

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 11

«11» 10 2022 г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«13» 10 2022г.
№ 637

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

«ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ»

по основной специальности: Хирургия

Трудоемкость: 144 часа

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

**Ростов-на-Дону
2022**

Дополнительная профессиональная повышения квалификации «Избранные вопросы хирургии» обсуждена и одобрена на заседании кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой, д.м.н., доцент Коробка В.Л.

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1. Саркисян Ваган Арамович – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней №1 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.
2. Геворкян Юрий Артушевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением абдоминальной онкологии №2 ФГБУ «НМИЦ Онкологии» Минздрава России, заслуженный врач РФ.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Избранные вопросы хирургии» разработана рабочей группой сотрудников кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Коробка В.Л..

Состав рабочей группы:

№ №	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень звание	Занимаемая должность	Место работы
1	Коробка Вячеслав Леонидович	д.м.н., доцент	Профессор кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2	Лагеза Аркадий Борисович	к.м.н.	Доцент кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3	Коробка Роман Вячеславович	к.м.н.	Доцент кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Дударев Сергей Игоревич	к.м.н.	Ассистент кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
5	Толстопятов Сергей Владимирович	к.м.н.	Ассистент кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
6	Ткачев Максим Николаевич	к.м.н.	Ассистент кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
7	Шитиков Игорь Викторович	к.м.н.	Ассистент кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

8	Гончар Михаил Викторович		Ассистент кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
---	--------------------------------	--	---	---

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия;

ПЗ - практические занятия;

СР - самостоятельная работа;

ДОТ - дистанционные образовательные технологии;

ЭО - электронное обучение;

ПА - промежуточная аттестация;

ТК - текущий контроль;

ИА - итоговая аттестация;

УП - учебный план;

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач-хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26 ноября 2018 г. N 743н, регистрационный номер 1224).
- ФГОС ВО по специальности 31.08.67 Хирургия, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «26» августа 2014 г. № 1110.
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – Хирургия.

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «Хирургия», обновление системы теоретических знаний и практических умений во всех основных разделах хирургии, а именно: абдоминальной, торакальной, сердечно-сосудистой хирургии, хирургической инфекции.

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области хирургии.

Уровень квалификации: 8.

Связь Программы с профессиональным стандартом

Таблица 1

Профессиональный стандарт «Врач-хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26 ноября 2018 г. N 743н, регистрационный номер 1224)		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю "хирургия"	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
	А/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
В: Оказание специализированной	В/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или)

медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «хирургия»		состояний и установления диагноза
	В/02.8	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности
	В/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

ПК	Описание компетенции	Код ТФ ПС
ПК-1:	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	A/01.8 A/02.8 B/01.8 B/02.8
	должен знать: этиологию, патогенез, клинику, методы диагностики и лечения хирургических заболеваний.	
	должен уметь: интерпретировать результаты осмотра и дополнительных методов обследования, применить необходимые методы диагностики и лечения хирургических заболеваний	
	должен владеть: медицинскими инструментами и аппаратурой для выполнения диспансерного наблюдения	
ПК-2:	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	A/01.8 B/01.8
	должен знать: патологические состояния, симптомы, синдромы хирургических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
	должен уметь: выявить и интерпретировать вышеуказанные симптомы и синдромы и выставить диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
	должен владеть: методами, инструментами и аппаратурой для диагностики хирургических заболеваний	
ПК-3:	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	A/02.8 A/07.8 B/02.8 B/07.8
	должен знать: методы лечения хирургических заболеваний, показания и противопоказания к их применению, возможные осложнения и методы их профилактики	
	должен уметь: применить необходимые методы лечения хирургических больных, контролировать их эффективность и безопасность	
	должен владеть: методикой стандартных хирургических приемов и операций а также медицинской аппаратурой и инструментами	

1.5 Форма обучения

График обучения Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная	6	6	4 недели, 24 дня

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Избранные вопросы хирургии»,
в объёме 144 часов

№ №	Наименование модулей	Все го час ов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажиро вка	Обучающий симуляцион ный курс	Формируем ые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
Фундаментальные дисциплины																
1	Клиническая анатомия и оперативная хирургия	12	12	4	-	8										
Специальные дисциплины																
2	Хирургия органов брюшной полости	70	38	12	-	26		32		32					ПК-1, ПК- 2, ПК-3	ПА
3	Заболевания органов грудной клетки	16	12	-	-	12		4		4					ПК-1 ПК-2 ПК-3	ПА
4	Заболевания и повреждения сосудов	8	4	2	-	2		4		4					ПК-1 ПК-2 ПК-3	ПА
5	Хирургическая инфекция. Термические повреждения.	14	2	-	-	2		12		12					ПК-1 ПК-2 ПК-3	ПА
6	Симуляционный обучающий курс	6	6	-	-	6									ПК-3	ПА
	Всего часов	114	62	14	-	48		52		52						
Смежные дисциплины																
7	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения	12	12	8	4	-										
	Итоговая аттестация	6														экзамен
	Всего часов по программе	144	86	26	4	56		52		52						

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 4 недель: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

Рабочая программа учебного модуля «Фундаментальные дисциплины»

Модуль 1. Клиническая анатомия и оперативная медицина

Код	Наименования тем, элементов
1.1	Топографические аспекты реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии груди.
1.1.1	Клиническая анатомия и топографическая хирургия грудной железы. Клиническая анатомия средостений.
1.1.2	Топографо-анатомические предпосылки к оперативным доступам органов брюшной полости.
1.1.3	Топографические аспекты оперативной хирургии грыж передней брюшной полости.
1.1.4	Топографо-анатомические предпосылки путей распространения гнойных процессов брюшной полости, и их оперативная хирургия
1.1.5	Кишечный шов, колостома
1.1.6	Клиническая анатомия каналов, синусов, пути распространения в них гнойных процессов.
1.1.7	Клиническая анатомия малого таза у женщин. Оперативная хирургия
1.1.8	Топографические аспекты реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии груди.

Рабочие программы учебных модулей «Специальные дисциплины»

Модуль 2 Хирургия органов брюшной полости

Код	Наименования тем, элементов
2.1	Хирургические заболевания желудка
2.1.1	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
2.1.1.1	Методы диагностики: лабораторные, рентгенологические, эндоскопические
2.1.1.2	Осложнения язвенной болезни
2.1.1.2.1	Перфорация
2.1.1.2.2	Малигнизация
2.1.1.2.3	Кровотечение
2.1.1.2.4	Стеноз
2.1.1.2.5	Пенетрация
2.1.1.3	Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии
2.1.1.4	Консервативные и эндоскопические методы лечения
2.1.1.5	Хирургические методы лечения
2.1.1.5.1	Ранние послеоперационные осложнения
2.1.1.5.2	Поздние послеоперационные осложнения

2.1.1.5.2.1	демпинг-синдром
2.1.1.5.2.2	синдром приводящей петли
2.1.1.5.2.3	пептические язвы
2.1.1.5.2.4	прочие осложнения
2.1.2	Безоары желудка
2.1.2.1	Патоморфология
2.1.2.2	Клиника
2.1.2.3	Диагностика
2.1.2.4	Лечение
2.2	Хирургические заболевания кишечника
2.2.1	Острая кишечная непроходимость
2.2.1.1	Динамическая кишечная непроходимость
2.2.1.2	Механическая кишечная непроходимость
2.2.1.2.1	тонкокишечная
2.2.1.2.2	толстокишечная
2.2.1.2.3	обтурационная
2.2.1.2.4	странгуляционная
2.2.1.2.5	инвагинационная
2.2.1.2.6	спаечная
2.2.2	Спаечная болезнь
2.2.2.1	Современные взгляды на причины спайкообразования
2.2.2.2	Особенности хирургического вмешательства при спаечной непроходимости
2.2.2.3	Современные методы предупреждения спайкообразования
2.2.3	Острый аппендицит
2.2.3.1	осложнения острого аппендицита
2.2.3.1.1	перитонит
2.2.3.1.2	аппендикулярный инфильтрат
2.2.3.1.3	пилефлебит
2.2.3.1.4	абсцессы брюшной полости
2.2.3.2.	Послеоперационные осложнения
2.2.3.2.1	Кровотечения
2.2.3.2.2	Перитонит
2.2.3.2.3	несостоятельность швов культи отростка
2.2.3.2.4	гнойники брюшной полости
2.2.3.2.5	кишечные свищи
2.2.4	Хронический аппендицит
2.2.5	Наружные кишечные свищи
2.3	Хирургические заболевания печени и желчных протоков
2.3.1	Паразитарные заболевания печени. Эхинококкоз.
2.3.1.1	Клиника
2.3.1.2	Диагностика
2.3.1.3	Лечение
2.3.2	Желчнокаменная болезнь
2.3.2.1	Диагностика
2.3.2.1.1	рентгенологическая
2.3.2.1.2	лабораторная
2.3.2.1.3	эндоскопическая
2.3.2.1.4	радиоизотопная
2.3.2.1.5	ультразвуковая
2.3.2.2	Показания к хирургическому лечению

2.3.2.3	Эндоскопические методы лечения
2.3.2.4	Осложнения ЖКБ
2.3.3	Механическая желтуха. Дифференциальная диагностика
2.3.3.1	Клиника
2.3.3.2	Диагностика
2.3.3.3	Эндоскопические методы лечения
2.3.3.4	Хирургические методы лечения
2.3.4	Острый холецистит.
2.3.4.1	Этиология и патогенез
2.3.4.2	Клиника
2.3.4.3	Диагностика
2.3.4.4	Консервативное лечение
2.3.4.5	Хирургическое лечение
2.3.5	Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков
2.3.5.1	Постхолецистэктомический синдром
2.3.5.2	Неудаленный полностью желчный пузырь
2.3.5.3	Длинная культя пузырного протока
2.3.5.4	Резидуальные камни
2.3.5.5	Операции при патологии дистального отдела холедоха
2.3.5.6	Операции при стриктурах внепеченочных желчных протоков
2.4	Заболевания поджелудочной железы
2.4.1	Острый панкреатит
2.4.1.1	Клиника
2.4.1.2	Диагностика
2.4.1.3	Консервативное лечение
2.4.1.4	Методы хирургического лечения
2.4.2	Опухоли поджелудочной железы
2.4.2.1	Клиника
2.4.2.2	Диагностика
2.4.2.3	Хирургические методы лечения
2.4.3	Кисты поджелудочной железы
2.4.3.1	Истинные и псевдокисты поджелудочной железы
2.4.3.2	Диагностика
2.4.3.3	Лечение
2.4.4	Хронический панкреатит
2.4.4.1	Диагностика
2.4.4.2	Лечение
2.5	Колопроктология
2.5.1	Заболевания прямой кишки и анального отверстия
2.5.1.1	Острый парапроктит
2.5.1.1.1	Клиника
2.5.1.1.2	Методы оперативного лечения
2.5.1.2	Хронический парапроктит – свищи прямой кишки
2.5.1.2.1	Клиника
2.5.1.2.2	Диагностика
2.5.1.2.3	Методы операций
2.5.1.3	Гемморой
2.5.1.3.1	Клиника
2.5.1.3.2	Диагностика
2.5.1.3.3	Методы консервативного лечения

