий**

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации реализуется с применением дистанционных образовательных технологий (далее – ДОТ).

Содержание ДОТ определяется организацией, с учетом предложений организаций, содержания дополнительных профессиональных программ.

Сроки и материалы ДОТ определяются организацией самостоятельно, исходя из целей обучения. Продолжительность согласовывается с руководителем организации, где она проводится.

Проведение дистанционного обучения по программе повышения квалификации реализуется с помощью вебинарных платформ. Очное обучение с применением ДОТ предусматривает 14 академических часа лекций в онлайн-режиме по различным разделам программы.

Для организации процесса обучения на кафедре созданы условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды.

Материально-техническое оснащение учебного процесса с использованием ДОТ обеспечивается необходимыми средствами:

- учебными аудиториями, оснащенными проекционной техникой, современными персональными компьютерами, имеющими выход в Интернет, доступ к принтерам и ксероксам;
- программным обеспечением для реализации учебного процесса с использованием дистанционных образовательных технологий;
- телекоммуникационным каналом с пропускной способностью, достаточной для организации учебного процесса и обеспечения оперативного доступа к учебно-методическим ресурсам.

### **11.2. Реализация программы в форме стажировки**

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации может реализовываться частично (или полностью) в форме стажировки.

Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта, в том числе зарубежного, а также закрепления теоретических знаний, полученных при освоении программ профессиональной переподготовки или повышения квалификации, и приобретение практических навыков и умений для их эффективного использования при исполнении своих должностных обязанностей.

Содержание стажировки определяется организацией с учетом предложений организаций, направляющих специалистов на стажировку, содержание дополнительных профессиональных программ.

Сроки стажировки определяются организацией самостоятельно исходя из целей обучения. Продолжительность стажировки согласовывается с руководителем организации, где она проводится.

Стажировка носит индивидуальный или групповой характер и может предусматривать такие виды деятельности, как:

- самостоятельную работу с учебными изданиями;
- приобретение профессиональных и организаторских навыков;
- изучение организации и технологии производства, работ;
- непосредственное участие в планировании работы организации;
- работу с технической, нормативной и другой документацией;
- выполнение функциональных обязанностей должностных лиц (в качестве временно исполняющего обязанности или дублера);
- участие в совещаниях, деловых встречах.

## **12. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ**

### **12.1. Промежуточная аттестация обучающихся**

**Аттестация промежуточная** – установление соответствия усвоенного содержания образования планируемым результатам модуля, раздела и др.

### **12.2. Итоговая аттестация обучающихся**

**Аттестация итоговая** – установление соответствия усвоенного содержания образования планируемым результатам обучения по ДПП и представляет собой форму оценки степени и уровня освоения программы, является обязательной и проводится в порядке и в форме, которые установлены образовательной организацией.

Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по теме «Хирургия» проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врачей в соответствии с квалификационными требованиями, профессиональными стандартами, утвержденными Порядками оказания медицинской помощи.

Обучающиеся допускаются к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по теме «Хирургия».

Обучающиеся, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают удостоверение о повышении квалификации.

## **13. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

### **13.1. Оценочные материалы промежуточной аттестации**

**Форма промежуточной аттестации:**

1. Тестовый контроль.
2. Собеседование

**Примерная тематика контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку обучающегося:**

1. Терминология и основные понятия абдоминальной травмы.
2. Принципы хирургической тактики при кишечной непроходимости.
3. Способы дренирования острого парапроктита.
4. Способы завершения первичной операции при опухолях толстой кишки.
5. Современная концепция патогенеза паховых и бедренных грыж.
6. Клиника и диагностика паховых и бедренных грыж.
7. Современная концепция патогенеза вентральных и послеоперационных грыж.
8. Клиника и диагностика вентральных и послеоперационных грыж.
9. Показания к операции при вентральных грыжах и послеоперационных грыж, оценка факторов риска послеоперационных осложнений.
10. Способы завершения первичной операции при опухолях печени.
11. Комплексный подход в лечении интраабдоминальной гипертензии.
12. Дифференциальная диагностика хронической ишемии конечности от других состояний, которые вызывают боль в ноге.
13. Методы диагностики критической ишемии нижней конечности.
14. Патогенез раневого процесса.
15. Иммунология раневого процесса.
16. Клиническая классификация раневой инфекции.
17. Терминология и основные понятия хирургической обработки ран.
18. Первичная хирургическая обработка.
19. Вторичная хирургическая обработка.
20. Инновационных технологий в лечении ран в зависимости от фазы раневого процесса.
21. Критерии оценки тяжести течения перитонита.
22. Способы дренирования остаточных гнойников в брюшной полости.
23. Методика комплексного лечения третичных перитонитов
24. Комплексный подход в лечении интраабдоминальной гипертензии.
25. Формы острого гнойного пиелонефрита.
26. Обзорная урография, показания, техника выполнения, внутривенная урография. Инфузионная урография. Отсроченная урография.
27. Комплексный подход в диагностике МКБ.
28. Клиническая классификация перитонита.
29. Общие принципы применения антибиотиков.
30. Какие задачи необходимо решать при первичной операции по поводу распространенного перитонита, в зависимости от тяжести течения абдоминального сепсиса.

**Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку обучающегося**

1. Составьте план предоперационной подготовки у больного с прободной язвой в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса.



2. Определите хирургическую тактику при гастродуоденальных кровотечениях.
3. Составьте план послеоперационного лечения острого парапроктита.
4. Способы дренирования при остаточных гнояниках брюшной полости.
5. Инновационны технологии в лечении геморроидальной болезни.
6. Составьте план лечения распространенного перитонита при опухолях толстой кишки перитонита.
7. Герниопластика TEP.
8. Герниопластика TAR.
9. Герниопластика ONSTEP.
10. Послеоперационные грыжи – традиционный доступ (2 операции).
11. Послеоперационные грыжи – лапароскопический доступ (2 операции).
12. Современные тенденции в хирургии грыж.
13. Эндоскопические операции при вентральных грыжах.
14. Особенности операции ONSTEP.
15. Новые технологии в хирургии вентральных грыж.
16. Современные технологии в хирургии ущемленных вентральных грыж.
17. Особенности операция RIVAS.
18. Составьте план послеоперационного лечения после резекции поджелудочной железы.
19. Способы дренирования кистозных образований поджелудочной железы.
20. Составьте план обследования больного с хронической ишемией нижних конечностей.
21. Составьте план обследования больного с трофической язвой, для выявления этиологии ее возникновения.
22. Составьте план местной терапии длительно не заживающих ран (трофических язв, пролежней)
23. Составьте план общего и специального лабораторного и инструментального обследования пациента с абдоминальным сепсисом.
24. Определите хирургическую тактику в зависимости от источника перитонита.
25. Назовите варианты завершения первичной операции при распространенном перитоните.
26. Инновационны технологии в дренировании брюшной полости при перитоните.
27. Назовите критерии оценки тяжести течения воспаления в брюшной полости.
28. Назовите критерии жизнеспособности кишечника.
29. Составьте план послеоперационного лечения перитонита, в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса.
30. Составьте план лечения третичного перитонита.

- 31.Разбор тактики ведения пациентов с анурией и острой задержкой мочеиспускания, определение показаний к консервативному и оперативному лечению.
- 32.Тактики ведения пациентов с МКБ: оценка клинических данных, данных обследования, определение показаний к консервативному и оперативному лечению.
- 33.Разбор тактики ведения пациентов с различными травмами органов мошонки, полового члена, мочевого пузыря, уретры, почек, определение показаний к консервативному и оперативному лечению.
- 34.Инновационные технологии в лечении МКБ.

