

**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 № 2

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
« 13 » 02 2025 г.
№ 66

« 11 » 02 2025 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

" Лечение и реабилитация детей со спаечной болезнью "

по основной специальности: Детская хирургия

Трудоемкость: 36 часов

Форма освоения: очная

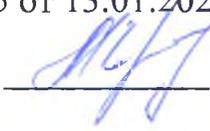
Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону

2025 год.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Лечение и реабилитация детей со спаечной болезнью» обсуждена и одобрена на заседании кафедры хирургии № 4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Протокол заседания кафедры № 1/2025 от 13.01.2025 г.

Заведующий кафедрой Черкасов М.Ф. 

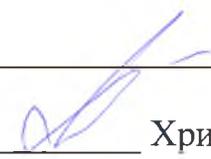
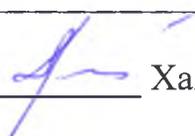
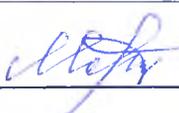
Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1. Хоронько Ю.В, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.
Геворкян Ю.А., д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий отделением абдоминальной онкологии №2ФГБУ НМИЦ онкологии МЗ РФ.

2. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Лечение и реабилитация детей со спячной болезнью»

срок освоения 36 академических часов

СОГЛАСОВАНО	
И.о. проректора по последипломному образованию	« 13 » 01 2025 г.  Хрипун И.А.
Декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	« 13 » 01 2025 г.  Хаишева Л.А.
Начальник управления непрерывного образования	« 13 » 01 2025 г.  Морозова О.В.
Заведующий кафедрой	« 13 » 01 2025 г.  Черкасов М.Ф.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации " Лечение и реабилитация детей со спаечной болезнью " (далее – Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры хирургии №4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Черкасов М.Ф.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Черкасов М.Ф.	д.м.н., профессор	Профессор кафедры хирургии №4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Бабич И.И	д.м.н, профессор	профессор кафедры хирургии №4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3.	Мельников Ю.Н	к.м.н	ассистент кафедры хирургии №4 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;

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 - детский хирург" (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. N 134н, зарегистрировано в Минюсте РФ 5 апреля 2018 г, регистрационный N 1116)
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – детская хирургия

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «детская хирургия», а именно качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных при выполнении диагностики и лечения аноректальных пороков развития у детей.

Вид профессиональной деятельности: врачебная практика в области детской хирургии;

Уровень квалификации: 8 уровень.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

– Профессиональный стандарт 1: "Врач - детский хирург" (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. N 134н, зарегистрировано в Минюсте РФ 5 апреля 2018 г, регистрационный N 1116)		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
В: Оказание медицинской помощи детям по профилю "детская хирургия" в стационарных условиях и в условиях дневного стационара	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1	готовность к проведению медицинского обследования пациентов в целях выявления спаячной болезни у детей.	В/01.8
	должен знать: проводить сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни; Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов; Проводить осмотр и физикальное обследование пациентов; Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и физикального обследования пациентов; Разрабатывать план медицинского обследования пациентов; Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования пациентов;	
	должен уметь: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) со спаячной болезнью; Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов со спаячной болезнью; Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов со спаячной болезнью; Оценивать состояние пациентов; Проводить дифференциальную диагностику заболеваний у пациентов; Выполнять диагностические манипуляции и операции при оказании специализированной медицинской помощи пациентам со спаячной болезнью	