2.5.1.4	Эпителиальный копчиковый ход
2.5.1.4.1	Клиника
2.5.1.4.2	Диагностика
2.5.1.4.3	Методы оперативного лечения
2.5.2.	Травматические повреждения прямой кишки и промежности. Инородные тела
2.5.2.1	Инородные тела прямой кишки
2.5.2.1.1	Клиника
2.5.2.1.2	Диагностика
2.5.2.1.3	Методы удаления инородных тел
2.6	Травма живота
2.6.1	Ранения стенки живота
2.6.1.1	Клиника
2.6.1.2	Диагностика
2.6.1.3	Лечение
2.6.2	Травма паренхиматозных органов
2.6.2.1	Клиника
2.6.2.2	Диагностика
2.6.2.3	Лечение
2.6.3	Травма полых органов
2.6.3.1	Клиника
2.6.3.2	Диагностика
2.6.3.3	Лечение
2.7	Грыжи
2.7.1	Паховые: прямые, косые
2.7.2	Бедренные
2.7.3	Пупочные
2.7.4	Диафрагмальные
2.7.5	пищеводного отверстия диафрагмы
2.7.6	Послеоперационные
2.7.7	белой линии живота
2.8	Трансплантология

Модуль 3 Заболевания органов грудной клетки

Код	Наименование тем, элементов
3.1	Заболевания легких и плевры
3.1.1	Нагноительные заболевания легких (абсцесс, гангрена)
3.1.1.1	Клиника, диагностика
3.1.1.2	Рентгенологическая диагностика
3.1.1.3	Дифференциальная диагностика с туберкулезом, раком, нагноившимися кистами
3.1.1.4	Консервативные методы лечения
3.1.1.5	Показания к оперативному лечению
3.1.2	Бронхоэктатическая болезнь
3.1.2.1	Классификация, клиника
3.1.2.2.1	Рентгенологическая диагностика: рентгеноскопия, рентгенография,
3.1.2.2.2	Бактериологическое исследование мокроты
3.1.2.2.3	Исследование функции внешнего дыхания
3.1.2.3	Показания к хирургическому лечению
3.1.3	Спонтанный пневмоторакс
3.1.3.1	Клиника

3.1.3.2	Диагностика
3.1.3.3	Лечебная тактика: торакоскопии, торакотомии, эндохирургические операции
3.1.4	Легочное кровотечение
3.1.4.1	Методы диагностики
3.1.4.2	Консервативное лечение
3.1.4.3	Методы хирургического лечения
3.1.5	Плевриты
3.1.5.1	Этиология
3.1.5.2	Методы диагностики
3.1.5.2.1	Плевральные пункции
3.1.5.2.2	Исследование плевральной жидкости
3.1.5.3	Консервативное лечение
3.1.5.4	Показания к хирургическому лечению
3.2	Заболевания средостения
3.2.1	Медиастинит
3.2.1.1	Диагностика
3.2.1.2	Лечебная тактика
3.3	Заболевания пищевода
3.3.1	Кардиоспазм
3.3.2	Ахалазиякардии
3.3.2.1	Дифференциальная диагностика
3.3.2.2	Консервативное лечение
3.3.2.3	Показания к хирургическому лечению
3.3.3	Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
3.3.3.1	Классификация
3.3.3.2	Диагностика
3.3.3.3	Консервативное лечение
3.3.3.4	Показания и методы хирургического лечения
3.3.4	Химические ожоги пищевода
3.3.4.1	Особенности ожогов кислотой и щелочью
3.3.4.2	Первая помощь при ожогах
3.3.4.3	Бужирование пищевода
3.3.4.4	Виды пластики пищевода
3.4	Травма грудной клетки
3.4.1	Виды пневмотораксов
3.4.2	Виды гемоторакса
3.4.3	Закрытые повреждения грудной клетки
3.4.3.1	Ушибы и контузии
3.4.3.2	Переломы ребер
3.4.3.3	Синдром сдавливания груди
3.4.4	Открытые повреждения грудной клетки
3.4.4.1	Диагностика
3.4.4.2	Методы лечения

Модуль 4

Заболевания и повреждения сосудов

Код	Наименование тем, элементов
4.1	Заболевания венозной системы
4.1.1	Варикозная болезнь
4.1.1.1	клиника

4.1.1.2	диагностика
4.1.1.3.1	лечение консервативное
4.1.1.3.2	лечение хирургическое
4.1.2	Острые тромботические и воспалительные поражения системы нижней полой вены
4.1.2.1	Диагностика
4.1.2.2.1	Лечение консервативное
4.1.2.2.2	Лечение хирургическое
4.1.3	Флебит, тромбофлебит.
4.1.3.1	Клиника.
4.1.3.2	Диагностика.
4.1.3.3	Лечение.
4.1.4	Посттромбофлебитический синдром.
4.1.4.1	Клиника.
4.1.4.2	Диагностика.
4.1.4.3	Лечение.
4.2	Заболевания артериальной системы
4.2.1	Облитерирующий эндартериит
4.2.1.1	Этиология
4.2.1.2	Клиника
4.2.1.3	Диагностика
4.2.1.4.1	Лечение консервативное
4.2.1.4.2	Лечение хирургическое
4.2.2	Облитерирующий атеросклероз
4.2.2.1	Клиника
4.2.2.2	Диагностика
4.2.2.3.1	Консервативное лечение
4.2.2.3.2	Хирургическое лечение
4.2.3	Эмболии и острые тромбозы артерий конечностей
4.2.3.1	Степень острой ишемии
4.2.3.2	Клиника ишемии
4.2.3.3	Рентгеноконтрастная ангиография
4.2.3.4	Показания и виды операций
4.2.3.5	Показания к ампутации
4.2.4	Острые нарушения мезентериального кровообращения
4.2.4.1	Клиника
4.2.4.2	Диагностика
4.2.4.3	Лечение
4.2.5	Тромбоэмболии легочной артерии
4.2.5.1	Клиника
4.2.5.2	Диагностика
4.2.5.3.1	Консервативное лечение
4.2.5.3.2	Хирургическое лечение
4.2.6	Артерио-венозные аневризмы
4.2.6.1	Классификация
4.2.6.2	Клиника
4.2.6.3	Диагностика
4.3	Повреждения кровеносных сосудов
4.3.1	Диагностика
4.3.2	Общие принципы лечения повреждений кровеносных сосудов
4.3.2.1	Способы временной остановки кровотечения

4.3.2.2	Лечение геморрагического шока
4.3.2.3	Показания к перевязке сосудов
4.3.2.4	Восстановление проходимости сосудов
4.4	Заболевания лимфатических сосудов
4.4.1	Лимфедема
4.4.1.1	Клиника
4.4.1.2	Диагностика
4.4.1.3	Лечение
4.4.2	Лимфангоит
4.4.2.1	Клиника
4.4.2.2	Диагностика
4.4.2.3	Лечение

Модуль 5

Хирургическая инфекция. Термические повреждения.

Код	Наименование тем, элементов
5.1	Хирургический сепсис
5.1.1	Первичный и вторичный гнойный очаги
5.1.2	Клиническая картина
5.1.3	Дифференциальная диагностика хирургического сепсиса
5.1.4	Септический шок
5.1.5	Принципы лечения
5.2	Перитонит
5.2.1	Классификация
5.2.2	Методы диагностики
5.2.3	Лечение
5.2.3.1	Консервативное лечение
5.2.3.2	Оперативное лечение
5.2.3.3	Послеоперационное ведение
5.2.3.4	Послеоперационные осложнения
5.3	Раны
5.3.1	Учение о ранах
5.3.1.1	Общие данные о раневом процессе
5.3.2	Общие принципы лечения гнойных ран и гнойных заболеваний
5.3.2.1	Хирургическая обработка ран
5.3.2.1.1	Первичная обработка ран
5.3.2.1.2	Вторичная обработка ран
5.3.2.1.3	Техника хирургической обработки гнойного очага
5.4	Термические повреждения
5.4.1	Классификация ожогов
5.4.1.1.	Анатомия и гистология кожи
5.4.1.2.	Физиологическая роль кожи
5.4.1.3.	Глубина ожогового поражения по степеням
5.4.1.4.	Первичный и вторичный некроз при ожогах
5.4.1.5.	Способы определения глубины ожогового поражения. Поверхностные
5.4.1.6.	Значение размеров ожогового поражения в определении тактики оказания первой
5.4.1.7.	Измерения площади тела
5.4.1.8.	Способы измерения площади ожоговых ран у взрослых и детей
5.4.1.9.	Регистрация глубины и площади ожоговых ран
5.4.1.10.	Ограниченные и обширные ожоги
5.4.1.11.	Оценка тяжести термического поражения и предположительного исхода
5.4.2	Ожоговая болезнь
5.4.2.1.	Понятие об ожоговой болезни
5.4.2.2.	Классификация ожоговой болезни

5.4.3	Местное лечение ожогов
5.4.3.1.	Общие принципы местного консервативного и медикаментозного лечения при ожогах.
5.4.3.2.	Местное лечение ограниченных поверхностных ожогов (амбулаторное лечение)
5.4.3.3.	Местное лечение ограниченных глубоких ожогов
5.4.3.4.	Местное лечение при ожогах особых локализаций
5.4.3.5.	Местное лечение обширных глубоких ожогов

Модуль 6 рабочая программа обучающего симуляционного курса

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
6.1	Осваивание модуля «Аппендэктомия»
6.2	Осваивание модуля «Лапароскопическая холецистэктомия»
6.3	Осваивание модуля «Паховая грыжа»
6.4	Осваивание модуля «Пупочная грыжа»
6.5	Осваивание модуля «Шунтирование желудка»
6.6	Осваивание модуля «Сигмоидэктомия»