### **Примеры контрольно-оценочных материалов:**

*Инструкция: выберите правильный вариант ответа.*

001.При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются

- а) сроком с момента прободения
- б) степенью воспалительных изменений брюшины
- в) величиной перфоративного отверстия
- г) локализацией перфоративного отверстия
- д) возрастом больного

Ответ: б.

002.При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме

- а) иссечения язвы
- б) ушивания язвы
- в) резекции желудка
- г) пилоропластики с ваготомией
- д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле

Ответ: д.

003.При перфоративной язве желудка необходимо провести

- а) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
- б) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена
- в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты
- д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель

Ответ: а.

004.При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные

- а) снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
- б) поздней обращаемостью
- в) возможностью психозов
- г) возможностью суицидальных попыток

д) всем перечисленным

Ответ: а.

005. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются

- а) рвота
- б) желудочное кровотечение
- в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
- г) частый жидкий стул
- д) икота

Ответ: в.

006. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме

- а) деторсии
- б) сигмопексии
- в) мезосигмопликации
- г) резекции сигмовидной кишки
- д) выведения некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

Ответ: а

007. Лечение заворота сигмовидной кишки на ранних стадиях заболевания без признаков интоксикации может быть консервативным и заключаться

- а) в применении бариевой клизмы
- б) в расправлении перекрученной сигмовидной кишки с помощью зонда, вводимого через ректоскоп по Брунсгаарду
- в) в расправлении заворота с помощью колоноскопа
- г) возможен любой способ из указанных вариантов лечения
- д) ни один из указанных методов лечения

Ответ: г

008. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает в себя следующие методы, кроме

- а) одномоментной резекции жизнеспособной долихосигмы с наложением анастомоза
- б) одномоментной резекции некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза
- в) резекции сигмовидной кишки с наложением противоестественного заднего прохода с выведением на брюшную стенку, как центрального, так и периферического концов сигмовидной кишки
- г) операций Гартмана или типа Гартмана
- д) выворачивания омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

Ответ: д

009. Небольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место

- а) при спаечной кишечной непроходимости
- б) при обтурационной кишечной непроходимости
- в) при странгуляционной кишечной непроходимости
- г) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости
- д) при спастической форме динамической кишечной непроходимости

Ответ: в

010. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать

- а) с хирургического вмешательства
- б) с инфузионной терапии
- в) с введения назогастрального зонда
- г) с антибиотикотерапии
- д) с применения препаратов антихолинэстеразного действия

Ответ: в

### **13.2. Оценочные материалы итоговой аттестации**

**Форма итоговой аттестации: экзамен, включающий:**

1. Тестирование.
2. Собеседование согласно билетам по основным разделам дисциплины.
3. Оценка практических навыков и умений.

**Примерная тематика контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку обучающегося:**

1. Терминология и основные понятия абдоминальной травмы.
2. Показания для декомпрессии тонкой кишки.
3. Принципы хирургической тактики при кишечной непроходимости.
4. Интегральные шкалы для оценки тяжести течения перитонита.
5. Принципы дренирования брюшной полости при инфицированном панкреонекрозе.
6. Способы дренирования острого парапроктита.
7. Способы завершения первичной операции при опухолях толстой кишки.
8. Современная концепция патогенеза паховых и бедренных грыж.
9. Клиника и диагностика паховых и бедренных грыж.
10. Показания к операции при паховых и бедренных грыжах и оценка факторов риска послеоперационных осложнений.
11. Современная концепция патогенеза вентральных и послеоперационных грыж.
12. Клиника и диагностика вентральных и послеоперационных грыж.
13. Показания к операции при вентральных грыжах и послеоперационных грыж, оценка факторов риска послеоперационных осложнений.
14. Способы дренирования кист печени.
15. Способы завершения первичной операции при опухолях печени.
16. Методика комплексного лечения опухолей печени
17. Комплексный подход в лечении интраабдоминальной гипертензии.
18. Классификация тяжести хронической ишемии конечности по Фонтейну, по А.В. Покровскому, по Резерфорду.
19. Дифференциальная диагностика хронической ишемии конечности от других состояний, которые вызывают боль в ноге.
20. Методы диагностики критической ишемии нижней конечности.
21. Дифференциальный диагноз трофических язв
22. Патогенез раневого процесса.

23. Характеристика основных видов раневой инфекции.
24. Иммунология раневого процесса.
25. Клиническая классификация раневой инфекции.
26. Особенности клинической картины течения раневой инфекции в зависимости от микробиологии ран.
27. Виды заживления ран.
28. Терминология и основные понятия хирургической обработки ран.
29. Первичная хирургическая обработка.
30. Вторичная хирургическая обработка.
31. Современные способы хирургической обработки гнойного очага.
32. Инновационных технологий в лечении ран в зависимости от фазы раневого процесса.
33. Патогенез абдоминального сепсиса.
34. Определение прогноза течения абдоминального сепсиса по клинико-лабораторным данным.
35. Особенности клинической картины течения абдоминального сепсиса, в зависимости от источника перитонита.
36. Критерии оценки тяжести течения перитонита.
37. Способы дренирования остаточных гнойников в брюшной полости.
38. Способы завершения первичной операции при перитоните.
39. Методика комплексного лечения третичных перитонитов
40. Комплексный подход в лечении интраабдоминальной гипертензии.
41. Определение анурий. Виды анурий.
42. Формы острого гнойного пиелонефрита.
43. Обзорная урография, показания, техника выполнения, внутривенная урография. Инфузионная урография. Отсроченная урография.
44. Комплексный подход в диагностике МКБ.
45. Клиническая и микробиологическая диагностика абдоминальной хирургической инфекции
46. Клиническая классификация перитонита.
47. Общие принципы применения антибиотиков.
48. Продолжительность антибактериальной терапии.
49. Фазы течения раневого процесса.
50. Какие задачи необходимо решать при первичной операции по поводу распространенного перитонита, в зависимости от тяжести течения абдоминального сепсиса.
51. Современные виды дренирования остаточных гнойников в брюшной полости.

**Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку обучающегося**

1. Составьте план предоперационной подготовки у больного с прободной язвой в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса.
2. Определите хирургическую тактику при гастродуоденальных кровотечениях.

3. Назовите варианты завершения первичной операции при абдоминальной травме.
4. Назовите признаки регресса панкреонекроза.
5. Составьте план послеоперационного лечения острого парапроктита.
6. Показания для экстракорпоральных методов детоксикации организма при сепсисе гнойном парапроктите.
7. Способы дренирования при остаточных гнойниках брюшной полости.
8. Инновационны технологии в лечении геморроидальной болезни.
9. Составьте план лечения распространенного перитонита при опухолях толстой кишки перитонита.
- 10.Герниопластика TEPР.
- 11.Герниопластика TAP.
- 12.Герниопластика ONSTEP.
- 13.Герниопластика Rivas.
- 14.Герниопластика по Лихтенштейну.
- 15.Послеоперационные грыжи – традиционный доступ (2 операции).
- 16.Послеоперационные грыжи – лапароскопический доступ (2 операции).
- 17.Современные тенденции в хирургии грыж.
- 18.Особенности операции TAP.
- 19.Особенности операции Лихтенштейна.
- 20.Особенности операции TEPР.
- 21.Эндоскопические операции при вентральных грыжах.
- 22.Особенности операции ONSTEP.
- 23.Новые технологии в хирургии вентральных грыж.
- 24.Современные технологии в хирургии ущемленных вентральных грыж.
- 25.Современные технологии в хирургии ущемленных первичных паховых, бедренных и пупочных грыж.
- 26.Особенности операция RIVAS.
- 27.Составьте план послеоперационного лечения после резекции поджелудочной железы.
- 28.Показания для экстракорпоральных методов детоксикации организма при заболеваниях поджелудочной железы.
- 29.Способы дренирования кистозных образований поджелудочной железы.
- 30.Инновационны технологии в дренировании кист печени.
- 31.Составьте план обследования больного с хронической ишемией нижних конечностей.
- 32.Составьте план обследования больного с трофической язвой, для выявления этиологии ее возникновения.
- 33.Клиника и диагностика посттромбофлебитического синдрома.
- 34.Диагностика повреждений кровеносных сосудов. Общие принципы лечения повреждений кровеносных сосудов.
- 35.Составьте план лечения ран при I фазе раневого процесса.

