

**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 № 6

«17» июня 2025 г

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«20» июня 2025г.
№ 341

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ**

«Желудочно-кишечные кровотечения. Этиология. Лечение»

по основной специальности: *Хирургия*

Трудоемкость: *36 часов*

Форма освоения: *очная*

Документ о квалификации: *удостоверение о повышении квалификации*

Ростов-на-Дону, 2025

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Желудочно-кишечные кровотечения. Этиология. Лечение»» обсуждена и одобрена на заседании кафедры хирургии №4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

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.
2. Перескоков С. В., д.м.н. доцент кафедры хирургических болезней № 2 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Желудочно-кишечные кровотечения. Этиология. Лечение.» (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.	Дегтярев О. Л.	д.м.н., профессор	Профессор кафедры хирургии №4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Старцев Ю.М.	к.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии №4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3.	Глушечков В. А.	к.м.н., ассистент	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;

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).

– 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 специальностям «Хирургия», а именно качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных для оказания хирургической помощи пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями.

Вид профессиональной деятельности:

- I. Врачебная практика в области хирургии;
- II. Уровень квалификации: 8.

Связь Программы с профессиональным стандартом Таблица 1

Профессиональный стандарт: «Врач – Хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26.11.2018 г. N 743н, регистрационный номер №1224)		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
В: Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «хирургия»	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 медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза	В/02.8 В/07.8
	должен знать: показания, методику проведения хирургического обследования гастро-кишечных кровотечений, лапароскопических вмешательств на органах брюшной полости, малого таза.	
	должен уметь: интерпретировать результаты хирургического осмотра	
	должен владеть: медицинской аппаратурой для выполнения лапароскопии, ректоскопии.	
ПК-2:	готовность к назначению лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, желудочно-кишечными кровотечениями, контроль его эффективности и безопасности	В/02.8 В/07.8
	должен знать: как применять лапароскопические методы диагностики и лечения при желудочно-кишечных кровотечениях.	
	должен уметь: выполнить лапароцентез, диагностическую лапароскопию, лапароскопическое дренирование брюшной полости;	
	должен владеть: базовыми лапароскопическими навыками и базовыми навыками .	
	должен уметь: интерпретировать результаты осмотра и дополнительных методов обследования, применить необходимые методы диагностики и лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с желудочно-кишечными кровотечениями.	В\01.8 В\02.8

5 Форма обучения

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

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Желудочно-кишечные кровотечения. Этиология. Лечение.»
в объёме 36 часов

№№	Наименование модулей	Все го 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	Модуль 1. «Желудочно-кишечные кровотечения. Этиология. Лечение.»															
1.1	Язвенные гастродуоденальные кровотечения	10	8		6	2		2	2						ПК-1	ТК
1.2	Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка	8	8		6	2									ПК-1 ПК 2.	ТК
1.3	Синдром Меллори-Вейса	4	2			2		2	2						ПК-1 ПК-2	ТК

1.4	Эрозивные кровотечения	4	2			2		2	2						ПК-1,	ТК
1.5	Кровотечения опухолевой этиологии	8	8		6	2									ПК-1 ПК2.	ТК
2	Всего часов (специальные дисциплины)	34	28		18	10		6	6							
3	Итоговая аттестация	2														экзамен
4	Всего часов по программе	36	28		18	10		6	6							

2.2. Календарный учебный график.

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

III. Рабочая программа специальной дисциплины «Желудочно-кишечные кровотечения. Этиология, Лечение.»

Раздел 1.