Обучающий симуляционный курс

Ситуации	Проверяемые трудовые функции	Симул-ное и вспом-льное оборуд-ние	Расходн матер-лы	Задачи симуляции
Осваивание модуля «Аппендэктомия»	В/01.8 Проведение обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с целью установления диагноза; В/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Лапароскопический хирургический симулятор LapMentor II I	Антисептик для обработки контактных поверхностей	демонстрация лицом умения выделения брыжеечного окна, клипирование артерии, лигирование аппендикса с помощью лигирующей петли, разделение брыжейки и основания аппендикса с помощью сшивающего инструмента, электрохирургического скальпеля
Осваивание модуля «Лапароскопическая холецистэктомия»	В/01.8 Проведение обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с целью установления диагноза; В/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Лапароскопический хирургический симулятор LapMentor II I	Антисептик для обработки контактных поверхностей	демонстрация лицом умения ориентироваться в нормальной анатомии желчевыводящих путей с вариациями расположения пузырной артерии (вариация: короткий пузырный проток, отходящий от общего желчного протока; вариации разветвления пузырной артерии, отходящей от нормальной общей печеночной артерии, вариации печеночного протока и артерии); клипирования и разрезания при отведении желчного пузыря, работа обеими руками, выделения анатомических структур – обеспечение основного доступа, выделение желчного

				пузыря
Осваивание модуля «Паховая грыжа»	В/01.8 Проведение обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с целью установления диагноза; В/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Лапароскопический хирургический симулятор LapMentorII I	Антисептик для обработки контактных поверхностей	демонстрация лицом умения владения и демонстрации умения и навыков установки иглы в иглодержателе и наложения различных швов, идентификации анатомических образований паховой области, выполнения ТАРР, различных вариантов интраоперационных травм сосудов, нервов, мочевого пузыря
Осваивание модуля «Пупочная грыжа»	В/01.8 Проведение обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с целью установления диагноза; В/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Лапароскопический хирургический симулятор LapMentorII I	Антисептик для обработки контактных поверхностей	демонстрация лицом умения герниотомии и герниопластики при невосправляемой пупочной грыже, околопупочной послеоперационной грыже, послеоперационной грыже в эпи- и гипогастрии, после лапаротомии по Волковичу-Дьяконову, параколомической грыже.
Осваивание модуля «Шунтирование желудка»	В/01.8 Проведение обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с целью установления диагноза; В/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Лапароскопический хирургический симулятор LapMentorII I	Антисептик для обработки контактных поверхностей	демонстрация лицом умения лапароскопического наложения гастроюнонального энтероэнтерального анастомоза в различных анатомических вариантах, а также понимание причин возникновения осложнений в ходе выполнения лапароскопического шунтирования и способов их профилактики
Осваивание модуля «Сигмоидэктомия»	В/01.8 Проведение обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с целью установления диагноза; В/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Лапароскопический хирургический симулятор LapMentorIII	Антисептик для обработки контактных поверхностей	демонстрация лицом умения идентификации левого мочеточника, правильного рассечения ткани, выделения и мобилизации нижней брыжеечной артерии и вены, левой ободочной артерии, мобилизации сигмовидной кишки, выделения стенки прямой кишки, дистальной резекции сигмовидной кишки, наложения анастомоза «конец в конец» с использованием циркулярного сшивающего аппарата

**Рабочая программа учебного модуля
«Смежные дисциплины»**

Модуль 7

**Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере
здравоохранения**

Код	Наименования тем, элементов
7.1	Обороноспособность и национальная безопасность Российской Федерации
7.1.1	Основы национальной безопасности Российской Федерации
7.1.2	Законодательное и нормативное правовое регулирование в области и охраны государственной тайны
7.2	Основы мобилизационной подготовки экономики Российской Федерации
7.2.1	Законодательное нормативное правовое обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации
7.3	Мобилизационная подготовка здравоохранения Российской Федерации
7.3.1	Специальное формирования здравоохранения (СФЗ), их место и роль в современной системе лечебно–эвакуационного обеспечения войск
7.3.2	Подвижные медицинские формирования. Задачи, организация, порядок работы
7.4	Государственный материальный резерв
7.4.1	Нормативное правовое регулирование вопросов формирования, хранения, накопления и освежения запасов мобилизационного резерва
7.5	Избранные вопросы медицины катастроф
7.5.1	Организация и основы деятельности службы медицины катастроф (СМК)
7.6	Хирургическая патология в военное время
7.6.1	Комбинированные поражения
7.7	Терапевтическая патология в военное время
7.7.1	Заболевания внутренних органов при травматических повреждениях

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма промежуточной и итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ПА - по каждому учебному модулю Программы. Форма ПА – зачёт. Зачет проводится посредством тестового контроля - письменно.

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП), при успешном прохождении всех ПА в соответствии с УП. Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля - письменно, решения ситуационной задачи - письменно и собеседования с обучающимся.

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся удостоверение о повышении квалификации.

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде вопросов, тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
1	ГБУ РО РОКБ, 344015, г. Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170, поликлинический корпус.	0 этаж, уч. комнаты № 1,2,3.
2	МБУЗ "Городская больница №20 г. Ростова-на-Дону", 344091, г. Ростов-на-Дону, пр. Коммунистический, 39	1,6 этаж, уч. комнаты № 1,2
3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону, ул. Суворова, 119/80, Центр симуляционного обучения	1 этаж

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Виртуальный симулятор лапароскопических вмешательств Lap Mentor III

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература
1.	Хирургические болезни : учебник : под ред. М.И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 991 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». - Текст: электронный, 51 экз.
2	Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 т.: Том 2 / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 832 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача». - Текст: электронный
	Дополнительная литература
1	Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие : А.И. Кириенко, А. М. Шулутко, В.И. Семиков [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Доступ из ЭБС «Консультант врача». - Текст: электронный.
2	Суковатых Б.С. Хирургические болезни и травмы / Б.С. Суковатых, С.А. Сумин, Н.К. Горшунова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624с., 1 экз.
3	Семенов Г.М. Хирургический шов / Г.М. Семенов, В.Л. Петришин, М.В. Ковшова. – Санкт-Петербург: ПИТЕР, 2001. - 256 с., 2 экз.
4	Сажин В.П. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / В.П. Сажин, А.В. Федоров, А.В. Сажин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача». – Текст: электронный, 1 экз.
5	Военно-полевая хирургия: национальное руководство / под ред. И.Ю. Быкова, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 816 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача». – Текст: электронный
6	Абдоминальная хирургия: национальное руководство : краткое издание / под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача». – Текст: электронный
7	Эндокринная хирургия / под ред. И. И. Дедова, Н. С. Кузнецова, Г. А. Мельниченко. - Москва: Литтерра, 2014. - 344 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача». – Текст: электронный
8	Колопроктология: учебное пособие / В.И. Никольский, И.Г. Шалдыбин, И.В. Черемисин [и др.]; Медицинский ин-т Пензенского гос. ун-та. - Пенза : Изд-во ПГУ, 2010. - 198с., 1 экз.
9	Федоров И.В. Эндоскопическая хирургия / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, Л.Е. Славин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 540с. , 1 экз.
10	Шумпелик Ф. Атлас оперативной хирургии / Ф. Шумпелик; пер. с англ. Н.Л. Матвеева. – Москва: Изд-во Панфилова, 2010. - 616 с. , 1 экз.
11	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т.: Т.2. / А.В. Николаев. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - - 480 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – Текст: электронный
12	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т.: Т.2. / А.В. Николаев. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 480 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача» – Текст: электронный
13	Нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность здравоохранения по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций мирного времени, определяющие работу в период мобилизации и в военное время: информац. - справ. материалы / сост.: Ю.Е. Барачевский, Р.В. Кудасов, С.М. Грошилини. - Ростов-н/Д : РостГМУ, 2014. - 108 с.

14	Барачевский Ю.Е. Основы Мобилизационной подготовки здравоохранения : / Ю.Е. Барачевский, С.М. Грошили. – Архангельск, 2011.- 96с.
15	Разгулин С.А. Организация обеспечения медицинским имуществом в чрезвычайных ситуациях: учеб.пособие / С.А. Разгулин, А.И. Бельский, Н.В. Нестеренко; под ред. С.А. Разгулина; Нижегород. гос. мед. акад. - 2-е изд. - Нижний Новгород: НижГМА, 2013. – 74с.
16	Каган И.И.Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник для медицинских вузов /И.И.Каган, С.В.Чемезов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 672 с. + 1 электрон. опт.диск (CD-ROM).
17	Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия. Ч.1: учебное пособие: В 2-х частях / сост.: В.К.Татьянченко, А.В.Овсянников, Ю.В. Хоронько[и др.]; науч. ред. В.К. Татьянченко. – Ростов н/Д: РостГМУ, 2015. - 359с. : ил.

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	Доступ неограничен
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением_ Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
5	Scopus / ElsevierInc.,ReedElsevier. – Philadelphia: ElsevierB.V., PA. – URL: http://www.scopus.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
6	FreedomCollection [журналы]/ScienceDirect.Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации(<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
7	БД издательства SpringerNature. - URL: https://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php	Доступ неограничен
8	WileyOnlineLibrary / JohnWiley&Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
9	Questelбаза данных OrbitPremiumedition: база данных патентного поиска http://www.orbit.com по IP-адресам РостГМУ(<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
10	NanoDatabase :справочные издания по нано-материалам. - URL: https://nano.nature.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации	Доступ ограничен
11	Российское образование. Единое окно доступа / Федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ

12	Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	Открытый доступ
13	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://femb.ru/ml.ru/femb/	Открытый доступ
14	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
15	КиберЛенинка: науч. электрон. биб-ка. - URL: http://cyberleninka.ru/	Открытый доступ
16	МЕДВЕСТНИК. Портал российского врача: библиотека, база знаний. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
17	Медицинский Вестник Юга России. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ(поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
18	National Library of Medicine (PubMed). - URL: http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
19	Directory of Open Access Journals: полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии. - URL: http://www.doaj.org/	Открытый доступ
20	Free Medical Journals . - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
21	Free Medical Books . - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Открытый доступ
22	International Scientific Publications . - URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
23	Univadis.ru : международ. мед. портал. - URL: http://www.univadis.ru/	Открытый доступ
24	ECO-Vector Journals Portal / Open Journal Systems . - URL: http://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ
25	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей. - URL: http://www.evrika.ru/	Открытый доступ
26	Med-Edu.ru : медицинский видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/	Открытый доступ
27	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
28	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: http://cr.rosminzdrav.ru/	Открытый доступ
29	Словари и энциклопедии на Академике. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
30	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
31	Всемирная организация здравоохранения. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
32	Министерство науки и высшего образования Российской Федерации. - URL: http://minobrнауки.gov.ru/	Открытый доступ
33	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (вопросы контроля исходного уровня знаний, вопросы для самоконтроля по каждому разделу, тестовые задания, интернет-ссылки, нормативные документы);
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной и итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по специальности «Хирургия», в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 70%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 80%.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 90%.