36. Составьте план лечения ран при II фазе раневого процесса.
37. Составьте план местной терапии гнойно-некротических ран, вызванных анаэробной клостридиальной и неклостридиальной инфекцией.
38. Составьте план местной терапии длительно не заживающих ран (трофических язв, пролежней)
39. Составьте план местной терапии раневых и язвенных дефектов при синдроме диабетической стопы.
40. Составьте план общего и специального лабораторного и инструментального обследования пациента с абдоминальным сепсисом.
41. Составьте план предоперационной подготовки у больного с распространенным перитонитом в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса.
42. Определите хирургическую тактику в зависимости от источника перитонита.
43. Назовите варианты завершения первичной операции при распространенном перитоните.
44. Назовите признаки регресса перитонита.
45. Составьте план послеоперационного лечения перитонита, в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса.
46. Показания для экстракорпоральных методов детоксикации организма при абдоминальном сепсисе.
47. Способы дренирования при остаточных гнояниках брюшной полости.
48. Инновационные технологии в дренировании брюшной полости при перитоните.
49. Составьте план лечения третичного перитонита.
50. Правила забора и транспортировка микробиологического материала.
51. Планирование исследований и интерпретация результатов.
52. Принципы активной хирургической тактики.
53. Назовите критерии оценки тяжести течения воспаления в брюшной полости.
54. Назовите критерии жизнеспособности кишечника.
55. Интерпретация данных лабораторного и инструментального обследования пациента с абдоминальным сепсисом.
56. Составьте план послеоперационного лечения перитонита, в зависимости от тяжести абдоминального сепсиса.
57. Составьте план лечения третичного перитонита.
58. Разбор тактики ведения пациентов с анурией и острой задержкой мочеиспускания, определение показаний к консервативному и оперативному лечению.
59. Тактики ведения пациентов с МКБ: оценка клинических данных, данных обследования, определение показаний к консервативному и оперативному лечению.

60.Разбор тактики ведения пациентов с различными травмами органов мошонки, полового члена, мочевого пузыря, уретры, почек, определение показаний к консервативному и оперативному лечению.

61.Инновационные технологии в лечении МКБ.

### Примеры контрольно-оценочных материалов:

*Инструкция: выберите правильный вариант ответа.*

001.При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются

- а) сроком с момента прободения
- б) степенью воспалительных изменений брюшины
- в) величиной перфоративного отверстия
- г) локализацией перфоративного отверстия
- д) возрастом больного

Ответ: б.

002.При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме

- а) иссечения язвы
- б) ушивания язвы
- в) резекции желудка
- г) пилоропластики с ваготомией
- д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле

Ответ: д.

003.При перфоративной язве желудка необходимо провести

- а) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
- б) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена
- в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты
- д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель

Ответ: а.

004.При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные

- а) снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
- б) поздней обращаемостью
- в) возможностью психозов
- г) возможностью суицидальных попыток
- д) всем перечисленным

Ответ: а.

005.Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются

- а) рвота
- б) желудочное кровотечение



- в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
- г) частый жидкий стул
- д) икота

Ответ: в.

006. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить

- а) доскообразный живот
- б) сильные боли в эпигастрии
- в) боли в поясничной области
- г) повышение лейкоцитоза до 15000
- д) легкая желтуха склер и кожных покровов

Ответ: а

007. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить

- а) затеканием содержимого по правому боковому каналу
- б) рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы
- в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
- г) развивающимся разлитым перитонитом
- д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

Ответ: а

008. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является

- а) двенадцатиперстная кишка
- б) пилорический отдел желудка
- в) малая кривизна желудка
- г) большая кривизна желудка
- д) кардиальный отдел желудка

Ответ: а

009. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является

- а) гипопротейнемия
- б) гипотензия во время операции
- в) аксиальный поворот тонкой кишки
- г) дуоденостаз
- д) послеоперационный панкреатит

Ответ: г

010. Пути распространения желудочно-кишечного содержимого при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки зависят

- а) от расположения желудка
- б) от локализации прободного отверстия
- в) от анатомического строения боковых каналов
- г) от формы и расположения поперечно-ободочной кишки
- д) от всего перечисленного

Ответ: д

011. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать

- а) с несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза
- б) с послеоперационным панкреатитом

- в) с послеоперационным перитонитом
- г) с несостоятельностью швов малой кривизны
- д) со всем вышеперечисленным

Ответ: д

012. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается

- а) тахикардия
- б) схваткообразная боль
- в) локализованная, умеренная боль
- г) внезапно возникшая интенсивная боль
- д) жидкий стул

Ответ: г

013. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют

- а) малый диаметр прободного отверстия
- б) незначительное наполнение желудка
- в) топографическая близость соседних органов
- г) большой диаметр прободного отверстия
- д) хорошо развитый большой сальник

Ответ: в

014. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется

- а) резекция желудка
- б) различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями
- в) ушивание прободной язвы
- г) ушивание + гастроэнтероанастомоз
- д) резекция желудка на выключение

Ответ: в

015. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо

- а) вначале рассечь ущемляющее кольцо
- б) вначале рассечь грыжевой мешок
- в) можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
- г) выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
- д) сделать лапаротомию

Ответ: б

016. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме

- а) острого начала
- б) невраивности грыжи
- в) болезненности грыжевого выпячивания
- г) резкой боли
- д) высокой температуры

Ответ: д

017. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является

- а) гигантский размер грыжи
- б) беременность во второй ее половине
- в) флегмона грыжевого мешка
- г) недавно перенесенный инфаркт миокарда
- д) ни один из перечисленных

Ответ: д

018. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает

- а) лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
- б) тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
- в) поставить очистительную клизму
- г) возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
- д) ни одна из рекомендаций не верна

Ответ: б

019. При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает

- а) вправление грыжи
- б) назначение анальгетиков и спазмолитиков
- в) назначение наркотиков
- г) немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
- д) проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи

Ответ: г

020. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области, причем, отмечает, что она часто ущемляется. При ущемлении имеют место тянущие боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного

- а) грыжа запирающего отверстия
- б) прямая паховая грыжа
- в) бедренная грыжа
- г) косая паховая грыжа
- д) скользящая грыжа

Ответ: д

021. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние

- а) 5-10 см
- б) 15-20 см
- в) 25-30 см
- г) 35-40 см
- д) 45-50 см

Ответ: б

022. При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести

- а) наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
- б) выполнение срочной операции
- в) наблюдение
- г) консервативное лечение
- д) вправление грыжи

Ответ: а

023. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать

- а) с липомой
- б) с холодным натечником
- в) с ущемленной паховой грыжей

г) с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала

д) со всем перечисленным

Ответ: д

024. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть

а) к трансиллюминации и пальпации

б) к пункции

в) к перкуссии

г) к аускультации

д) к пальцевому исследованию прямой кишки

Ответ: а

025. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме

а) затрудненного дыхания

б) рвоты

в) цианоза

г) анемии

д) заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании

Ответ: г

026. При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме

а) тонкой кишки и меккелева дивертикула

б) сигмовидной кишки и сальника

в) слепой кишки и червеобразного отростка

г) маточной трубы и яичника

д) желчного пузыря и желудка

Ответ: д

027. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются

а) со слизистого слоя

б) с подслизистого слоя

в) с мышечного слоя

г) с субсерозного слоя

д) с серозного слоя

Ответ: а

028. Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются

а) внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования

б) увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания

в) невраивимость грыжи

г) отрицательный симптом кашлевого толчка

д) все перечисленное

Ответ: д

029. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят

а) в приводящей петле

б) в отводящей петле

- в) в приводящей и отводящей петле в равной степени
- г) в сегменте брыжейки ущемленной кишки
- д) во всех перечисленных отделах