Желудочно-кишечные кровотечения. Этиология. Лечение

Код	Наименование тем, элементов
1	Язвенные гастродуоденальные кровотечения
1.1	Этиопатогенез
1.1.1	Факторы агрессии
1.1.2	Факторы защиты
1.1.3	НПВС как причина язвообразования
1.2	Клиника
1.3	Диагностика
1.3.1	Методы диагностики
1.3.2	Алгоритм диагностики и тактики лечения
1.4	Лечение
1.4.1	Эндоскопические методы лечения
1.4.2	Консервативная терапия
1.4.3	Оперативное лечение
1.4.3.1	Ранние послеоперационные осложнения
1.4.3.2	Поздние послеоперационные осложнения
1.5	амбулаторное ведение больных после операции
2	Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и
2.1	Этиопатогенез
2.2	Клиника
2.3	Диагностика
2.3.1	Методы диагностики
2.3.2	Классификация
2.4	Лечение
2.4.1	Эндоскопические методы лечения
2.4.2	Консервативная терапия
2.4.3	Оперативное лечение
2.4.3.1	Миниинвазивные методы лечения
2.4.3.2	Хирургические методы лечения
2.4.3.2.1	Виды
2.4.3.2.2	Ранние послеоперационные осложнения
2.4.3.2.3	Поздние послеоперационные осложнения
3	Синдром Меллори-Вейса
3.1	Этиопатогенез
3.2	Клиника

3.3	Диагностика
3.3.1	Методы диагностики
3.3.2	Классификация
3.4	Лечение
3.4.1	Эндоскопические методы лечения
3.4.2	Консервативная терапия
3.4.3	Оперативное лечение
4	Эрозивные кровотечения
4.1	Этиопатогенез
4.1.1	Виды
4.1.2	Причины развития
4.2	Клиника
4.3	Диагностика
4.4	Лечение
4.4.1	Эндоскопические методы лечения
4.4.2	Консервативная терапия
4.4.3	Оперативное лечение
5	Кровотечения опухолевой этиологии
5.1	Виды
5.2	Клиника
5.3	Диагностика
5.4	Лечение
5.4.1	Эндоскопические методы лечения
5.4.2	Консервативная терапия
5.4.3	Оперативное лечение

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде текущего контроля (ТК) – по учебному модулю Программы. Текущий контроль знаний представляет собой оценку результатов обучения в рамках

проводимых практических и семинарских занятий, осуществляется он преподавателем

в пределах учебного времени, отведенного на освоение соответствующих учебных

модулей, тем, элементов

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО, решения одной ситуационной задачи в АС ДПО 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
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
неудовлет	слабое знание изучаемой	неумение давать	отсутствие

ворительн о	предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	аргументированные ответы	логичности и последователь ности ответа
----------------	---	-----------------------------	---

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемы е к заданию, выполнены	высокая способность анализирова ть ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемы е к заданию, выполнены	способность анализирова ть ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна- две неточности в ответе
удовлетвори тельно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемы х к заданию, выполнены	Удовлетвори тельная способность анализирова ть ситуацию, делать выводы	Удовлетворит ельные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетво	непонимание	Низкая	Недостаточны	Отсутствует

рительно	проблемы. Многие требования, предъявляемы е к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	способность анализирова ть ситуацию	е навыки решения ситуации	
----------	--	---	---------------------------------	--

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	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, 344022, Ростовская область, г. Ростов-на- Дону, пер. Нахичеванский, 38/57-59/212-214,	2 этаж, № 201 (доцентская)

	Литер Г	
2	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 38/57-59/212-214, Литер Г	2 этаж, № 222 (ассистентская №1)
3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 38/57-59/212-214, Литер Г	1 этаж, лекционный зал (аудитория факультетской хирургии).
4	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 38/57-59/212-214, Литер Г	2 этаж, 210, помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам: операционный блок, операционный зал №8.
5	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 38/57-59/212-214, Литер Г	2 этаж, 210. Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам: операционный блок, операционный зал №9 (эндоскопический)
6	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, БСМП №2, ул. Бодрая 23, отделение хирургии, 6 этаж, уч. Комната № 3.	лекционный зал