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
1	Коробка Вячеслав Леонидович	д.м.н., доцент	Зав. кафедрой	совмещение
2	Лагеца Аркадий Борисович	к.м.н	доцент	основное
3	Коробка Роман Вячеславович	к.м.н	доцент	совмещение
4	Толстопятов Сергей Владимирович	к.м.н	ассистент	совмещение
5	Дударев Сергей Игоревич	к.м.н	ассистент	совмещение
6	Ткачев Максим Николаевич	к.м.н	ассистент	совмещение
7	Шитиков Игорь Викторович	к.м.н	ассистент	совмещение
8	Гончар Михаил Викторович	-	ассистент	совмещение
9	Дюжиков Александр Акимович	д.м.н	профессор	совмещение
10	Клец Иван Сергеевич	-	ассистент	совмещение
11	Чижиков Николай Борисович	к.м.н	ассистент	совмещение
12	Кострыкин Михаил Юрьевич	д.м.н	ассистент	совмещение
13	Богданов Валерий Леонидович	к.м.н, доцент	доцент	совмещение
14	Гуснай Михаил Викторович	-	ассистент	совмещение

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «Избранные вопросы хирургии» со сроком
освоения 144 академических часа по специальности «Хирургия».

Список тестовых заданий по модулю 2 "Хирургия органов брюшной полости"

1	Кафедра	Реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ГБУ РО РОКБ. 344015. г.Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170
4	Зав.кафедрой	Доц., д.м.н. Коробка В.Л.
5	Ответственный составитель	Доц., к.м.н. Лагеца А.Б.
6	Е-mail	lageza_ab@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	89281256565
8	Кабинет №	1
9	Учебная дисциплина	Хирургия
10	Учебный предмет	Хирургия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	2 "Хирургия органов брюшной полости"
15	Тема	2.1-2.7
16	Подтема	2.1.1-2.7.7
17	Количество вопросов	60
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

2	7	1			
			Укажите анатомическое образования из которого не состоит брюшная стенка в области пупка.		
	*		апоневроз прямой мышцы живота		
			кожа		
			поперечная фасция		
			брюшина		
			Нет правильных ответов		
2	7	2			
			Укажите анатомическое образование верхней стенки пахового канала у здоровых людей?		

	*		нижний край поперечной мышцы живота		
			апоневроз внутренней косой мышцы живота		
			апоневроз поперечной мышцы живота		
			нижний край внутренней косой мышцы живота		
			предбрюшинная клетчатка		
2	7	3			
			Укажите анатомическое образование нижней стенки пахового канала		
	*		паховая связка		
			лакунарная связка		
			гребешковая связка		
			бедренная вена		
			бедренная артерия		
2	7	4			
			Укажите анатомические образования задней стенки пахового канала		
	*		поперечная фасция		
			париетальная брюшина		
			апоневроз внутренней косой мышцы живота		
			апоневроз поперечной мышцы живота		
			апоневроз наружной косой мышцы живота		
2	7	5			
			Укажите, какой нерв лежит на поверхности семенного канатика в паховом канале.		
	*		подвздошно-паховый		
			половая ветвь бедренного нерва		
			подвздошно-подчревный нерв		
			передний мошоночный нерв		
			подкожно-подчревный нерв		
2	7	6			
			Укажите, мышечные волокна какой мышцы рассекает хирург вместе с влагалищной оболочкой семенного канатика, при выделении грыжевого мешка во время операции грыжесечения.		
	*		мышца, поднимающая яичко		
			поперечная мышца живота		
			пирамидальная мышца		
			внутренняя косая мышца живота		
			поясничная мышца		
2	7	7			
			Наиболее редким видом грыж является:		
	*		грыжа мечевидного отростка		
			грыжа спигелиевой линии		
			грыжа белой линии		
			послеоперационная грыжа		
			бедренная грыжа		
2	7	8			
			При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо		
	*		вначале рассечь грыжевой мешок		
			можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот		
			выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)		
			сделать лапаротомию		
2	7	9			

			Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является		
	*		противопоказаний не может быть		
			тяжесть состояния больного		
			беременность во второй ее половине		
			флегмона грыжевого мешка		
2	7	10			
			При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает		
	*		немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией		
			вправление грыжи		
			назначение анальгетиков и спазмолитиков		
			назначение наркотиков		
2	7	11			
			При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает		
	*		тщательное наблюдение за больным в условиях стационара		
			поставить очистительную клизму		
			возможность отпустить больного домой с повторным осмотром		
			лапаротомию с ревизией органов брюшной полости		
2	7	12			
			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		
	*		скользящая грыжа		
			грыжа запирающего отверстия		
			прямая паховая грыжа		
			бедренная грыжа		
2	7	13			
			Невправимость грыжи зависит		
	*		от спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем		
			от сужения грыжевых ворот		
			от выхождения в нее мочевого пузыря		
			от выхождения в нее слепой кишки		
2	7	14			
			Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию		
	*		Лихтенштейна		
			Бассини и Постемского		
			Мартынова		
			Жирара - Спасокукоцкого		
2	7	15			
			При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступая от видимой границы некроза на расстояние		
	*		15-20 см		
			5-10 см		
			25-30 см		
			45-50 см		
2	7	16			

			При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести		
	*		выполнение экстренной операции		
			наблюдение		
			консервативное лечение		
			вправление грыжи		
2	7	17			
			Бедренные грыжи чаще встречаются		
	*		у многорожавших женщин		
			у мужчин пожилого возраста		
			у женщин нерожавших		
			у юношей		
2	7	18			
			Шейка мешка бедренной грыжи расположена		
	*		медиальнее бедренных сосудов		
			латеральнее бедренных сосудов		
			позади бедренных сосудов		
			медиальнеекупферовской связки		
2	7	19			
			Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах		
	*		скользящей		
			прямой паховой		
			Рихтерской		
			косой паховой		
2	7	20			
			При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции		
	*		по Лексеру		
			по Сапежко		
			по Кину		
			по Терье - Черни		
2	7	21			
			К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся		
			бедренные		
			косые паховые		
			пупочные		
	*		грыжи белой линии живота		
2	7	22			
			Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны		
	*		с бедренной веной		
			с куперовской связкой		
			с бедренным нервом		
			с пупартовой связкой		
2	7	23			
			Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме		
			острого начала		
			невправимости грыжи		

			болезненности грыжевого выпячивания		
			резкой боли		
	*		высокой температуры		
2	7	24			
			При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят		
	*		в приводящей петле		
			в отводящей петле		
			в приводящей и отводящей петле в равной степени		
			в сегменте брыжейки ущемленной кишки		
			во всех перечисленных отделах		
2	7	25			
			Паховую грыжу следует дифференцировать		
			с водянкой яичка		
			с паховым лимфаденитом		
			с варикозным расширением вен семенного канатик		
			с водянкой семенного канатика		
	*		со всеми перечисленными заболеваниями		
2	7	26			
			Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать		
			с липомой		
			с холодным натечником		
			с ущемленной паховой грыжей		
			с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного		
	*		со всем перечисленным		
2	7	27			
			При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть		
	*		к трансиллюминации и пальпации		
			к пункции		
			к перкуссии		
			к аускультации		
			к пальцевому исследованию прямой кишки		
2	7	28			
			К образованию послеоперационной грыжи предрасполагают		
			раневая инфекция		
			послеоперационный парез		
			срединный разрез		
			неправильная техника ушивания раны		
	*		все выше перечисленное		
2	7	29			
			К оперативным методам лечения прямой паховой грыжи относится операция		
	*		по Бассини		
			по Мартынову		
			по Руджи		
			по Жирару - Спасокукоцкому		
			по Ру		
2	7	30			
			Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются		

	*		со слизистого слоя		
			с подслизистого слоя		
			с мышечного слоя		
			с субсерозного слоя		
			с серозного слоя		
2	6	31	Какой газ используется для инсuffляции в брюшную полость		
			Кислород		
			Азот		
			Водород		
	*		Углекислый газ		
			Воздух		
2	6	32			
			Какое осложнение может вызвать форсированное введение газа при лапароскопии		
			Дыхательные нарушения		
			Внутреннее кровотечение		
	*		Сердечно-сосудистые нарушения		
			Газовая эмболия		
			Повреждение органов брюшной полости		
2	6	33			
			Первые действия хирурга при подозрении на повреждение крупных сосудов при лапароскопии		
			Извлечь лапароскопический инструмент, выполнить немедленную лапаротомию		
			Извлечь лапароскопический инструмент, выполнить немедленный гемостаз прижатием		
	*		Не вынимая лапароскопический инструмент, выполнить немедленную лапаротомию и временный гемостаз прижатием		
			Остановить кровотечение лапароскопически		
			Остановить операцию и ждать хирурга-ангиолога		
5	2	34			
			При каких из нижеперечисленных заболеваний лапароскопия противопоказана		
			перитонит, тубоовариальное образование		
	*		перитонит, инфекция брюшной стенки, сепсис		
			кожные заболевания, пельвиоперитонит, перитонит		
			инфекция мочевых путей, эндометрит, вульвовагинит		
			нагноение кисты яичника, пиосальпинкс или тубоовариальное		
2	5	35			
			Какие нижеперечисленные изменения анатомии являются противопоказанием к лапароскопии		
			выраженное ожирение, ранние сроки беременности, варикозное		
			язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, аномалии матки		
			крупная аневризма брюшной аорты, множественные спайки, миома матки		
	*		обструкция кишечника, множественные спайки, крупная аневризма		
			рубцы на передней брюшной стенке после предыдущих операций, паховая		
2	6	36			
			Оптимальное давление газа в брюшной полости при выполнении лапароскопии		
			4 мм рт. ст.		
			7 мм рт. ст.		