Ответ: а

030. Причиной возникновения острого панкреатита могут быть все указанные, кроме

- а) дуоденостаза
- б) стеноза сфинктера Одди
- в) проявления аллергии
- г) заброса желчи в панкреатический проток
- д) инфекционных заболеваний (гепатита)

Ответ: д

031. Острый панкреатит может возникнуть под влиянием всех перечисленных факторов, кроме

- а) лекарственных препаратов (диуретики, АКТГ, аспаргина)
- б) травмы поджелудочной железы
- в) хирургических вмешательств на большом дуоденальном сосочке
- г) хирургических вмешательств на органах брюшной полости
- д) тиреотоксикоза

Ответ: д

032. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения, кроме

- а) абсцесса поджелудочной железы
- б) флегмоны забрюшинной клетчатки
- в) ферментативного перитонита
- г) острой сердечной недостаточности
- д) обтурационной кишечной непроходимости

Ответ: д

033. При лечении острого панкреатита не должны применяться

- а) отсасывание содержимого желудка
- б) введение глюконата кальция
- в) холецистостомия
- г) спазмолитики
- д) препараты опиоидов

Ответ: д

034. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует всему указанному, кроме

- а) ограничения патологического процесса в брюшной полости
- б) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
- в) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
- г) улучшения кровоснабжения железы
- д) уменьшения активности протеолитических ферментов

Ответ: д

035. При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия, кроме

- а) необходимости купировать болевой синдром
- б) восполнения обмена циркулирующей крови
- в) назначения больших доз антибиотиков

- г) проведения комплексной детоксикации
- д) лечения нарушений сократительной функции миокарда

Ответ: в

036. В отдаленном периоде болезни исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания, кроме

- а) образования ложной кисты
- б) развития хронического панкреатита
- в) появления сахарного диабета
- г) развития кистозного фиброза железы
- д) возникновения инсуломы

Ответ: д

037. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится

- а) в артериальной крови
- б) в венозной крови
- в) в экссудате брюшной полости
- г) в лимфе
- д) в моче

Ответ: в

038. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть

- а) беременность
- б) хронический холецистит
- в) алкоголизм
- г) травма живота
- д) применение кортикостероидов

Ответ: б

039. Для течения жирового панкреонекроза характерно все перечисленное, кроме

- а) образования постнекротического инфильтрата в эпигастральной области и левом подреберье
- б) изолированного пневмотоза поперечно-ободочной кишки
- в) наличия в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости
- г) положительного симптома Воскресенского
- д) вовлечения в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника

Ответ: в

040. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме

- а) абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки
- б) абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости
- в) флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения
- г) перитонита
- д) септического эндокардита

Ответ: д

041. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить все перечисленное, кроме

- а) купирования болевого синдрома
- б) снятия спазмы сфинктера Одди

- в) ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы
- г) уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы
- д) инактивизации протеаз в крови и детоксикацию

Ответ: в

042. В патогенезе острого панкреатита могут играть роль

- а) операционная травма
- б) холелитиаз
- в) пенетрирующая пептическая язва
- г) алкоголь
- д) все перечисленные факторы

Ответ: д

043. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является

- а) травма живота
- б) применение кортикостероидов
- в) алкоголизм
- г) хронический холецистит
- д) цирроз печени

Ответ: в

044. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается всеми приведенными факторами, кроме

- а) попадания в кровь и лимфу токсогенных полипептидов
- б) попадания в кровь и лимфу токсогенных липидов
- в) попадания в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов
- г) активирования калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови
- д) наличия высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

Ответ: д

045. Причинами развития свищей слепой кишки после аппендэктомии являются

- а) масштабы воспалительных и деструктивных изменений в отростке
- б) диагностические ошибки
- в) технические ошибки по ходу операции
- г) ошибки в тактике лечения и ведения послеоперационного периода
- д) все перечисленные

Ответ: д

046. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается

- а) эвентрация
- б) образование кишечных свищей
- в) тромбоэмболия легочной артерии
- г) формирование гнойников брюшной полости
- д) пневмония

Ответ: г

047. Ведущим в лечении больных перитонитом является

- а) хирургическое вмешательство
- б) дезинтоксикационная терапия
- в) рациональная антибиотикотерапия
- г) борьба с парезом кишечника
- д) устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

Ответ: а

048. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме

- а) появления резкой боли
- б) напряжения мышц передней брюшной стенки
- в) брадикардии
- г) Френикус-симптома
- д) симптома Мейо - Робсона

Ответ: д

049. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от всех указанных факторов, кроме

- а) массы тела больного
- б) характера микрофлоры
- в) степени выраженности интоксикации
- г) гиповолемии
- д) степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного

равновесия

Ответ: а

050. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост

- а) стафилококка
- б) протей
- в) кишечной палочки
- г) смешанной флоры
- д) анаэробной флоры

Ответ: в

051. Острый деструктивный холецистит может привести к следующим осложнениям

- а) разлитому желчному перитониту
- б) ограниченным гноям брюшной полости (поддиафрагмальный, подпеченочный и др.), абсцессу печени
- в) холангиту
- г) водянке желчного пузыря
- д) всем перечисленным

Ответ: д

052. Назо-гастро-интестинальная интубация может вызвать все перечисленное, кроме

- а) синуситов и отитов
- б) бронхитов и пневмонии
- в) тромбоза легочной артерии
- г) стеноза пищевода и гортани
- д) разрыва варикозно расширенных вен пищевода

Ответ: в

053. При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения

- а) нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке
- б) уменьшение объема циркулирующей крови
- в) развитие тканевой гипоксии
- г) нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы
- д) все перечисленное



Ответ: д

054.Повышение внутрикишечного давления и перерастяжение кишечной стенки при острой кишечной непроходимости приводит ко всем перечисленным изменениям, кроме

- а) ухудшения вентиляции легких
- б) дополнительной потери жидкости
- в) дополнительной потери белков и эритроцитов
- г) возникновения мезентеральных тромбозов
- д) развития функциональной кишечной непроходимости

Ответ: г

055.Тяжесть состояния больного при узлообразовании обусловлена

- а) интоксикацией
- б) потерями жидкости и электролитов
- в) исключением из циркуляции значительных объемов плазмы
- г) исключением из циркуляции значительных объемов красной крови
- д) всем перечисленным

Ответ: д

066.Боль при острой кишечной непроходимости характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) обычно возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников
- б) часто носит приступообразный характер
- в) носит нарастающий характер в течение всего периода заболевания
- г) отсутствует четкая локализация в каком-либо отделе брюшной полости
- д) бывает постоянной, не исчезающей полностью во вне приступный период

Ответ: в

067.Потери жидкости при острой кишечной непроходимости происходят

- а) с рвотными массами
- б) с выдыхаемым воздухом в виде водяных паров
- в) с кожной поверхности в виде пота
- г) с мочой
- д) всеми перечисленными путями

Ответ: д

068.Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый

- а) четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота
- б) "шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
- в) пустой баллонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования
- г) шумом падающей капли
- д) "пустой" илеоцекальной областью

Ответ: в

069.Для симптома Обуховской больницы характерны

- а) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку
- б) шум падающей капли
- в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