	<p>должен владеть: сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов со спаечной болезнью; Интерпретация информации, полученной от пациентов; Осмотр и физикальное обследование пациентов; Интерпретация результатов осмотра и физикального обследования пациентов; Направление пациентов на лучевую диагностику в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Направление пациентов на инструментальное обследование в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</p>	
ПК-2	<p>готовность к ведению и лечению пациентов со спаечной болезнью, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи.</p> <p>готовность к назначению и проведению лечения пациентов с патологией пищевода и диафрагмы, контроль его эффективности и безопасности</p> <p>должен знать: разрабатывать план лечения пациентов со спаечной болезнью, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к хирургическому лечению пациентов со спаечной болезнью; Назначать и выполнять хирургическое лечение пациентам; Оценивать эффективность и безопасность хирургического лечения пациентов с заболеваниями;</p> <p>должен уметь: Разрабатывать план лечения и тактику ведения пациентов со спаечной болезнью; Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для хирургических вмешательств, лечебных манипуляций у пациентов со спаечной болезнью; Разрабатывать план послеоперационного ведения;</p> <p>должен владеть: разработка плана лечения пациентов со спаечной болезнью; Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний к хирургическому лечению пациентов со спаечной болезнью, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Назначение и выполнение хирургического лечения пациентов со спаечной болезнью; Назначение лекарственных препаратов и медицинских изделий; Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры и лечебного питания пациентам; Оценка эффективности и безопасности хирургического лечения; Оценка</p>	В/02.8

	эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у пациентов;	
--	--	--

1.5 Форма обучения

График обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Форма обучения			
Очная	6	6	1 неделя, 6 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
" Лечение и реабилитация детей со спаечной болезнью ", в объеме 36 часов

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Совершенствуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Специальные дисциплины, Модуль № 1 « Лечение и реабилитация детей со спаечной болезнью »															
	Модуль № 1 «Лечение и реабилитация детей со спаечной болезнью »															ТК
1.1	Спаечная болезнь. Патогенез, этиология спаечной болезни. Врожденная и приобретенная кишечная непроходимость как основная причина развития спаечной болезни у детей.	16	10	-	6	4	-	6	6	-	-	-	-	-	ПК-1	ТК
1.2	Профилактика и лечение спаечной болезни. Аспекты оперативного и консервативного лечения спаечной кишечной непроходимости у	12	8	-	6	2	-	4	4	-	-	-	-	-	ПК-1 ПК-2	ТК

	детей.															
1.3	Реабилитация пациентов со спаечной болезнью в детском возрасте.	6	4	-	2	2	-	2	2	-	-	-	-	-	ПК-2	ТК
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	22	-	14	8	-	12	12	-	-	-	-	-		
	Итоговая аттестация	2	-													экзамен
	Всего часов по программе	36	22	-	14	8	-	12	12	-	-	-	-	-	-	-

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 1 недели: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1

Название модуля: «Лечение и реабилитация детей со спаечной болезнью»

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
1.1	Спаечная болезнь. Патогенез, этиология спаечной болезни. Врожденная и приобретенная кишечная непроходимость как основная причина развития спаечной болезни у детей.
1.1.1	Патогенез и этиология спаечной болезни у детей.
1.1.2	Врожденная и приобретенная кишечная непроходимость как основная причина развития спаечной болезни у детей. Современная классификация. Клиническая картина и диагностика.
1.2	Профилактика и лечение спаечной болезни. Аспекты оперативного и консервативного лечения спаечной кишечной непроходимости у детей.
1.2.1	Профилактика и лечение спаечной болезни в детском возрасте.
1.2.2	Аспекты оперативного и консервативного лечения спаечной кишечной непроходимости у детей.
1.3	Реабилитация пациентов со спаечной болезнью в детском возрасте
1.3.1	Основные принципы реабилитации пациентов со спаечной болезнью в детском возрасте
1.3.2	Сроки реабилитации и диспансерного наблюдения пациентов со спаечной болезнью в детском возрасте

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма итоговой аттестации.

Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ТК - по учебному модулю Программы.

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объеме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО, решения одной ситуационной задачи и собеседования с обучающимся.

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

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
удовлетвор	удовлетворительные знания	удовлетворительное	удовлетворитель

ительно	процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	ная 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.	Удовлетворительная способность	Удовлетворительные навыки решения	достаточный уровень профессионального мышления.

	Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	анализировать ситуацию, делать выводы	ситуации	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.),	Этаж, кабинет
----	---	---------------

	адрес	
1	ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14	Учебная комната №1, 5 этаж
2	ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14	Учебная комната №2, цокольный этаж
3	ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14	Лекционный зал, 3 этаж
4	ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14	6 этаж, помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам: операционный блок, операционный зал №1 .
5	ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14	6 этаж, помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам: операционный блок, операционный зал №3 (эндоскопический)

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

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Специализированная учебная мебель
2	Негатоскоп
3	Компьютер, мультимедийный презентационный комплекс с возможностью трансляции из операционных,
4	Доступ в сеть «Интернет»
5	Лицензионное программное обеспечение: Windows, Windows Server Datacenter, Office Standard, System Center Configuration Manager Client ML, Kaspersky Total Security
6	Тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузomat, отсасыватель послеоперационный, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, хирургический и микрохирургический инструментарий, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электрохирургический блок, видеондоскопический комплекс, аргоно-плазменный коагулятор.

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.	Детская хирургия: учебник :рекомендовано ГБОУ ДПО "Рос. мед. Академия последипломного образования" / под ред. Ю.Ф.Исакова, А.Ю. Разумовского. - Москва :ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1036 с
2	Детская хирургия : учебное пособие [для ординаторов, аспирантов, слушателей ФПК и ППС, врачей / сост.: М.Ф. Черкасов, И.И.Бабич, О.В. Короткова и др.] ; Рост. гос.мед. ун-т, каф. хирург. болезней ФПК и ППС.- Ростов-на-Дону : Полиграфыч-Дон, 2016. -763 с.
Дополнительная литература	
1	Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 1168 с..
2	Детская хирургия. Клинические разборы: руководство для врачей / под ред. А.В.Гераськина. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 216с.: ил.
3	Инновационные технологии преподавания мануальных навыков эндоскопической хирургии: учебное пособие / А.Г. Хитарьян, И.П. Чумбуридзе, М.Ю. Штильман [и др.]; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2016. - 98 с.
4	Эндоскопическое оборудование и технологии в биотехнических системах / Гурцкой Р.А., Хитарьян А.Г., Авилов А.В. Изд-во: Издательский центр ДГТУ Ростов-на-Дону, 2016. - 157 с.

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 : ЭБС. – Москва : ООО ГК «ГЭОТАР». - URL: http://www.rosmedlib.ru	Доступ неограничен
3.	Консультант Плюс : справочная правовая система. - URL: http://www.consultant.ru	Доступ с компьютеров вуза
4.	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
5.	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
6.	Scopus / ElsevierInc., ReedElsevier. – Philadelphia: ElsevierB.V., PA. – URL: http://www.scopus.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ неограничен
7.	Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: http://apps.webofknowledge.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ неограничен
8.	ScienceDirect. FreedomCollection [журналы]/ Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com . по IP-адресам РостГМУ и удалённо после	Доступ неограничен

	регистрации (<i>Нацпроект</i>)	
9.	БД издательства SpringerNature. - URL: http://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php (<i>Нацпроект</i>)	Доступ неограничен
10.	WileyOnlineLibrary / JohnWiley&Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ неограничен
11.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru	Открытый доступ
12.	Medline (PubMed, USA). – URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
13.	International Scientific Publications. – URL: https://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
14.	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://archive.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
15.	ECO-Vector Journals Portal / Open Journal Systems. - URL: https://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ
16.	Медицинский Вестник Юга России. - URL: https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ	Открытый доступ
17.	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/	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, итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры хирургии №4 факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по Детской хирургии 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 100%.

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 100%.

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
1	Черкасов Михаил Федорович	д.м.н., профессор	Профессор, заведующий кафедрой	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2	Бабич Игорь Иванович	д.м.н, профессор	профессор	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3	Мельников Юрий Николаевич	к.м.н	ассистент	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.**

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «Лечение и реабилитация детей со
спаечной болезнью» со сроком освоения 36 академических часов по
специальностям «Детская хирургия».