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, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, универсальная система ранорасширителей с креплением к операционному столу, хирургический и микрохирургический инструментарий, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, аргонно-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.	Хирургические болезни : учебник : [ФГБОУ ВО "Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова"] / под ред. М.И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 991 с. 51 экз.
2	<u>Клиническая хирургия [электронный ресурс]: национальное рук-во : в 3 т. / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –: Т.2. - 832 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача».</u> ЭР
3	Хирургические болезни:учеб.-метод. пособие : [рек. ГОУ ВПО

	"Первый Моск. гос. мед.ун-т им. И.М. Сеченова"] / А.И. Кириенко, А. М. Шулутко, В.И. Семиков, В.В. Андрияшкин. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1 экз.
4	Эндоскопическая абдоминальная хирургия / В.П. Сажин, А.В. Федоров, А.В. Сажин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с. 1 экз.
	Дополнительная литература
1	Атлас оперативной хирургии / Ф.Шумпелик; - Пер. с англ. Н.Л. Матвеева. – М.: Изд-во Панфилова, 2010. - 616 с.1 экз.
2	Эндоскопическая абдоминальная хирургия [электронный ресурс]: рук-во / В.П. Сажин, А.В. Федоров, А.В. Сажин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». ЭР
3	Колопроктология: учебное пособие / сост.: М.Ф. Черкасов, А.А. Помазков, В.А. Глушченков, Д.М. Черкасов, Ю.М. Старцев; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, ФПК и ППС, кафедра хирургических болезней. – Ростов н/Д: Изд-во ООО «Полиграфыч-Дон», 2016 – 476 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.	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4.	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
5.	Scopus / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA. – URL: http://www.scopus.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ неограничен
6.	Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: http://apps.webofknowledge.com по IP-адресам	Доступ неограничен

	РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	
7.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru	Открытый доступ
8.	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка. - URL: http://cyberleninka.ru/	Открытый доступ
9.	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://archive.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
10.	Медицинский Вестник Юга России. - URL: https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ	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 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 Колопроктологии в общем числе научно-

педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

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, от- чество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основ- ное/совмещение)
1	Черкасов Михаил Федорович	д.м.н., проф.	Зав. кафедрой	основное
2	Дегтярев Олег Леонидович	д.м.н. проф.	Проф.	основное
3	Старцев Юрий Михайлович	к.м.н.	доцент	основное
4	Галашокян Карпет Мелконович	к.м.н.	ассистент	основное
5	Глушченков Владимир Алексеевич	К.м.н	ассистент	основное

Приложение №1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной программе повышения квалификации
врачей

«Желудочно-кишечные кровотечения. Этиология. Лечение»
со сроком освоения 36 академических часов по основной специальности
«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. БСМП №2, ул. Бодрая, 23.
4	Зав.кафедрой	Черкасов М.Ф.

5	Ответственный составитель	Глушечков В. А.
6	E-mail	2012savin2012@gvfil.com
7	Моб. телефон	+7(928) 9038745
8	Кабинет №	222
9	Учебная дисциплина	Хирургия
10	Учебный предмет	Хирургия
11	Учебный год составления	2024 г.
12	Специальность	Хирургия
13	Форма обучения	очная
14	Модуль	Желудочно-кишечные кровотечения. Этиология. Лечение.
15	Тема	1.1 – 1.6
16	Подтема	1.1.1 – 1.6.5
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			1. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин		
	*		в кардиальном отделе желудка		
			в антральном отделе желудка		
			в пилорическом отделе желудка		
	*		в теле желудка		
1	1	2			
1			Наружные геморроидальные узлы образованы		

	*		Венозным сплетением		
			Лимфатическим сплетением		
			Кавернозной тканью		
			артериями		
1	1	3			
1			Для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода 50-летнему больному введен зонд Сенстекена-Блекмора. Как должно быть давление в пищеводном баллоне зонда, чтобы кровотечение остановилось ?		
	*		40 мм.рт.ст.		
			60 мм.рт.ст.		
			100 мм.рт.ст.		
			20 мм. рт. ст.		
			Для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода 50-летнему больному введен зонд Сенстекена-Блекмора. Как должно быть давление в пищеводном баллоне зонда, чтобы кровотечение остановилось ?		
1	1	4			
1			Какой из препаратов наиболее эффективен при лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода при циррозе печени?		
	*		октреотид		
			протамин-сульфат		
			фибриноген		