г) "пустая" илеоцекальная область

д) пустая баллонообразная ампула прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

Ответ: д

070. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является

а) асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот"

б) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

в) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

г) "пустая" илеоцекальная область

д) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

Ответ: д

071. Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной недостаточности является симптом Валя, для которого характерны

а) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

б) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку

в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

г) "пустая" илеоцекальная область

д) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

Ответ: д

072. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме

а) жидкость в кишечных петлях преобладает над газом

б) вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие

в) значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением

г) чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве

д) диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

Ответ: в

073. Признаками нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости могут быть

а) потеря тонуса кишкой и отсутствие перистальтики

б) цианоз кишки

в) тусклость брюшинного покрова

г) отсутствие пульсации сосудов брыжейки

д) все перечисленное

Ответ: д

074. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам

а) обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут

б) введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0.25% раствора новокаина

в) нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли

г) все перечисленное

д) ни один из перечисленных приемов не пригоден для определения жизнеспособности кишки

Ответ: г

075. Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны

- а) серозного покрова
- б) мышечного слоя
- в) подслизистого слоя
- г) слизистого слоя
- д) со стороны всех слоев одновременно

Ответ: г

076. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме

- а) деторсии
- б) сигмопексии
- в) мезосигмопликации
- г) резекции сигмовидной кишки
- д) выведения некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

Ответ: а

077. Лечение заворота сигмовидной кишки на ранних стадиях заболевания без признаков интоксикации может быть консервативным и заключаться

- а) в применении бариевой клизмы
- б) в расправлении перекрученной сигмовидной кишки с помощью зонда, вводимого через ректоскоп по Брунсгаарду
- в) в расправлении заворота с помощью колоноскопа
- г) возможен любой способ из указанных вариантов лечения
- д) ни один из указанных методов лечения

Ответ: г

078. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает в себя следующие методы, кроме

- а) одномоментной резекции жизнеспособной долихосигмы с наложением анастомоза
- б) одномоментной резекции некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза
- в) резекции сигмовидной кишки с наложением противоестественного заднего прохода с выведением на брюшную стенку, как центрального, так и периферического концов сигмовидной кишки
- г) операций Гартмана или типа Гартмана
- д) выворачивания омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

Ответ: д

079. Небольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место

- а) при спаечной кишечной непроходимости
- б) при обтурационной кишечной непроходимости
- в) при странгуляционной кишечной непроходимости
- г) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости
- д) при спастической форме динамической кишечной непроходимости

Ответ: в

080. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать

- а) с хирургического вмешательства
- б) с инфузионной терапии
- в) с введения назогастрального зонда
- г) с антибиотикотерапии
- д) с применения препаратов антихолинэстеразного действия

Ответ: в

### Ситуационные задачи

#### ЗАДАЧА № 1

Больная В., 29 лет, бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в приёмное отделение хирургического стационара с жалобами на боль внизу живота, больше справа, тошноту, изжогу, сухость во рту.

Данные анамнеза. Боль появилась 12 часов назад с эпигастральной области, затем переместилась вниз живота, больше справа, была 2-х кратная необильная рвота, не приносящая облегчения. Больная страдает хроническим гиперацидным гастритом с сезонными обострениями в течение 5 лет.

Данные объективного обследования. Общее состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, чистые. ЧСС - 88 уд/мин. Т- 37,6 С. АД - 125/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания, мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной и правой подвздошной областях. Печень - не увеличена, безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптомов Ровзинга, Ситковского-сомнительные, симптом Бартомье-Мехельсона, Образцова положительные. Стула не было в течение суток. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненная. Дизурических явлений нет.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Нв- 129 г/л; Эр- 5,5\*10<sup>12</sup>/л; Нт- 37%; ЦП - 1,0; СОЭ - 18 мм/ч; Л- 16,8\*10<sup>9</sup>/л; Э- 2, П- 9, С- 57, ЛФ- 30, М- 2. ОАМ: цвет соломенно-желтая; прозрачная; УВ - 1018; сахар- отрицательный; белок- отрицательный; Л- 2-3 в п/зр; эпителий- 1-2 в п/зр. Биохимическое исследование крови: общий белок - 82 г/л; общий билирубин- 14,4 мкмоль/л; ЩФ - 170 IU/L; L-амилаза - 148 U/L; ALT- 0,5 ммоль/л; AST - 0,7 ммоль/л; мочевины - 6,8 ммоль/л; креатинин- 78 ммоль/л; К- 4,2 ммоль/л; Na- 138 ммоль/л; Cl- 106 ммоль/л.

После осмотра дежурным врачом, больная была госпитализирована в хирургический стационар и назначена спазмолитическая терапия.

#### Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз заболевания при поступлении.
2. Правильны ли действия дежурного хирурга?
3. Составьте план дополнительного обследования больной. Какова должна быть тактика ведения данной больной?
4. Проведите дифференциальный диагноз.

#### Эталон ответа:

1. Острый аппендицит (?).
2. В данном случае спазмолитики не следует назначать, показана диагностическая лапароскопия.
3. Консультация гинеколога (правосторонний аднексит?); диагностическая лапароскопия.

4. Учитывая наличие положительного симптома Бартомье-Мехельсона, сомнительных симптомов Ситковского, Ровзинга, Образцова, выраженность симптомов общей интоксикации (Т-37,6 С, ЧСС - 88 уд/мин, Л -16,8\*10<sup>9</sup>, П - 9), складывается впечатление о клинике острого аппендицита (расположенного ретроцекально). После диагностической лапароскопии, показана экстренная аппендэктомия (начать с лапароскопической аппендэктомии).

### Задача № 2.

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5<sup>0</sup>С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - 32\*10<sup>9</sup>/л, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо- и - пойкилоцитоз.

#### Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

#### Ответы

1. Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны.
2. Нагноение п/о раны
3. Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ, лихорадка
4. Снять швы, вести как гнойную рану
5. Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомиколь, диоксиколь), повязки с АС
6. В гнойную хирургию
7. Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
8. Асептика: организационные мероприятия (планирование хирургического отделения, разделение потоков больных), обязательное ношение масок, кварцевание, проветривание, влажная уборка, стерилизация хирургического инструментария, шовного материала, имплантатов, обработка хирургического поля, рук хирурга.

### ЗАДАЧА № 3

Больной Т., 48 лет, самостоятельно обратился в приёмное отделение дежурного хирургического стационара с жалобами на боль в околопупочной области постоянного характера; периодически схваткообразные, тошноту, сухость во рту, подъём Т до 37,40С. Данные анамнеза. Со слов больного, боль появилась 10 часов назад после поднятия тяжести - по всему животу, затем локализовалась в области пупка и в правой мезогастральной области. Страдает хронической язвой желудка с весенне-осенними сезонными обострениями в течение 7 лет, лечится амбулаторно у гастроэнтеролога.

Данные объективного обследования. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, чистые. ЧСС - 84 уд/мин. АД - 130/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, мезогастральная область несколько отстает в акте дыхания. Печень - не увеличена, безболезненная. Аускультативно - перистальтика кишечника несколько усилена. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненные. Дизурических явлений нет. В области пупка имеется опухолевидное, неправимое, болезненное образование до 5 см в диаметре. Грыжевые ворота не определяются. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Симптомы раздражения брюшины сомнительные.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Нв- 129 г/л; Эр-  $5,5 \cdot 10^{12}$ /л; Нт- 37%; ЦП- 1,0; СОЭ - 18 мм/ч; Л -  $12,8 \cdot 10^9$ /л; Э- 0, П- 9, С - 55, ЛФ - 30, М - 6.ОАМ: цвет соломенно-желтая; прозрачная; кислая; УВ - 1018; глюкоза - отрицательный; белок - отрицательный; Л - 2-3 в п/зр; эпителий - 1-2 в п/зр. Биохимическое исследование крови: общий белок - 72 г/л; общий билирубин- 12,4 мкмоль/л; ЩФ - 115 IU/L; L-амилаза - 138 ммоль/л; ALT- 0,5 ммоль/л; AST- 0,7 ммоль/л; мочевины- 6,8 ммоль/л; креатинин- 78 ммоль/л; К - 4,2 ммоль/л; Na - 123 ммоль/л; Cl- 101 ммоль/л.