1	Кафедра	Хирургии №4
2	Факультет	ФПК и ППС
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Миздрава России, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14
4	Зав.кафедрой	Черкасов М.Ф.
5	Ответственный составитель	Бабич И.И
6	Е-mail	Babich-igor@yandex.ru,pobzder@rambler.ru
7	Моб. телефон	+7(950)8492721,89281251255
8	Кабинет №	222
9	Учебная дисциплина	Детская хирургия
10	Учебный предмет	Детская хирургия
11	Учебный год составления	2025 г.
12	Специальность	Детская хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Лечение и реабилитация детей со спаечной болезнью
15	Тема	1.1 – 1.3
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			У ребенка 5 лет приступообразные боли в животе, рвота, задержка отхождения газов. С момента появления боли прошло 12 часов. Год назад оперирован по поводу аппендицита. Обследование надо начать с:		
	*		обзорной рентгенографии;		
			дачи бариевой взвеси через рот;		
			гипертонической клизмы;		
			ректального исследования;		
			пальпации живота под наркозом.		
1	1	2			
1			У ребенка на 4-е сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходимы:		
			срочная операция;		
			наблюдение;		
			бария, наблюдение;		
	*		дача бария, проведение консервативных мероприятий;		
			операция в плановом порядке.		
1	1	3			
1			Ребенок 10 лет. Оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита. Жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар обследование целесообразно начинать с:		
			ректального пальцевого исследования;		
			ирригографии с воздухом;		
	*		обзорной рентгенографии брюшной полости стоя;		
			введения зонда в желудок;		
			дачи бариевой взвеси через рот.		
1	1	4			
1			При спаечно-паретической непроходимости кишечника сроки консервативной терапии не должны превышать:		
			3-6		
			6-12		
			12-24		
	*		24-48		
			48-72		
1	1	5			
1			У ребенка странгуляционная непроходимость кишечника, ему необходимо:		
			проведение консервативных мероприятий;		
			наблюдение;		
			дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов;		
			срочная операция;		
	*		операция после предоперационной подготовки.		
1	1	6			
1			У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 10 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. При расположении инвагината в правой подвздошной области наиболее предпочтительны:		
			срединная лапаротомия;		
			поперечная лапаротомия;		
	*		разрез в правой подвздошной области;		
			параректальный доступ;		

			разрез по Пфаненштилю.		
1	1	7			
1			У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 12 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. Инвагинат пальпируется в эпигастральной области. В этом случае предпочтительна:		
	*		срединная лапаротомия;		
			поперечная лапаротомия;		
			разрез в правой подвздошной области;		
			параректальный доступ;		
			разрез в правом подреберье.		
1	1	8			
1			У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. В этом случае предпочтительна:		
	*		срединная лапаротомия;		
			поперечная лапаротомия;		
			разрез в правой подвздошной области;		
			параректальный доступ слева;		
			параректальный доступ справа.		
1	1	9			
1			У ребенка по поводу операции по поводу запущенной инвагинации кишечника обнаружены некрозы дистального отдела подвздошной кишки и сомнительная жизнеспособность вышележащих отделов подвздошной кишки на протяжении 50 см. тактика хирурга включает:		
	*		резекция явно некротизированного отдела кишки, илеостомия, плановую релапаротомию через 12 часов;		
			резекцию всей подвздошной кишки, илеостому;		
			резекцию подвздошной кишки, тонко-толстокишечный анастомоз;		
			выведение на кожу измененного участка кишки петлей;		
			резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз.		
1	1	10			
1			При поздней спаечной непроходимости кишечника консервативные мероприятия следует проводить в течение :		
	*		3-6 часов;		
			6-12 часов;		
			12-24 часа;		
			24-48 часов;		
			48-72 часа.		
1	1	11			
1			У ребенка 8 мес. рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:		
			острый аппендицит;		
	*		инвагинация кишечника;		
			аппендикулярный инфильтрат;		
			кишечная инфекция;		
			опухоль брюшной полости.		
1	1	12			