	*		гидрокортизон		
1	1	5			
1			При кровотечении из язвы желудка типа Forrest I-A, I-B необходимо лечение надо начать с		
	*		а) эндоскопического гемостаза		
			эндоскопической профилактики рецидива кровотечения		
	*		лапаротомии, хирургической остановки кровотечения		
			консервативной терапии, динамического наблюдения		
1	1	6			
1			Преимуществом лапароскопического хирургического лечения заворота сигмовидной кишки является		
			радикальность		
			одномоментное лигирование всех геморроидальных узлов		
			возможность радикального лечения на 4 стадии		
	*		радикальность,, атравматичность		
1	1	7			
1			О клинически значимой портальной гипертензии говорят в следующих случаях		
	*		установленное увеличение диаметра воротной (более 14 мм) и селезеночной (более 7-8 мм) вен по		

			данным УЗИ, асцита, варикозного расширения вен пищевода, желудка, прямой кишки, а также когда портокавальный градиент давления превышает пороговое значение 10 мм рт. ст.		
			установленное увеличение диаметра воротной (более 12 мм) и селезеночной (более 5-6 мм) вен по данным УЗИ, асцита, варикозного расширения вен пищевода, желудка, прямой кишки, а также когда портокавальный градиент давления превышает пороговое значение 10 мм рт. ст.		
			установленное увеличение диаметра воротной (более 16 мм) и селезеночной (более 9-10 мм) вен по данным УЗИ, асцита, варикозного расширения вен пищевода, желудка, прямой кишки, а также когда портокавальный градиент давления превышает пороговое значение 10 мм рт. ст.		
			установленное увеличение диаметра воротной (более 11 мм) и селезеночной (более 4-5 мм) вен по данным УЗИ, асцита, варикозного расширения вен пищевода, желудка, прямой кишки, а также когда портокавальный градиент давления превышает пороговое значение 5 мм рт. ст.		
1	1	8			
1			Дивертикулы толстой кишки являются причиной кровотечения в :		
			тромбофлебитом		
	*		5% случаев		

			ангиодисплазией		
			арикозным расширением вен		
1	1	9			
1			Наиболее характерным клиническим признаком ректоцеле является		
			использование очистительных клизм		
			многомоментная дефекация		
	*		ручное пособие при дефекации через влагалище		
			Прием слабительных препаратов		
1	1	10			
1			Одним из наиболее вероятных осложнений дивертикулов толстой кишки является		
			Развитие кокцигодинии		
			Остеомиелит крестца		
			Остеомиелит копчика		
	*		Прободение стенки дивертикула, перитонит.кровоотечение.		
1	1	11			
1			Показанием к операции при ЖКК при опухолевом поражении кровотоке.		

			тяжелое состояние больного		
			большие размеры опухоли		
	*		Не останавливающееся кровотечение в желудок		
			кишечная непроходимость		
1	1	12			
1			Накладывать колостому у ослабленных больных при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга следует		
			на восходящую ободочную кишку		
			на сигмовидную кишку		
			на поперечно-ободочную кишку		
	*		на границе компенсированной и декомпенсированной части ободочной кишки		
1	1	13			
1			При завороте сигмовидной кишки с обтурационной кишечной непроходимостью в стадии декомпенсации, оптимальным методом лечения является		
	*		операция Гартмана		
			наложение колостомы на восходящую кишку		
			субтотальная колэктомия с наложением колостомы		