	*		12 мм рт. ст.		
			17 мм рт. ст.		
2	6	37			
			Третий триместр беременности является		
			Абсолютным противопоказанием к лапароскопии		
	*		Относительным противопоказанием к лапароскопии		
			Физиологической особенностью, не требующей особых мер при		
			Лапароскопия в данный период возможна только при согласии		
2	3	38			
			Положение Фаулера используется при лапароскопии для осмотра		
	*		печени, желчного пузыря, желудка		
			Органов малого таза		
			Тонкой кишки		
			Селезенки, селезеночного угла поперечноободочной и нисходящей		
2	6	39			
			Впервые выполнил лапароскопию в эксперименте		
	*		Кёлинг в 1901г.		
			Золликофер в 1920г.		
			Вереш в 1902г.		
			Кальк в 1919г.		
2	3	40			
			В России первую лапароскопическую холецистэктомию выполнил в 1991 году		
	*		Галлингер Ю.И.		
			Савельев В.С.		
			Сажин В.П.		
			Емельянов С.И.		
2	2	41			
			Противопоказанием диагностической лапароскопии при подозрении на острый аппендицит является:1) Перитонит с выраженным парезом ЖКТ; 2) Противопоказания к наложению карбоксиперитонеума; 3) Лапаротомии в анамнезе; 4) Перитонит в анамнезе; 5) Спаечная болезнь брюшной полости. Укажите правильные ответы:		
			1,5		
	*		1,2		
			2,3,4,5		
			2,5		
2	3	42			
			Риск травмы желчных протоков при лапароскопической операции по сравнению с лапаротомной холецистэктомией		
	*		больше		
			меньше		
			сравним при обоих методах		
			от 36 до 47 ранений на 10000 пациентов		

2	1	43	При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме		
			малой кривизны желудка		
			кардиального отдела желудка		
			нижнего отдела пищевода		
	*		постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки		
2	1	44	Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками		
			инсуломы поджелудочной железы		
			синдрома приводящей петли		
	*		демпинг-синдрома		
			синдрома малого желудка		
2	1	45	Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению		
			демпинг-синдрома		
			гипогликемического синдрома		
	*		пептической язвы анастомоза		
			синдрома приводящей петли		
2	1	46	Для хронической язвы двенадцатиперстной кишки не является		
			кровотечение		
	*		малигнизация		
			перфорация		
			пенетрация в поджелудочную железу		
2	1	47	Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается		
			в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка		
			в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором		
			в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости		
	*		в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков		
2	4	48	Острый панкреатит может возникнуть под влиянием всех перечисленных факторов, кроме		
			лекарственных препаратов (диуретики, АКТГ, аспаргина)		
			травмы поджелудочной железы		
			хирургических вмешательств на большом дуоденальном сосочке		
	*		тиреотоксикоза		
2	4	49	В отдаленном периоде болезни исходом острого панкреатита могут быть		
			все указанные заболевания, кроме		
			образования ложной кисты		
			появления сахарного диабета		
			развития кистозного фиброза железы		

	*		возникновения инсуломы		
2	3	50	К симптомам, характерным для обтурационной желтухи, возникшей на почве калькулезного холецистита, относятся все перечисленные, кроме приступообразных болей типа печеночной колики		
			быстрого развития желтухи после болевого приступа		
			желчный пузырь чаще не пальпируется, область его резко болезненна		
	*		похудания, резкой слабости		
2	3	51	Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2.5 см общий желчный проток. Больному следует		
	*		произвести холецистэктомию, затем холангиографию		
			сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока		
			наложить холецистостому		
			произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка		
2	3	52	Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются		
			при остром деструктивном холецистите		
	*		при тяжелом гнойном холангите		
			при нагноении паразитарной кисты печени		
			при внедрении аскарид во внутрпеченочные желчные ходы		
2	2	53	Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый		
			четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота		
			"шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу		
	*		пустой баллонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования		
			шумом падающей капли		
2	2	54	Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны		
			серозного покрова		
			подслизистого слоя		
	*		слизистого слоя		
			со стороны всех слоев одновременно		
2	5	55	Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме		
	*		деторсии		
			сигмопексии		
			мезосигмопликации		
			резекции сигмовидной кишки		
2	5	56	При удалении каких отделов кишечника наблюдается наиболее выраженные нарушения питания?		
			терминальный отдел подвздошной кишки		
	*		проксимальный отдел тощей кишки		

			слепая кишка		
			двенадцатиперстная кишка		
2	1	57	При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется		
	*		Эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения		
			Эндоскопический гемостаз		
			Лапароскопия		
			Лапаротомия		
2	3	58	Какие препараты не используются для снижения давления в портальной системе		
			Соматостатин и его аналоги (стиламин, сандостатин, октреотид)		
			Вазопрессин, глипрессин, терлипрессин		
			Венозные вазодилататоры (нитроглицерин, перлинглит, изосорбид5-		
	*		Спазмолитики (папаверин, платифиллин, дротверин, мебеверин)		
2	1	59	Какой видов эндоскопического гемостаза не применяются при кровотечении из ВРВ пищевода и желудка		
			Лигирование		
			Склеротерапия		
			Стентирование пищевода		
	*		Диатермокоагуляция		
2	3	60	Основной причиной возникновения острого воспаления и некробиотических процессов в стенке желчного пузыря является		
	*		Повышение внутрипузырного давления		
			Проникновение микроорганизмов в стенку через желчь		
			Проникновение микроорганизмов в стенку через кровь		
			Тромбоз кровоснабжающих сосудов		

Список тестовых заданий по модулю 3 "Заболевания органов грудной клетки"

1	Кафедра	Реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ГБУ РО РОКБ. 344015. г.Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170
4	Зав.кафедрой	Доц., д.м.н. Коробка В.Л.
5	Ответственный составитель	Доц., к.м.н. Лагеца А.Б.
6	Е-mail	lageza_ab@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	89281256565
8	Кабинет №	1
9	Учебная дисциплина	Хирургия
10	Учебный предмет	Хирургия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Хирургия

13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	3 "Заболевания органов грудной клетки"
15	Тема	3.1-3.4
16	Подтема	3.1.1-3.4.4
17	Количество вопросов	26
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

3	1	1	В проекции какой скелетотопической линии необходимо пунктировать плевральную полость при пневмотораксе во 2-м межреберье парастернальной		
	*		среднеключичной		
			переднеподмышечной		
			среднеподмышечной		
3	1	2	На рентгенограмме грудной клетки определяется уровень жидкости у угла лопатки. Величина гемоторакса по Куприянову		
			малая		
	*		средняя		
			большая		
			тотальная		
3	1	3	У женщин 30 лет ежемесячно, в дни менструаций, появляется		
			туберкулез легких		
			болезнь Рандю-ОСЛЕРА		
	*		эндометриоз легких		
			опухоль легких		
3	3	4	Какой признак характерен для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы		
			боль в эпигастрии, отдающая в спину и надплечья		
	*		усиление боли лежа		
			веретенообразное сужение пищевода при рентгенографии		
			неустойчивый или жидкий стул		
3	1	5	Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является		
			разрыв плевральных сращений		
			прорыв абсцесса легкого		
			разрыв врожденных воздушных кист легкого		
	*		разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких		
3	1	6	Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить		
			сухой плеврит		
			тромбоэмболию ветвей легочной артерии		
	*		спонтанный неспецифический пневмоторакс		

			инфаркт миокарда		
3	1	7	Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение		
			бронхоэктатической болезни		
			туберкулеза		
	*		острой пневмонии		
			ишемической болезни сердца		
3	1	8	Достоверным признаком легочного кровотечения является		
			выделение крови изо рта		
			кашель с выделением алой пенистой крови		
			наличие рентген-затемнения в легком		
	*		наличие крови в бронхах при бронхоскопии		
3	3	9	Операция эзофагокардиомиотомии показана		
			при карциноме пищевода		
	*		при ахалазии пищевода и кардиоспазме		
			при диафрагмальной грыже		
			при грыже пищеводного отверстия диафрагмы		
3	3	10	Оптимальным методом оказания первой помощи при химическом ожоге пищевода считается		
	*		промывание пищевода и желудка с помощью зонда		
			промывание пищевода и желудка "ресторанным" способом		
			внутривенное введение жидкостей и лекарственных средств		
			очистительные клизмы		
3	4	11	У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа - 4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание необходимо начать		
	*		с дренирования обеих плевральных полостей		
			с интубации и искусственной вентиляции легких		
			с наложения трахеостомии и искусственной вентиляции		
			с двусторонней торакотомии		
3	4	12	Характерным признаком разрыва легкого является		
			кровохаркание		
			гемоторакс		
			пневмоторакс		
	*		гемо-пневмоторакс		
3	2	13	При рентгенологическом обследовании перфорации пищевода		
	*		газа в плевральных полостях		
			расширения тени средостения		
			газа в средостении и мягких тканях шеи		
			выхождения контрастного вещества за пределы пищевода		
3	1	14	В проекции какой скелетотопической линии необходимо пунктировать плевральную полость при пневмотораксе во 2-м межреберье		

			парастернальной		
	*		среднеключичной		
			переднеподмышечной		
			среднеподмышечной		
3	1	15	На рентгенограмме грудной клетки определяется уровень жидкости у угла лопатки. Величина гемоторакса по Куприянову		
			малая		
	*		средняя		
			большая		
			тотальная		
3	1	16	У женщин 30 лет ежемесячно, в дни менструаций, появляется		
			туберкулез легких		
			болезнь Рандю-ОСЛЕРА		
	*		эндометриоз легких		
			опухоль легких		
3	3	17	Какой признак характерен для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы		
			боль в эпигастрии, отдающая в спину и надплечья		
	*		усиление боли лежа		
			веретенообразное сужение пищевода при рентгенографии		
			неустойчивый или жидкий стул		
3	1	18	Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является		
			разрыв плевральных сращений		
			прорыв абсцесса легкого		
			разрыв врожденных воздушных кист легкого		
	*		разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких		
3	1	19	Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить		
			сухой плеврит		
			тромбоэмболию ветвей легочной артерии		
	*		спонтанный неспецифический пневмоторакс		
			инфаркт миокарда		
3	1	20	Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение		
			bronхоэктатической болезни		
			туберкулеза		
	*		острой пневмонии		
			ишемической болезни сердца		
3	1	21	Достоверным признаком легочного кровотечения является		
			выделение крови изо рта		

			кашель с выделением алой пенистой крови		
			наличие рентген-затемнения в легком		
	*		наличие крови в бронхах при бронхоскопии		
3	3	22	Операция эзофагокардиомиотомии показана		
			при карциноме пищевода		
	*		при ахалазии пищевода и кардиоспазме		
			при диафрагмальной грыже		
			при грыже пищеводного отверстия диафрагмы		
3	3	23	Оптимальным методом оказания первой помощи при химическом ожоге пищевода считается		
	*		промывание пищевода и желудка с помощью зонда		
			промывание пищевода и желудка "ресторанным" способом		
			внутривенное введение жидкостей и лекарственных средств		
			очистительные клизмы		
3	4	24	У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа - 4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание необходимо начать		
	*		с дренирования обеих плевральных полостей		
			с интубации и искусственной вентиляции легких		
			с наложения трахеостомии и искусственной вентиляции		
			с двусторонней торакотомии		
3	4	25	Характерным признаком разрыва легкого является		
			кровохаркание		
			гемоторакс		
			пневмоторакс		
	*		гемо-пневмоторакс		
3	2	26	При рентгенологическом обследовании перфорации пищевода		
	*		газа в плевральных полостях		
			расширения тени средостения		
			газа в средостении и мягких тканях шеи		
			выходения контрастного вещества за пределы пищевода		