### Вопросы:

1. Каков диагноз заболевания при поступлении?
2. Проведите дифференциальный диагноз заболевания.
3. Какова должна быть тактика ведения данного больного?
4. Укажите возможный объем оперативного вмешательства и особенности.

### Эталон ответа:

1. Основное заболевание: Ущемленная пупочная грыжа. Сопутствующее заболевание: Хроническая язва желудка, вне обострения.
2. Дифференциальная диагностика между ущемленной пупочной грыжей и неправимой. Ущемленная грыжа всегда неправима, болезненная, невозможно определить грыжевые ворота и симптом кашлевого толчка -отрицательный. Присутствует местный отек и гиперемия ткани. Бывает метастазирование в пупок при раке желудка, после операции следует выполнить ФГДС желудка. Интраоперационный материал отправляется на гистологическое исследование (резецированная прядь сальника?).
3. Больному показана экстренная операция.
4. Грыжесечение с герниопластикой по Сапежко или Мейо.  
Особенности этапов грыжесечения ущемленной грыжи следующие: сначала вскрывают грыжевой мешок, фиксируют его содержимое, оценивая жизнеспособность, и только затем рассекают грыжевое кольцо. В анамнезе имеется указание на «периодические схваткообразные боли вокруг пупка». При наличии краевого некроза стенки тонкой кишки (так называемого пристеночного Рихтеровского ущемления) - показана резекция кишки с наложением анастомоза бок в бок из этого же доступа.

### ЗАДАЧА № 4

Больной И., 64 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота, иррадиирующие в область сердца, за грудицу, сухость во рту, желтушное окрашивание кожных покровов.

Данные анамнеза. Болеет 4 дня, появились острые боли в эпигастрии после приема жирной пищи. Затем присоединились вышеуказанные беспокойства. Учитывая, что последние 6 лет периодически беспокоили боли в правом подреберье, больной самостоятельно принимал но-шпу. Через 2 суток отметил повышение Гдо380С.,

появились желтушность кожи, которая периодически усиливалась и вновь уменьшалась, но не проходила, потемнение мочи, ахоличный кал.

Данные объективного обследования. Состояние больного средней тяжести, гиперстеник. Кожные покровы желтушной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов - нет, ЧДД-22. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС - 92 уд/мин, АД - 150/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот округлой формы, при пальпации определяется умеренное напряжение мышц и болезненность в верхних его отделах. Симптом Курвуазье- отрицательный, симптомы Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Воскресенского - положительные. Печень - не увеличена. Перистальтика кишечника удовлетворительная. Симптом Пастернацкого отрицательный, дизурии нет, суточный диурез 1300 мл.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Нб- 154 г/л; Эр - 4,6\*10<sup>12</sup>/л, Нт - 34%; ЦП - 1,0; Л - 16,9\*10<sup>9</sup>, Э - 0, П - 20, С - 59, ЛФ - 19, М - 2; Тр - 175\*10<sup>9</sup>/л; СОЭ- 26 мм/ч. ОАМ: цвет- желтая, мутная; УВ - 1019; белок - 0,067 о/оо; кровь - отрицательный; желчь +++; глюкоза- отрицательный; Л - 12-18; эпителий плоский - сплошь в п/зр; оксалаты+++; бактерии+++-. Диастаза мочи: 2048 ед. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 184 мкмоль/л, прямой билирубин- 99,5 мкмоль/л; ALT- 2,6 мкмоль/л; AST- 1,4 мкмоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин - 5,1 ммоль/л; мочевины -38,0 ммоль/л; креатинин -379 мкмоль/л; К- 6,0 ммоль/л; Na-141 ммоль/л; Са-2,1 ммоль/л; Cl - 110 ммоль/л; глюкоза - 3,8 ммоль/л; ПТИ - 89%; фибриноген - 3,7 г/л; ЩФ - 168 ммоль/л.

Данные инструментальных методов исследования. ЭКГ - электрическая ось сердца горизонтальная, единичные экстрасистолы, гипертрофия левого желудочка. УЗИ: печень неоднородная, внутрпеченочные протоки расширены, холедох 1,3 см, терминальный отдел холедоха не лоцируется. Поджелудочная железа: головка 45 мм, тело и хвост не лоцируются. Желчный пузырь: размеры 12\*8 см, стенка утолщена - 0,5 см, в просвете множество конкрементов 0,6 см от 1,0 до 1,5 см в диаметре.

### Вопросы:

1. Обоснуйте диагноз заболевания при поступлении
2. Сформулируйте лечебно- диагностическую программу.
3. Определите хирургическую и лечебную тактику.
4. Укажите объем и принципы современной консервативной терапии.

### Эталон ответа:

1. Основное заболевание: 1) ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз? 2) Острый панкреатит (отечная форма). Осложнение: механическая желтуха. Сопутствующие заболевания: Хронический пиелонефрит, в стадии обострения. Артериальная гипертензия.
2. Лечебно-диагностический план ведения больной: 1) ФГДС и ревизия холедоха, ЭСПТ - удаление камней холедоха(?) корзинкой Dormia, 2) микрохолецистостома под контролем УЗИ печени, 3) комплексная дезинтоксикационная, антибактериальная и антиферментная терапия, 4) контрольные анализы - Л, П, билирубин (общий, прямой), амилаза и глюкоза крови, 5) КТ поджелудочной железы по показаниям. Клинически складывается впечатление и наличие «вентильного камня» в холедохе.
3. При первых клинических признаках гнойно-деструктивных изменений в желчном пузыре или рапсгеас, нарастании симптомов местного или разлитого перитонита - показано оперативное лечение.
4. Консервативное лечение: 1) голод, «холод» и покой, 2) антибактериальная терапия, 3) спазмолитики, 4) детоксикационная терапия до 3-3,5 л. и диуретики (метод форсированного диуреза) 5) интиферментная терапия, 6) симптоматическая терапия (сердечные гликозиды, вит.В-1 и др.).

### ЗАДАЧА № 5

Больная К., 24 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в хирургическое отделение с жалобами на боли внизу живота, тенезмы, учащенное мочеиспускание, повышение Т до 37,8-38,00С.

Данные анамнеза. По поводу острого гангренозного аппендицита, местного серозного перитонита больной 8 дней назад была выполнена аппендэктомия, дренирование малого таза. Дренажная трубка удалена через 2 дня. Через 4 дня после операции стала повышаться Т до 37,60С., появилось учащенное мочеиспускание, тенезмы. Больную беспокоил сухой кашель. Больная выписана в удовлетворительном состоянии, через 7 дней после операции с рекомендацией лечить острый бронхит. Сняты швы - заживление первичным натяжением. В течении последующих 2-х дней по вечерам сохранялась Т до 37,8-38 0С., тенезмы и дизурия.