	*		обходной анастомоз		
1	1	14			
1			Формирование внутрибрюшной одноствольной колостомы при радикальной операции используется		
			при выраженной толстокишечной непроходимости		
			при короткой брыжейке сигмовидной кишки		
	*		при инфицировании брюшной полости		
			при перифокальном воспалении		
1	1	15			
1			Операцию двуствольной колостомии в качестве операции следует выполнять во всех ситуациях, кроме		
			выраженной толстокишечной к непроходимости		
			наличия перитонита вследствие перфорации дивертикула		
			невозможности радикального устранения непроходимости		
	*		наличие разлитого перитонита		
1	1	16			

1			После операции с наложением илеостомы по поводу неспецифического язвенного колита следует		
			в течение 24 часов начать стимуляцию кишечника		
			ждать отделяемого по илеостоме без стимуляции моторики кишечника		
	*		ждать отделяемого по стоме в течение двух суток и при отсутствии ее функции стимулировать моторику кишечника		
			с первого дня проводить пальцевое исследование илеостомы		
1	1	17			
1			Выберите мероприятия, используемые для восстановления жизнеспособности участка тонкой кишки		
			повторная фиксация наружного цилиндра		
			электростимуляция стенки кишки;		
			аспирация содержимого через зонд;		
	*		нагрев салфетками с тёплым физраствором+ введение раствора новокаина в брыжейку		

1	1	18			
1			Больной, оперированный по поводу неспецифического язвенного колита, выписанный из стационара с илеостомой, должен соблюдать все указанное, кроме		
			быть под наблюдением врача-проктолога		
			проведения самоконтроля за стомой		
	*		проведения санаторно-курортного лечение		
			контроля пассажа по ЖКТ		
1	1	19			
1			Наиболее высокий риск развития осложнений в послеоперационном периоде возможен при:		
			Двуствольная илеостома		
	*		Одноствольная колостома		
			Одноствольная илеостома		
			Двуствольная колостома		
1	1	20			
1			При выполнении операции Микулича на передней брюшной стенке формируется		
			Петлевая илеостома		

	*		Раздельная колостома		
			Раздельная илеотрансверзостома		
			Петлевая колостома		
1	1	21			
1			При выполнении передней резекции сигмовидной кишки при дивертикулезе кишки всегда формируется		
	*		Кишечный анастомоз		
			Толстокишечный резервуар		
			Одноствольная колостома		
			Забрюшинный тоннель		
1	1	22			
1			В норме колостома формируется		
			«Столбиком»		
	*		Выпуклой		
			Плоской		
			Втянутой		
1	1	23			
1			Оптимальным оперативным пособием при декомпенсированной форме болезни Гиршпрунга у взрослых является		
			Операция Дюамеля		

			Илеостомия, в последующем операция Соаве		
			Двухэтапная операция: сначала колостома, вторым этапом – по Дюамелю*		
			Операция Свенсона с формированием проксимальной колостомы		
1	1	24			
1			Калоприемник из пластмассы на поясе рекомендован пациентам с		
			«Порочными» стомами		
	*		Непереносимостью адгезивов		
			Илеостомами		
			Колостомами		
1	1	25			
1			В какие сроки необходимо оценивать динамику пассажа по тонкой кишке при проведении терапии и динамическом наблюдении за пациентом с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью.		
			Формируется колостома		
			Каждые 4 часов		
			Каждые 2 часа		

	*		Каждые 6 часов		
1	1	26			
1			Для избежания инфицирования раны промежности при повреждении прямой кишки наиболее эффективно		
			назначение средств, задерживающих стул – имодиум, норсульфазол, левомецетин		
			применение настойки опия		
			назначение кодеина		
	*		наложение колостомы		
1	1	27			
1			Важные параметры для проведения дифференциальной диагностики вида кишечной непроходимости при оценке «чаш «Клойбера»		
	*		соотношение уровня жидкости и газового столба над ним.+		
			наличие «серпа» воздуха;		
			наличие рисунка «рыбьего скелета»;		
			наличие складок «Керкрингера»		