Список тестовых заданий по модулю 4 "Заболевания и повреждения сосудов"

1	Кафедра	Реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ГБУ РО РОКБ. 344015. г.Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170
4	Зав.кафедрой	Доц., д.м.н. Коробка В.Л.
5	Ответственный составитель	Доц., к.м.н. Лагеца А.Б.
6	E-mail	lageza_ab@rostgmu.ru

7	Моб. телефон	89281256565
8	Кабинет №	1
9	Учебная дисциплина	Хирургия
10	Учебный предмет	Хирургия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	4 "Заболевания и повреждения сосудов"
15	Тема	4.1-4.4
16	Подтема	4.1.1-4.4.2
17	Количество вопросов	12
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

4	2	1			
			У больного 82 лет с острым инфарктом миокарда в течение 2 ч появились боли по всему животу. Какая тактика должна быть принята хирургом для дифференциальной диагностики перфорации полого органа и мезентериального тромбоза?		
	*		лапаротомия		
			лапароскопия		
			динамическое наблюдение хирурга		
			терапия острого коронарного синдрома		
4	2	2	К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится		
	*		склероз артериол		
			петлистый артериальный тромбоз		
			развитие синдрома Лериша		
			тромбоз бедренной артерии		
4	4	3	Хроническая лимфедема характеризуется всем нижеперечисленным, при надавливании пальцем ямка не образуется		
			плотный "мясистый" отек ткани		
	*		уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной		
			пигментные и трофические изменения кожи		
4	2	4	Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является		
	*		глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза		
			глубоких вен верхних конечностей		
			поверхностных вен нижних конечностей		
			лицевых вен		
4	1	5	Пилефлебит - это тромбофлебит		
			селезеночной вены		
			нижней брыжеечной вены		
			печеночной вены		
	*		воротной вены		

4	1	6	Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен		
			рассыпной тип поражения		
			рецидив после оперативного лечения		
	*		непроходимость глубоких вен		
			острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе		
4	1	7	Операция Троянова - Тренделенберга заключается		
	*		в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми		
			в удалении подкожных вен методом тоннелирования		
			в перевязке коммуникантных вен над фасцией		
			в субфасциальной перевязке коммуникантных вен		
4	1	8	Главный смысл бинтования голени эластическими бинтами в		
			в профилактике тромбоза поверхностных вен нижних конечностей		
			в необходимости централизации кровообращения		
	*		в ускорении кровотока по глубоким венам нижних конечностей		
			в выполнении рекомендаций и стандартов лечения		
4	2	9	Наиболее частым клиническим проявлением тромбоза легочной		
			боли в спине		
			боли за грудиной		
	*		одышка		
			кровохарканье		
4	1	10	Синдром верхней полой вены бывает при		
			липоме		
	*		лимфогранулематозе средостения		
			загрудинном зобе		
			Синдроме Бадда-Киарри		
4	3	11	При осмотре больного через 2 недели после ранения мягких тканей		
			о гематоме вследствие повреждения мышц		
	*		о пульсирующей гематоме вследствие повреждения артерии		
			о наличии ложной аневризмы магистральной артерии		
			с формированием артериовенозного свища		
4	1	12			
			Через какую вену производится доступ при TIPS		
			подключичную		
	*		яремную		
			подмышечную		
			бедренную		

**Список тестовых заданий по модулю
5 "Хирургическая инфекция. Термические повреждения"**

1	Кафедра	Реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ГБУ РО РОКБ. 344015. г.Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170
4	Зав.кафедрой	Доц., д.м.н. Коробка В.Л.
5	Ответственный составитель	Доц., к.м.н. Лагеца А.Б.
6	Е-mail	lageza_ab@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	89281256565
8	Кабинет №	1
9	Учебная дисциплина	Хирургия
10	Учебный предмет	Хирургия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	5 "Хирургическая инфекция. Термические повреждения"
15	Тема	5.1-5.4
16	Подтема	5.1.1-5.6.3
17	Количество вопросов	16
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

5	3	1	Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится к закрытию раны спиртовой повязкой		
			к наложению на обожженную конечность повязки с мазью А.В.Вишневого		
	*		к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки		
			обработка раневой поверхности подсолнечным маслом		
5	4	2	В Российской Федерации используется классификация ожогов по степеням		
			трех		
	*		четырем		
			пяти		
			шести		
5	4	3	С какой степени по возрастающей ожоги относятся к глубоким		
	*		IIIБ		
			IV		
			IIIA		
			IIБ		
5	4	4	Сколько выделяется степеней тяжести ожогового шока		

	*		три		
			четыре		
			пять		
			две		
5	4	5	Сколько периодов выделяют в течение ожоговой болезни		
			два		
			три		
	*		четыре		
			пять		
5	3	6	При лечении фурункула в первой фазе воспаления применяют все обкладывания фурункула раствором антибиотика физиолечения токами УВЧ		
	*		вскрытия очага воспаления иммунокорригирующей терапии		
5	3	7	Для карбункула верхней губы характерным осложнением является		
	*		тромбоз мозговых синусов остеомиелит верхней челюсти тромбоз сонной артерии сепсис		
5	1	8	Отличительным критерием септикопиемии от септицемии является		
			бактериемия гнойно-резорбтивная лихорадка токсинемия		
	*		наличие метастатических гнойников		
5	1	9	Антистафилококковый бактериофаг при лечении стафилококкового сепсиса следует применять		
			внутривенно внутримышечно внутриартериально		
	*		местно в рану		
5	2	10	Чем обусловлен первичный перитонит		
			воспалением червеобразного отростка перфоративной язвой желудка		
	*		туберкулёзным поражением кишечника послеоперационным абсцессом		
5	2	11	Достоверный показатель перитонита и абдоминального сепсиса		
			лейкоцитоз, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево лейкопения		
	*		повышением уровня прокальцитонина повышение фибриногена		
5	2	12	«Шум плеска» при перитоните-это симптом Спигарного		

			Мондора		
			Склярова		
	*		Латейссена		
5	2	13	Дренаж Пенроза-Микулича		
	*		состоит из резиновой перчатки и нескольких марлевых салфеток		
			активное аспирирование гнойного экссудата из полости		
			метод расширенного дренирования брюшной полости		
			метод дренирования с введением антисептических растворов		
5	2	14	Для лечения третичного перитонита рекомендуются антибактериальные препараты		
			защищенные пенициллины, цефалоспорины третьего и четвертого поколения, фторхинолоны, ванкомицин		
			меропенем, имипенем, дорипенем) или полимиксин		
	*		карбапенемы, защищенные цефалоспорины, фторхинолоны, цефалоспорины третьего и четвертого поколений, возможно сочетание с		
			гликопептиды или оксазолидиноны, или тигециклин		
5	2	15	Экстраабдоминальные осложнения перитонита		
			кишечный свищ		
			флегмона брюшной стенки		
			эвентрация		
	*		медиастенит		
5	2	16	Туберкулёзный перитонит является следствием		
			лимфогенного инфицирования брюшины		
	*		гематогенного инфицирования брюшины		
			первичного инфицирования брюшины		
			вторичного инфицирования брюшины		

2. Оформление фонда ситуационных задач

Задача № 1.

Мужчина 45 лет, болен в течение суток, когда появились боли в правой подвздошной области с иррадиацией в пах, чувство дискомфорта при мочеиспускании, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области определяется резкая болезненность. Лейкоцитоз – $12 \times 10^9/\text{л}$.
ВОПРОСЫ

1) С каким из указанных заболеваний не следует дифференцировать предварительный диагноз.

- а) Острый аппендицит, тазовое расположение;
- б) Перфоративная язва желудка, 12-перстной кишки;
- в) Острый пиелонефрит. Почечная колика.;
- г) Гнойный сальпингит; *

2) Предложите наиболее информативный неинвазивный метод для дифференциальной диагностики.

- а) УЗИ почек, мочевого пузыря, на наличие свободной жидкости; *

- б) ФГДС;
 - в) Лапароскопия;
 - г) КТ органов брюшной полости
- 3) Предложите метод лечения пациента после установления диагноза: «Острый аппендицит».
- а) Лапароскопия. Лапароскопическая аппендэктомия, дренирование брюшной полости; *
 - б) Аппендэктомия по Волковичу- Дьяконову;
 - в) Лапаротомия
 - г) Консервативная антибактериальная терапия, наблюдение в стационаре

Задача № 2.

Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Били ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой ЦРБ на носилках. В машине скорой помощи АД 100/ 60 мм. рт. ст., пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% - 1 мл, димедрола 1% - 1 мл, кордиамина 2 мл.

В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен - то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80/ 45 мм. рт. ст., пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации..

- 1) С каким из указанных заболеваний менее всего следует дифференцировать предварительный диагноз.
- а) Тупая травма живота с повреждением селезенки, внутрибрюшное кровотечение;
 - б) Тупая травма живота с поджелудочной железой, панкреонекроз;
 - в) Тупая травма живота с повреждением полого органа, перитонит;
 - г) Перелом позвоночника; *
- 2) Предложите наиболее информативный метод для дифференциальной диагностики.
- а) УЗИ почек, мочевого пузыря, на наличие свободной жидкости;
 - б) ФГДС;
 - в) Лапароскопия; *
 - г) КТ органов брюшной полости, позвоночника;
 - д) Рентгеновский снимок груди, живота и таза
- 3) Предложите метод лечения пациента после установления диагноза: «Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение».
- а) Лапароскопия. Лапароскопическая спленэктомия, ревизия, дренирование брюшной полости;
 - б) Лапаротомия. Ушивание раны селезенки. Ревизия желудка, кишечника. Реинфузия крови. Дренирование брюшной полости;;
 - в) Лапаротомия. Спленэктомия. Ревизия желудка, кишечника. Реинфузия крови. Дренирование брюшной полости; *

Задача № 3.

Больной, 42 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение в объеме правой половины мошонки. Заболевание началось 1 год назад с появления опухолевидного образования у корня

мошонки. Со временем образование увеличилось, спустилось в мошонку. Стали возникать боли при физической нагрузке.