Данные объективного обследования. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, чистые. ЧСС - 92 уд/мин., Т- 37,6 0С. АД - 130/80 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот округлой формы, при пальпации умеренно напряжен и болезнен в гипогастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень - не увеличена, безболезненная. Был разовый жидкий стул. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненные. Сохраняется дизурия.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Нб- 129 г/л; Эр- 5,1\*10<sup>12</sup>/л; Нт- 34%; ЦП - 1,0; СОЭ - 26 мм/ч; Л - 18,7\*10<sup>9</sup>/л; Э - 1, П - 12, С - 57, ЛФ - 26, М - 4.ОАМ: цвет соломенно-желтая; прозрачная; реакция - кислая; 1014; глюкоза- отрицательный; белок отрицательный; Л - 2-3 в п/зр; эпителий -1-2 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л; общий билирубин- 12,4 мкмоль/л; ЩФ - 166ед; ALT- 0,4 мкмоль/л; AST- 0,5 мкмоль/л; мочевины-8,5 ммоль/л, креатинин- 78 ммоль/л; Na - 128 ммоль/л; Cl- 106 ммоль/л.

После осмотра дежурным врачом, больная была госпитализирована в хирургический стационар.

### Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз при поступлении.
2. Составьте план дополнительного обследования больной.
3. Проведите дифференциальный диагноз. Какова должна быть дальнейшая тактика ведения больной?
4. Укажите показания к операции, если они есть.

### Эталон ответа:

1. Абсцесс Дугласова пространства. Состояние после аппендэктомии (от 05.2012г.) по поводу острого флегмонозного аппендицита, местного серозного перитонита.
2. Пальцевой ректальный осмотр, УЗИ малого таза.
3. Учитывая указание на перенесенную аппендэктомию, тенезмы, дизурию, Т- 37,60С; Л - 16,8\*10<sup>9</sup>, П-12, клинические данные свидетельствуют в пользу абсцесса дугласова пространства.
4. Больной показана срочная операция-вскрытие абсцесса (через прямую кишку под в/в наркозом).

### ЗАДАЧА № 6

Больной Л., 19 лет, бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в приёмное отделение хирургического стационара с жалобами на боли внизу живота, больше справа, тошноту, сухость во рту, однократную обильную рвоту с примесью желчи и 3-х кратный жидкий стул.

Данные анамнеза. Считает себя больным в течение последних 2 суток, когда через 4 часа после употребления в еду колбасы, маринованных грибов появились обильная рвота с



примесью желчи и 3-х кратный жидкий стул. Больной после промывания желудка отметил облегчение самочувствия. Болезненность вновь появилась 12 часов назад в эпигастральной области, затем переместилась вниз живота, больше справа. Больной вызвал скорую помощь.

Данные объективного обследования. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, чистые. ЧСС - 86 уд/мин. Т- 37,5 0С. АД - 120/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот округлой формы, правая гипогастральная область несколько отстает при дыхании. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области, здесь же определяется умеренный мышечный дефанс. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптомы Ровзинга, Ситковского сомнительные, симптомы Бартомье-Мехельсона, Образцова положительные. Аускультативно - выслушивается активная кишечная перистальтика.

Печень - не увеличена, безболезненна. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Симптом поколачивания отрицательные с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Нб- 139 г/л; Эр- 5,1\* 10<sup>12</sup>/л; Нт- 37%; ЦП- 1,0; СОЭ - 21 мм/ч; Л- 15,8\*10<sup>9</sup>/л; Э- 1, П- 11, С- 57 ЛФ- 30, М - 1. ОАМ: цвет - соломенно-желтая; прозрачная; УВ - 1019; глюкоза- отрицательный; белок - отрицательный; Л - 2-3 в п/зр; эритроциты - 1-2 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л; общий билирубин- 16,4 мкмоль/л; ЩФ - 170 ед; L-амилаза - 169 ммоль/л; ALT- 0,55 мкмоль/л; AST-0,75 мкмоль/л; мочевины - 6,8 ммоль/л; креатинин- 78 ммоль/л; К - 4,2 ммоль/л; Na - 128 ммоль/л; Cl- 112 ммоль/л.

### Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие этиологические и анатомические факторы могли повлиять на клиническую картину заболевания в данном случае?
4. Какая операция показана данному больному?

### Эталон ответа:

1. Острый аппендицит (?).
2. Острый гастроэнтерит(?) - заказать консультация инфекциониста (который даст предварительное заключение по клинике). Острый панкреатит? Диагностическая лапароскопия - по показаниям.
3. Клиническая картина острого аппендицита зависит от 1) анатомического расположения аппендикса, 2) степени выраженности воспалительных - деструктивных изменений в аппендиксе, 3) от возраста больного, то есть реактивности организма. Аппендикс рассматривается как «лимфоидная миндалина» брюшной полости, которая реагирует на воспаление органов ЖКТ.
4. Больному показана экстренная аппендэктомия по поводу острого (ретроцекального ?) аппендицита.

### ЗАДАЧА № 7

Больная В., 38 лет, поступила по скорой помощи в хирургическое отделение с жалобами на постоянные тупые боли внизу живота, больше справа, повышение Т до 37,6 0С.

Данные анамнеза. Считает себя больной в течение 3-х суток, когда впервые появились боли в эпигастрии, 3-х кратная рвота. Через 16 часов боли спустились вниз живота, больше справа. Больная самостоятельно принимала но-шпу, баралгин. В течение 5 лет

страдает хроническим воспалением придатков, наблюдается у гинеколога. В связи с уменьшением беспокойства первые 3 суток за медицинской помощью не обращалась. Данные объективного обследования. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, чистые. ЧСС - 82 в уд/мин, Т - 37,6 0С. АД - 125/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот округлой формы, при пальпации умеренно напряжен и болезнен в правой гипогастральной области, здесь же слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное, умеренно болезненное, не смещаемое образование до 9 см в диаметре. Аускультативно - перистальтика кишечника удовлетворительная. Печень - не увеличена, безболезненна. Стула не было 1 сутки. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна, дизурии нет.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Нв- 129 г/л; Эр - 5,1\*10<sup>12</sup>/л; Нт-35%; ЦП - 1,0; СОЭ - 18 мм/ч; Л - 17,8\*10<sup>9</sup>/л; Э - 1, П - 11, С - 58, ЛФ - 26, М - 4.ОАМ: цвет соломенно-желтая; прозрачная; кислая; УВ - 1014; глюкоза - отрицательный; белок - отрицательный; Л - 2-3 в п/зр; эпителий - 1-2 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л; общий билирубин - 12,4 мкмоль/л; ЩФ - 158 ед; ALT- 0,6 U/ L; AST- 0,7U/ L; мочеви́на - 6,8 ммоль/л; креатинин - 78 ммоль/л; Na - 128 ммоль/л; Cl - 106 ммоль/л.

После осмотра дежурным врачом, больная была госпитализирована в хирургический стационар.

### Вопросы:

2. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования больной.
4. Проведите дифференциальный диагноз. Какова должна быть тактика ведения данной больной?
5. Определите хирургическую и лечебную тактику.

### Эталон ответа:

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Консультация гинеколога для исключения воспаления придатков. УЗИ малого таза. Ирригография после купирования острого воспаления (?) - по показаниям.
3. Дифференциальная диагностика с раком слепой кишки. На данном этапе больной показана консервативная терапия.
4. Лечение: холод, голод и покой (3-4 дня), антибактериальная терапия, инфузионная терапия, физиолечение после нормализации Т0С и уровня лейкоцитов крови. При рассасывании инфильтрата-плановая аппендэктомия через 1-2 месяца по поводу хронического резидуального аппендицита. При нагноении аппендикулярного инфильтрата, то есть абсцедировании - показано вскрытие абсцесса.

### ЗАДАЧА № 8

Больной Ж., 43 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, возникшие после гастрономического эксцесса (приема «острой» пищи), рвоту, вздутие живота, не отхождение стула и газов через 12 часов с момента начала заболевания.