1			Наиболее частой причиной тонко-конкишечной инвагинации является:		
	*		возрастная дискоординация перистальтики;		
			изменение режима питания;		
			диспепсия;		
			респираторно-вирусная инфекция;		
			органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)		
1	1	13			
1			У ребенка 10 мес, приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлое опухолевидное образование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз - инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценивать как:		
	*		начальный период;		
			период ярких клинических проявлений;		
			период непроходимости кишечника;		
			явления перитонита;		
			период осложнений.		
1	1	14			
1			Главное достоинство применения колоноскопии при инвагинации кишечника состоит:		
			в отказе от рентгенологического исследования;		
			в визуальной диагностике инвагината;		
			в визуальном контроле за расправлением инвагината;		
			в возможности выявить органическую причину инвагинации;		
	*		в возможности решить вопрос о показаниях к оперативному лечению вне зависимости от сроков заболевания.		
1	1	15			
1			Из перечисленных специальных методов обследования позволяет решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства при инвагинации кишечника вне зависимости от сроков заболевания:		
			лапароскопия;		
	*		колоноскопия;		
			ирригография с воздухом;		
			ирригография с бариевой смесью;		
			пальпация живота под наркозом.		
1	1	16			
1			Оптимальные условия закрытия илеостомы у ребенка 3 месяцев, оперированного по поводу инвагинации кишечника, при гладком послеоперационном течении составляет:		
	*		5-7 дней;		
			1 мес.;		
			3 мес.;		
			6 мес.;		
			1 год.		
1	1	17			
1			У ребенка 8 мес. клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания 9 часов с момента появления выраженного беспокойства. Оптимальным методом специального обследования у больного следует считать:		

			ирригografiю с воздухом;		
			ирригografiю с бариевой смесью;		
	*		колоноскопию;		
			лапароскопию;		
			исследование ректального давления.		
1	1	18			
1			У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов.		
			Выражена картина непроходимости. В этом случае предпочтительна:		
	*		срединная лапаротомия;		
			поперечная лапаротомия;		
			разрез в правой подвздошной области;		
			параректальный доступ справа;		
1	1	19			
1			В начальном периоде инвагинации кишечника лечение надо начать с:		
			растравления инвагината воздухом под рентгеновским контролем;		
			пальпаторного расправления инвагината под наркозом;		
			расправления инвагината под контролем лапароскопа;		
	*		расправления инвагината под контролем колоноскопа;		
			оперативного лечения.		
1	1	20			
1			При ранней спаечной непроходимости консервативную терапию проводят в течение:		
			3-6 часов;		
			6-12 часов;		
	*		12-24 часа;		
			48-72 часа;		
			не проводят.		
1	1	21			
1			При поздней спаечной непроходимости кишечника консервативные мероприятия следует проводить в течение :		
	*		3-6 часов;		
			6-12 часов;		
			12-24 часа;		
			24-48 часов;		
			48-72 часа.		
1	1	22			
1			В основе болезни Гиршпрунга лежит:		
	*		врожденный аганглиоз участка толстой кишки;		
			гипертрофия мышечного слоя кишки;		
			поражение подслизистого и слизистого слоев кишки;		
			токсическая дилатация толстой кишки;		
			все перечисленное.		
1	1	23			
1			У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:		
	*		острую;		

			подострую;		
			хроническую;		
			ректальную;		
			ректосигмоидальную.		
1	1	24			
1			При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга надо выполнить:		
			ирригографию;		
	*		ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа;		
			дачу бариевой смеси через рот;		
			колоноскопию;		
			определение активности ацетилхолинэстеразы.		
1	1	25			
1			У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальным способом оперативного пособия у него является:		
			радикальная операция;		
			колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки;		
			колостома петлевая на поперечно-ободочную кишку;		
			пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки;		
			терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки.		
1	1	26			
1			У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать:		
			консервативное лечение с помощью сифонных клизм;		
			радикальное оперативное вмешательство;		
			пристеночную цекостому;		
	*		двухствольную стому на восходящий отдел кишки;		
1	1	27			
1			Ребенок 3 лет поступил в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятна:		
	*		болезнь Гиршпрунга;		
			долихосигма;		
			хронический колит;		
			неспецифический язвенный колит;		
			болезнь Крона.		
1	1	28			
1			Ребенок 4 лет поступает с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:		
			консервативную терапию, сифонные клизмы;		
			радикальное оперативное вмешательство;		
			срочную колостому;		
	*		колостомию после кратковременной предоперационной подготовки,;		
			колостомию после консервативных мероприятий.		