Общее состояние больного без особенностей.

Правая половина мошонки увеличена в размерах до 11 x 7 x 5 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно - тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется. Кашлевой толчок положительный.

ВОПРОСЫ

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
 - а) Невправимая пахово-мошоночная грыжа*;
 - б) Фуникулит;
 - в) Ущемленная паховая грыжа;
 - г) Лимфаденит паховый.
- 2) План лечения.
 - а) Плановое оперативное лечение*;
 - б) Оперативное лечение в экстренном порядке;
 - в) Консервативная терапия, ношение бандажа;
 - г) Отсроченное оперативное лечение.
- 3) Варианты оперативного лечения не включают в себя:
 - а) Герниопластика по Жирару*;
 - б) Герниопластика по Постемскому;
 - в) Операция Лихтенштейна;
 - г) Лапароскопическая герниопластика с сетчатым трансплантатом.

Задача № 4.

Больной, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на наличие болезненного грыжевого выпячивания в правой паховой области. Боли появились 1 час назад после физической нагрузки. С течением времени болевой синдром усиливался, в связи с чем обратился. Общее состояние больного без особенностей. От момента заболевания прошло не более 2-х часов.

В паховой области наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется.

ВОПРОСЫ

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
 - а) Невправимая пахово-мошоночная грыжа;
 - б) Фуникулит;
 - в) Ущемленная паховая грыжа*;
 - г) Лимфаденит паховый.
- 2) План лечения.
 - а) Плановое оперативное лечение;
 - б) Оперативное лечение в экстренном порядке*;
 - в) Консервативная терапия, ношение бандажа;
 - г) Отсроченное оперативное лечение.
- 3) Варианты оперативного лечения не включают в себя:
 - а) Герниопластика по Жирару*;
 - б) Герниопластика по Постемскому;
 - в) Операция Лихтенштейна;
 - г) Лапароскопическая герниопластика с сетчатым трансплантатом.

Задача № 5.

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 2 суток от начала заболевания с жалобами: на острые постоянные боли во всех отделах живота, вздутие живота, задержку стула и неотхождение газов, многократную рвоту, на наличие выпячивания в правой паховой области остро болезненное, на подъем t тела до 38° С.

Заболевание началось с появления образования в правой паховой области после физической нагрузки сопровождающееся выраженной болезненностью. Со временем присоединился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется симптом Вальва.

Локально:

В правой паховой области определяется плотное эластичное образование до 15 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна. При пальпации образование резко болезненное, симптом кашлевого толчка отсутствует.

ВОПРОСЫ

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
 - а) Спаечная болезнь брюшной полости. ОКН;
 - б) Абсцедирующий паховый лимфаденит;
 - в) Ущемленная правосторонняя паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка. ОКН *;
 - г) Ущемленная бедренная грыжа.
- 2) Лечение должно начинаться с.
 - а) Предоперационной подготовки в течении 6 часов;
 - б) Лапаротомии*;
 - в) Герниотомии;
 - г) Лапароскопии.
- 3) Варианты герниопластики:
 - а) Герниопластика не проводится*;
 - б) Герниопластика по Постемскому;
 - в) Операция Лихтенштейна;
 - г) Лапароскопическая герниопластика с сетчатым трансплантантом.

Задача № 6.

Больной К., 52 года поступил в приемный отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу острого панкреатита. Выписан 5 месяцев назад.

Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 98 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 11x10 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет.

В анализе крови: Лейкоциты 10,1 x 10⁹/л, диастаза мочи - 647 ЕД.

ВОПРОСЫ

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
 - а) Острый панкреатит;

- б) Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы*;
 - в) Опухоль поджелудочной железы;
 - г) Аневризма брюшного отдела аорты.
- 2) Требуется дообследование пациента в нижеприведенном объеме за исключением:
- а) УЗИ органов брюшной полости;
 - б) Копрограмма;
 - в) ФГДС;
 - г) МРТ органов брюшной полости
- 3) Больному выставлен диагноз незрелой (несформировавшейся) псевдокисты поджелудочной железы. Операцией выбора является
- а) наружное дренирование*;
 - б) внутреннее дренирование;
 - в) иссечение кисты;
 - г) тампонирование большим сальником.

Задача № 7.

Больной К., 52 года поступил в приемный отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу острого панкреатита. Выписан 5 месяцев назад.

Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 98 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 11х10 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет.

В анализе крови: Лейкоциты 10,1 х 10⁹/л, диастаза мочи - 647 ЕД.

ВОПРОСЫ

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- а) Острый панкреатит;
 - б) Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы*;
 - в) Опухоль поджелудочной железы;
 - г) Аневризма брюшного отдела аорты.
- 2) Требуется дообследование пациента в нижеприведенном объеме за исключением:
- а) УЗИ органов брюшной полости;
 - б) Копрограмма;
 - в) ФГДС;
 - г) МРТ органов брюшной полости
- 3) Больному выставлен диагноз незрелой (несформировавшейся) псевдокисты поджелудочной железы. Операцией выбора является
- а) наружное дренирование*;
 - б) внутреннее дренирование;
 - в) иссечение кисты;
 - г) тампонирование большим сальником.

Задача № 8.

У больного 52 лет, страдающий желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли

купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 92 в минуту. АД 125/85 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты 11,4 x 10⁹/л, билирубин крови 60мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.

ВОПРОСЫ

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
 - а) Острый калькулезный холецистит. Острый панкреатит;
 - б) Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Острый панкреатит;
 - в) ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Острый панкреатит*;
 - г) Хронический гепатит. Цирроз печени.
- 2) Требуется дообследование пациента в нижеприведенном объеме за исключением:
 - а) УЗИ органов брюшной полости;
 - б) Чрескожнаячрезпеченочнаяпанкреатохолангиография*;
 - в) ФГДС;
 - г) МРТ органов брюшной полости;
 - д) ЭРХПГ.
- 3)Рекомендуемыми вариантами оперативного лечения являются нижеприведенные, за исключением:
 - а) лапароскопическаяхолецистэктомия*;
 - б) лапароскопическаяхолецистэктомия, дренирование холедоха - ЭПСТ, холангиолитоэкстракция;
 - в)ЭПСТ, холангиолитоэкстракция - лапароскопическаяхолецистэктомия, дренирование холедоха;
 - г) Лапаротомия, холецистэктомия, холедохотомия, холедохолитоэкстракция, дренирование холедоха.

Задача № 9.

Больной В. 67 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, не отхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток. Заболевание развивалось постепенно, больной страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму -жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

ВОПРОСЫ

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
 - а) Острая обтурационная толстокишечная непроходимость*;
 - б) Острая спаечная кишечная непроходимость;
 - в) Мезентериальный тромбоз;
 - г) Хронический гепатит. Цирроз печени. Асцит
- 2) Требуется дообследование пациента в нижеприведенном объеме за исключением:
 - а) ОАК, ОАМ, биохимия крови, коагулограмма
 - б) УЗИ органов брюшной полости;
 - в) Обзорная рентгенограмма ОБП;
 - г) Колоноскопия*.

3) Больной выполнена лапаротомия. Выявлена обтурационная кишечная непроходимость, вызванная опухолью сигмовидной кишки. Отдаленных метастазов нет. Прорастания в серозную оболочку нет. Значительное расширение нисходящей и поперечноободочной кишки. Выберите необходимый вариант оперативного лечения.

- а) резекция толстой кишки с опухолью, наложение межкишечного анастомоза;
- б) наложение обходного анастомоза без резекции опухоли;
- в) резекция толстой кишки с опухолью, наложение одно- или двухствольной сигмостомы*;
- г) выполнение органосохраняющей операции - клиновидной резекции опухоли.

Задача № 10.

У мужчины 52 лет, страдающего ИБС с мерцательной аритмией, внезапно появились резкие боли в животе разлитого характера. Вскоре появилась рвота (дважды), не приносящая облегчения. Через 2 часа от начала заболевания пациент доставлен в лечебное учреждение. При осмотре: поведение пациента беспокойное из-за сильных болей в животе. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной и мезогастральной областях. Перистальтика вялая. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании - на перчатке кал обычного цвета. Общий анализ крови: лейкоцитоз до $17,0 \times 10^9/\text{л}$. ЭКГ - без особенностей.

1) Сформулируйте предварительный диагноз.

- а) Острая кишечная непроходимость;
- б) Инфаркт миокарда;
- в) Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки;
- г) Тромбоэмболия мезентериальных сосудов; *

2) Предложите наиболее информативный метод для дифференциальной диагностики.

- а) УЗИ органов брюшной полости;
- б) ФГДС;
- в) Лапароскопия; *
- г) КТ органов брюшной полости

3) Лечебная тактика – экстренная лапаротомия;

- а) Лапароскопия. Лапароскопическое дренирование брюшной полости;
- б) Лапаротомия, восстановление нарушенного кровотока в брыжеечных сосудах; резекция кишечника при признании его нежизнеспособным; санация и дренирование брюшной полости; *
- в) Консервативная тромболитическая терапия, наблюдение в стационаре

Список теоретических вопросов для собеседования:

"Хирургия органов брюшной полости"

1. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Показания к хирургическому лечению: клиничко - лабораторно - инструментальный объем исследований, необходимый для обоснования абсолютных показаний к операции. Предоперационная подготовка.
2. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Объем хирургического лечения в зависимости от локализации язвы, желудочной секреции и степени стенозирования привратника. Методы резекции желудка. Прогноз. Трудоспособность.
3. Виды ваготомий, сравнительная характеристика методов.
4. Пептическая язва анастомоза, клиника, диагностика, методы хирургического лечения.
5. Функциональные расстройства оперированного желудка, демпинг-синдром, нарушение всасывания, синдром «приводящей петли». Клиника, диагностика, лечение.
6. Прободные гастродуоденальные язвы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
7. Виды хирургических операций при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Ошибки и опасности при лечении перфоративных язв желудка и 12 -перстной кишки.
8. Язвенные и неязвенныегастродуоденальные кровотечения. Классификация. Этиология. Дифференциальная диагностика.
9. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Диагностическая программа при гастродуоденальных кровотечениях. Дифференциальная диагностика. Определение кровопотери.
10. Тактика хирурга при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Прогноз рецидива кровотечения. Методы хирургического лечения.
11. Консервативная терапия в лечении острых гастродуоденальных кровотечений. Методы эндоскопического гемостаза.
12. Неязвенныегастродуоденальные кровотечения: синдром Мэллори-Вейсса, эрозивный гастродуоденит, кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, рак желудка. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика.
13. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка. Этиопатогенез. Косервативное и оперативное лечение
14. Язвенный пилородуоденальный стеноз. Клиника, диагностика, особенности предоперационной подготовки.лечение.
15. Каллезная пенетрирующая язва желудка. Клиника, диагностика, лечение.
16. Опухоли желудка. Виды. Диагностика. Показания к эндоскопическому и оперативному лечению.
17. Острый аппендицит, клиника, диагностика, хирургическая тактика, лечение.
18. Острый аппендицит: классификация, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению, техника аппендэктомии.
19. Особенности клиники острого аппендицита в детском и пожилом возрасте, у беременных и атипичном расположении червеобразного отростка.
20. Осложнение острого аппендицита: абсцесс пространства Дугласа, пилефлебит, забрюшинная флегмона. Клиника, методы диагностики и лечения.
21. Тактика хирурга при лечении осложненного аппендицита: аппендикулярного инфильтрата, абсцесса, перитонита. Показания к дренированию брюшной полости и особенности дренирования.
22. Патогенез и классификация острой кишечной непроходимости.
23. Особенности клиники обтурационной, странгуляционной и смешанной форм кишечной непроходимости.