Данные анамнеза. На протяжении последних 5 лет многократно лечился в терапевтических отделениях по поводу приступообразных болей в животе, метеоризма, учащенного жидкого стула до 3-5 раз в сутки. Кал - кашицеобразный с примесью слизи, гноя, режé крови. На фоне консервативной терапии состояние улучшалось, во время ремиссии получал поддерживающую профилактическую терапию. При колоноскопии, выполненной месяц назад, выявлена отечность, гиперемия, очаговые геморрагии на слизистых оболочках сигмовидной и прямой кишки, слизистая - зернистая, контактно

кровоточит. На слизистой сигмовидной кишки имеются эрозии, рубцующиеся язвы и язвы 3\*5 мм с некротическим налетом, слизью, гноем,

Данные объективного обследования. Состояние больного средней тяжести, Т -37,50С; кожные покровы бледные, сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 96 уд/мин, АД- 110/70 мм.рт.ст. Язык обложен сероватым налетом, сухой. Живот асимметричен, за счет умеренного увеличения левой половины, которая несколько отстает в акте дыхания. При пальпации определяется болезненный инфильтрат, занимающий левую подвздошную область и умеренный мышечный дефанс; здесь же - симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перкуторно выявлено исчезновение печеночной тупости. Перистальтика кишечника ослаблена. Газы не отходят. Вчера был жидкий стул, со слизью прожилками крови, гноем. Симптом поколачивания отрицательный, дизурии нет, суточный диурез 800 мл.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Нв-98 г/л; Эр -  $3,1 \cdot 10^{12}$  /л, Нт-30 %; ЦП - 0,9; Л -  $15,9 \cdot 10^9$ /л, Э- 0, П- 24, С - 55, Л - 19, М - 2; Тр -  $175,0 \cdot 10^9$ /л; СОЭ- 26 мм/ч. ОАМ: цвет - соломенно-желтая; прозрачная; УВ -1012; реакция - кислая; белок - отрицательный; кровь- отрицательный; желчь- отрицательный; глюкоза - отрицательный; Л - 2-3 в п/зр; эпителий плоский - 4-8 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий билирубин- 20,2 мкмоль/л, прямой билирубин - 9,3 мкмоль/л; ALT - 0,6 ммоль/л; AST- 0,4 ммоль/л; общий белок - 51,4 г/л; холестерин - 5,1 ммоль/л; мочевины-8,0 ммоль/л; креатинин-109 ммоль/л; К- 5,0 ммоль/л; Na-121 ммоль/л; Ca- 1,3 ммоль/л; Cl- 96 ммоль/л; глюкоза -3,8 ммоль/л; ПТИ- 89%; фибриноген - 3,7 г/л.

### Вопросы:

1. Какой диагноз заболевания при поступлении можно поставить больному на основании анамнеза, клиники заболевания, объективного осмотра?
2. Какие осложнения заболевания появились у больной ?
3. Сформулируйте лечебно-диагностический алгоритм.
4. Сформулируйте полный клинический диагноз.

### Эталон ответа:

1. Неспецифический язвенный колит (НЯК), осложнившийся перфорацией сигмы.
2. Перфорация сигмы. Перитонит. Постгеморрагическая анемия.
3. Диагностический план: обзорная R-графия брюшной полости, ЭКГ, консультация терапевта, пальцевой осмотр прямой кишки. Лечебный план: 1) экстренная операция - резекция сигмы и наложение колоностомы (операция Гартмана), дренирование брюшной полости как при перитоните; 2) антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, гемостатики, коррекция анемии, консервативное лечение НЯК (сульфасалазин, иммунодепрессанты: циклоспорин, метотрексат; преднизолон, гидрокортизон, клизмы с месалазином), после операции не ранее 2-х недель: ГБО, лазеро-магнитотерапию (по показаниям).
4. Основное заболевание: НЯК, рецидивирующее течение. Осложнение: Перфорация сигмы. Перитонит (по интраоперационным данным - местный, диффузный). Постгеморрагическая анемия 2 ст.

### Задача № 9.

Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, лейкоциты  $12 \times 10^9$ /л., амилаза крови 56 мг.крахм/ч.л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой

синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме.

На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура - 37,4°C. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется петехиальная сыпь, температура тела 39,8°C, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты  $30 \times 10^9$ /л, мочевой пузырь пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Клинический диагноз.
2. Причина внезапного ухудшения состояния.
3. Какие клиничко-лабораторные данные позволяют заподозрить развитие данного осложнения?
4. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Тактика ведения данного больного.
6. Если необходимо назначение антибактериальных средств, то каких?
7. Показаны ли больному методы эфферентной терапии? Если показаны, то при каких условиях и какие?
8. Наиболее вероятная причина появления петехиальной сыпи у больного.
9. Какой комплекс лечебных мероприятий будет направлен на ликвидацию данного осложнения?
10. Прогноз для данного больного.

**Эталон ответа:**

1. Септический панкреонекроз. Эндотоксикоз 3 степени, ОПН
2. Гнойные осложнения и эндогенные интоксикации
3. Увеличение температуры, ухудшение состояния, лейкоцитоз
4. УЗИ, КТ, б/х, РГ с барием ЖКТ, Rg скопия грудной клетки, лапароскопия, ОАК, ОАМ
5. Лечение панкреатита (соматостатин, контрикал, нексиум, спазмолитики, антибиотики, экстракорпоральная детоксикация – электрохимическая детоксикация). Оперативное лечение – некрэквезрэктомия, дренирование сальниковой сумки.
6. Тиенам, цефипим, ципро- и спарфлоксацин, метронидазол, амоксиклав
7. Показана (дренирование грудного лимфатического протока, с электрохимической детоксикации лимфы, гемосорбция)
8. Тромбогеморрагические расстройства на фоне гиперферментемии
9. Ингибиторы ферментов (контрикал), гепарин при контроле времени свёртывание.
10. Сложный

## 14. ИНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ

### 14.1. Кадровое обеспечение образовательного процесса

№ п/п	Название и темы рабочей программы	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Место работы, должность
1.	Неотложная хирургия органов брюшной полости	Тараско Андрей Дмитриевич	Д-р.м.н., профессор	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России Профессор кафедры
		Баранов Андрей Игоревич	Д-р.м.н., профессор	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России Заведующий кафедрой
		Алексеев Андрей Михайлович	К.м.н., доцент	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России доцент кафедры
		Снигирев Юрий Владимирович	К.м.н.	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России ассистент кафедры
		Валуйских Юрий Викторович	К.м.н.	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России доцент кафедры
2	Грыжи	Баранов Андрей Игоревич	Д-р.м.н., профессор	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО

				Минздрава России Заведующий кафедрой
3	Плановая абдоминальная хирургия	Баранов Андрей Игоревич	Д-р.м.н., профессор	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России Заведующий кафедрой
		Снигирев Юрий Владимирович	К.м.н.	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России ассистент кафедры
4	Заболевания и повреждения сосудов	Золоев Георгий Кимович	Д-р.м.н., профессор	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России Профессор кафедры
5	Хирургические инфекции	Тараско Андрей Дмитриевич	Д-р.м.н., профессор	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России Профессор кафедры
		Валуйских Юрий Викторович	К.м.н.	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России доцент кафедры
6	Неотложная урология	Лихачев Александр Геннадьевич	К.м.н.	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России доцент кафедры

**14.2. Критерии оценки ответа, обучающегося при 100-балльной системе**

Характеристика ответа	Баллы	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному</p>	90-100	5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному</p>	80-89	4
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки</p>	70-79	3
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и</p>	69 и менее	2

Характеристика ответа	Баллы	Оценка
<p>уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий</p>		

### 14.3. Критерии оценки обучающегося при недифференцированном зачете

Характеристика ответа	Баллы	Оценка
<p>Основные практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено</p>	70-100	Зачет
<p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса не освоено, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов, близким к минимальному</p>	менее 70	Незачет