1	1	29			
1			Ребенок 6 лет поступил в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. В анамнезе хронические запоры . Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятна:		
	*		болезнь Гиршпрунга;		
			долихосигма;		
			хронический колит;		
			неспецифический язвенный колит;		
			болезнь Крона.		
1	1	30			
1			Ребенок 5 лет поступил в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. В анамнезе хронические запоры . Задержка стула 8 дней. У ребенка наиболее вероятна:		
	*		болезнь Гиршпрунга;		
			долихосигма;		
			хронический колит;		
			неспецифический язвенный колит;		
			болезнь Крона.		

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

1) В приемное отделение доставлен ребенок 2 лет, страдающий болезнью Гиршпрунга. Состояние тяжелое. На протяжении последних двух дней рвота, температура тела 38.8, стула не было 4 суток.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

a. декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга, острая кишечная непроходимость. *

b. кишечная колика

c. копростаз

2. Предложите тактику диагностики:

a. ирригография

b. обзорная рентгенография органов брюшной полости + УЗИ *

c. МРТ

3. Наиболее оптимальный объем лечения:

a. консервативная терапия+ оперативное лечение после предварительное подготовки в случае отсутствия эффекта от консервативных мероприятий в

течение 6 часов *

b. диагностическая лапаротомия

c. консервативная терапия, наблюдение.

2) При операции по поводу инвагинации кишечника вы обнаружили илеоцекальный инвагинат, расправить который обычным выдавливанием не удастся. При дальнейших попытках расправления создается угроза повреждения серозы и даже стенки кишки.

Вопросы.

1. Сформулируйте окончательный диагноз.

a. осложненная форма инвагинации кишечника, некроз головки инвагината *

b. инвагинация кишечника

c. странгуляционная кишечная непроходимость.

2. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

a. резекция головки инвагината

b. резекция головки инвагината в пределах здоровых тканей с формированием анастомоза*

c. энтеростомия

3) Вы оперируете ребенка 10 мес. по поводу инвагинации кишечника на 3е сутки от начала заболевания. На операции в брюшной полости большое количества геморрагической жидкости, кишечник резко вздут, имеется илеоцекальный инвагинат длиной 14 см, темно-багрового цвета, сероза его “ползет” при дотрагивании.

Вопросы.

1. Сформулируйте окончательный диагноз.

a. осложненная форма инвагинации кишечника, некроз головки инвагината *

b. инвагинация кишечника

c. странгуляционная кишечная непроходимость.

2. Предложите тактику диагностики:

a. использование специфических методов диагностики для достоверного определения жизнеспособности тканей кишечника *

b. резекция визуально измененных тканей

3. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

- a. резекция головки инвагината
- b. резекция головки инвагината в пределах здоровых тканей с формированием анастомоза*
- c. энтеростомия

3. Оформление фонда теоретических вопросов для собеседования

1. Этиология кишечной непроходимости у детей.
2. Патогенез кишечной непроходимости у детей.
3. Современная классификация кишечной непроходимости у детей.
4. Клиническая картина различных форм кишечной непроходимости.
5. Объективные данные осмотра детей со спаечной кишечной непроходимостью.
6. Дополнительные методы обследования при спаечной кишечной непроходимости.
7. Клиника осложнений спаечной кишечной непроходимости у детей.
8. Диагностика осложнений спаечной кишечной непроходимости у детей.
9. Современные способы определения жизнеспособности кишки.
10. Предоперационная подготовка детей со спаечной кишечной непроходимости
11. Хирургические принципы лечения спаечной кишечной непроходимости у детей.
12. Спаечная болезнь. Патогенез. Этиология.
13. Основные причины развития спаечной болезни у детей.
14. Способы интраоперационной профилактики спаечной болезни.
15. Профилактика развития спаечной болезни у детей в послеоперационном периоде.
16. Современные аспекты лечения спаечной болезни у детей.
17. Основные принципы реабилитации пациентов со спаечной болезнью.
18. Сроки диспансерного наблюдения детей со спаечной болезнью.