24. Предоперационная подготовка. Основы коррекции биохимических изменений в крови при ОКН.
25. Выбор метода операции при острой кишечной непроходимости, показания к резекции кишки, наложение обходных анастомозов, кишечных свищей.
26. Хирургическое лечение больных с острой кишечной непроходимостью, этапы операций, методы декомпрессии, клиника.
27. Борьба с интоксикацией и послеоперационным парезом кишечника при острой кишечной непроходимости, диагностика и профилактика послеоперационных осложнений.
28. Спаечная болезнь брюшной полости. Показания к операции и техника при спаечной кишечной непроходимости.
29. Болезнь Крона. НЯК: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
30. Дивертикул Меккеля. Дивертикулит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
31. Острый холецистит: клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к операции, выбор метода. Прогноз.
32. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика различных форм холецистита.
33. Клиника, диагностика осложненных форм холецистита при наличии холедохолитиаза, стеноза большого дуоденального соска. Тактика хирурга.
34. Желтухи: определение понятия. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика желтух. Лечение механической (хирургической) желтухи, выбор метода лечения. Прогноз.
35. ЖКБ. Показания к холедохотомии, дуоденотомии, папиллотомии, наложению билиодигестивных анастомозов.
36. Особенности ведения послеоперационного периода, сроки удаления дренажей у больных с механической желтухой. Профилактика и лечение печеночной недостаточности.
37. Эхинококк печени. Эпидемиология. Этиология, пат. анатомия. Клиника, диагностика. Профилактика, лечение.
38. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Показания к операции, выбор метода и объема хирургического лечения.
39. Острый панкреатит, периодичность течения, консервативная терапия с применением эндоскопических методов лечения.
40. Острый панкреатит, панкреонекроз. Отсроченные операции. Показания, техника, объем операции. Дренажирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства, секвестрэктомия и резекция поджелудочной железы, санация и декомпрессия желчных путей, регионарная перфузия поджелудочной железы..
41. Кисты поджелудочной железы. Классификация, клиника, диагностика и лечение. Прогноз.
42. Панкреатический свищ. Этиология, классификация. Возможности эндоскопических методов лечения. Оперативное лечение.
43. Хронический панкреатит. Этиология, классификация. Эндоскопическое и хирургическое лечение.
44. Хронический парапроктит: классификация, клиника, диагностика и лечение. Прогноз.
45. Геморрой: определение болезни, классификация. Клиника, диагностика, лечение. Прогноз. Трудоспособность.
46. Геморрой, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, инструментальные методы исследования, показания к оперативному лечению, техника геморроидэктомии.
47. Опухоли толстой кишки, классификация, клиника, диагностика, лечение.
48. Дивертикулы толстой кишки. Дивертикулиты. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения. Диагностика, лечение.
49. Пресакральные, каудальные, параректальные кисты. Эпителиальный копчиковый ход. Виды. Показания и виды оперативного лечения.
50. Открытая травма живота, клиника, диагностика, хирургическая тактика, методы хирургического лечения.
51. Закрытые травмы живота, клиника, диагностика, хирургическая тактика.

52. Сочетанная и комбинированная травма. Понятия. Классификация. Шок. Важность маршрутизации пациента в приемном отделении. Тактика лечения.
53. Паховые грыжи: врожденные, приобретенные, прямые, косые. Диагностика и дифференциальная диагностика. Оперативное лечение, ошибки и опасности при выполнении операции.
54. Бедренные грыжи, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, техника операций при бедренных грыжах.
55. Пупочные грыжи, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, оперативное лечение.
56. Послеоперационные грыжи, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, принципы операций.
57. Особенности диагностики пристеночной формы ущемления грыж. Интраоперационная диагностика ретроградного ущемления, ущемления сальника, червеобразного отростка, дивертикула Меккеля, мочевого пузыря, придатков матки, жировых подвесок.
58. Хирургическая тактика у больных с ущемленными грыжами, наиболее частые диагностические и тактические ошибки.

" Заболевания органов грудной клетки "

1. Гемоторакс и гемопневмоторакс. Клиника, диагностика, оказание первой помощи, показания к хирургическому лечению и методика операций. Показания к хирургическому лечению и методика операций.
2. Открытый, закрытый и клапанный пневмоторакс. Экстренная помощь и показания к хирургическому лечению больным с пневмотораксом. Особенности послеоперационного периода.
3. Пиопневмоторакс и эмпиема плевры. Клиника, диагностика, лечение: показания к хирургическому лечению. Прогноз.
4. Плевриты. Этиология. Диагностика. Показания к плевральной пункции.
5. Абсцесс и гангрена легкого: этиология, патогенез, пат. Анатомия, клиника, диагностика. Лечебная тактика: консервативное лечение, объем медикаментозной терапии. Показания к хирургическому лечению, обоснование метода операции. Послеоперационное лечение. Прогноз.
6. Легочное кровотечение. Диагностика. Консервативное, эндоскопическое и оперативное лечение.
7. Опухоли легких. Классификация. Клиника. Диагностика. Виды оперативного лечения.
8. Ахалазия пищевода: клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения. Показания к операции. Прогноз.
9. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация. Диагностика. Виды и показания к оперативному лечению.
10. Дивертикулы пищевода. Виды. Клиника. Диагностика. Методы лечения
11. Узловой зоб. Классификация, диагностика. Лечение консервативное, показания к оперативному лечению.
12. Диффузный зоб. Эндемический, спорадический, тиреотоксический зоб. Дифференциальный диагноз, показания и противопоказания к операции.
13. Ожоги пищевода. Клиника, диагностика и лечение острого периода.
14. Ожоги пищевода. Консервативное и оперативное лечение. Виды пластик пищевода.
15. Медиастенит. Этиология, клиника. Лечение.

"Заболевания и повреждения сосудов"

1. Варикозное расширение вен нижних конечностей, патогенез, клиника, функциональные пробы. Определения состояния клапанного аппарата вен нижних конечностей. Лечение.
2. Острый тромбоз поверхностных, глубоких вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение.
3. Острый восходящий тромбоз. Патогенетические механизмы, клиника, диагностика, лечение консервативное и хирургическое.
4. Тромбозы системы верхней полой вены. Синдром Педжетта-Шреттера. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.
5. Тромбозы системы нижней полой вены и глубоких вен нижних конечностей – клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, варианты операций. Показания к имплантации кава-фильтра.
6. Посттромботический синдром. Патогенез кровообращения. Клинические формы.
7. Посттромботический синдром, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, показания к оперативному лечению.
8. Тромбоз легочной артерии. Патогенез. Клиника, диагностика, принципы лечения. Реанимационные мероприятия. Виды оперативных вмешательств.
9. Острая артериальная непроходимость магистральных артерий конечностей: Классификация острой ишемии. Диагностика,
10. Острая артериальная непроходимость магистральных артерий конечностей: принципы лечения, показания к ампутации конечности; обоснование выбора и объема оперативного лечения.
11. Окклюзионные заболевания артерий. Облитерирующий атеросклероз. Синдром Лериша. Облитерирующий эндартериит. Классификация хронической ишемии нижних конечностей. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.
12. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Диагностика, клинические проявления, лечение консервативное и хирургическое.
13. Аневризмы аорты. Диагностика, клиника, показания и противопоказания к операции, методы хирургического лечения.
14. Портальная гипертензия. Этиопатогенез. Консервативное и оперативное лечение
15. Лимфангоиты и лимфадениты, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
16. Травмы сердца. Диагностика, принципы оказания экстренной медицинской помощи. Профилактика тампонады сердца.
17. Травмы магистральных сосудов. Диагностика, принципы оказания экстренной медицинской помощи. Хирургическое лечение.
18. Эндоваскулярные методы лечения – баллонная ангиопластика и стентирование артерий. Показания, противопоказания, методика, терапия в послеоперационном периоде.
19. Острая мезентериальная непроходимость: клиника, диагностика, лечение: хирургическая тактика, объем медикаментозной терапии. Прогноз.

"Хирургическая инфекция. Термические повреждения"

1. Перитонит. Классификация. Патогенез. Клиника и диагностика с учетом стадии (периодов) заболевания. Предоперационная подготовка.
2. Перитонит. Хирургическое лечение.
3. Перитонит. Послеоперационное ведение больного. Осложнения. Прогноз.
4. Гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки. Патогенез, классификация, тактика хирурга.
5. Гнойные воспаления кожи и подкожной клетчатки. Техника операции. Осложнения.

6. Фурункул и карбункул. Фурункулез. Классификация, патогенез, диагностика, лечение.
7. Хирургический сепсис. Этиология. Классификация. Диагностика.
8. Септический шок. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения септического шока
9. Острая специфическая хирургическая инфекция как осложнение раневой инфекции. Столбняк. Бешенство. Сибирская язва. Клиника. Профилактика. Лечение.
10. Панариций, пандактилит: классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение. Схема разрезов. Особенности послеоперационного лечения.
11. Маститы: этиология, патогенез, клиника и диагностика в зависимости от стадий заболевания. Консервативное и хирургическое лечение. Прогноз.
12. Рожистое воспаление кожи, клиника, диагностика, классификация, лечения.
13. Раны. Лечение ран в различных стадиях раневого процесса.
14. Оказание первой помощи при термических поражениях, местное лечение ожогов.
15. Классификация ожогов. Ожоговая болезнь.