1	1	28			
1			Выберите критерий, являющийся противопоказанием для выполнения операции по поводу спаечной кишечной непроходимости лапароскопически		
			наличие инфаркта миокарда;		
			Наличие цирроза печени		
			наличие водно-электролитных нарушений		
	*		наличие перитонита		
1	1	29			
1			В каких границах относительно уровня некроза рекомендуется выполнять пересечение стенки тонкой кишки при выполнении резекции?		
			приводящий отдел проксимальнее на 50 - 60 см, отводящий дистальнее на 30 - 40 см;		
			приводящий отдел проксимальнее на 70 - 80 см, отводящий дистальнее на 50 - 60		
			у сразу за линией некроза.		
	*		приводящий отдел проксимальнее на 30 - 40 см, отводящий дистальнее на 15 - 20 см;+		

1	1	30			
1			В какие максимальные сроки наиболее эффективно проведение консервативной терапии у пациента с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, согласно существующим клиническим рекомендациям?		
			В пределах 4 часов		
			В пределах часов		
			В пределах 48 часов		
	*		В пределах 24 часов		

2. Оформление фонда ситуационных задач (для проведения экзамена в АС ДПО).

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Задача № 1.

Молодой человек 32 года, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета «кофейной гущи».

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 х 10/л, Нв - 100 г/л.

Вопросы: 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

- 3) План дополнительного обследования:
- 4) План лечения
- 5) Тактика хирургического лечения

Задача № 2.

Больной, 43 года (вес 75 кг, рост 180 см) поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи», темный жидкий стул на протяжении последних двух дней.

Из анамнеза известно, что последнюю неделю находился на амбулаторном лечении по поводу ОРЗ. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. Три дня назад появилась слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпи! абдоминальной области. Per rectum - мелена

Дополнительные исследования к задаче:

1. Общий анализ крови: эритроцитов $2,4 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 65 г/л, гематокрит 23%.
2. Общий белок 55 г/л, протромбиновый индекс 70%
3. На ЭКГ- синусовая тахикардия
4. Состояние кислотно-щелочного равновесия:

Показатели больного	Норма
Ph – 7,30	7,35 – 7,45
pCO ₂ – 42 мм.рт.ст.	40 мм.рт.ст.
pO ₂ – 85 мм.рт.ст.	100 мм.рт.ст.
BE – (-7 ммоль/л)	±2,3 ммоль/л
5. Показатели фиброгастроудоденоскопии: Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Тромбированный сосуд в диаметре около 1,5 мм.
6. Центральное венозное давление – отрицательное
7. Рентгенограмма органов грудной клетки без патологии
8. Билирубин – 12 мкмоль/л, мочевины 6 ммоль/л, глюкоза 5,7 ммоль/л

- Вопросы:
- 1)Предположите наиболее вероятный диагноз.
 - 2)Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
 - 3)План дополнительного обследования:
 - 4)План лечения

Задача № 3.

Больной, 42 лет, поступил в стационар в экстренном порядке. 3 часа назад появилась кровавая рвота. В течение последних 2-х лет кровавая рвота воз-

никает 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре: кожный покров бледный. Пульс 110 - 115 в 1 минуту, слабого наполнения. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, определяется венозная сеть на передней брюшной стенке. Пальпируется селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Показатели красной крови : Гемоглобин - 80 г/л, Эритроциты - 3×10 .

Вопросы: 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3) План дополнительного обследования:

4) План лечения:

Задача № 4.

Больной М. 46 лет, длительно страдает язвенной болезнью желудка. В течение последних двух недель стал отмечать боли в эпигастриальной области через 15-20 минут после приема пищи. Сегодня утром отметил выраженную слабость и обильный черный жидкий стул. При осмотре: Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, отмечается “липкий пот”, тахикардия до 100 в минуту, АД снизилось до 90\50 мм. рт. ст.

Вопросы: 1) Наиболее вероятный диагноз?

2) Клинические симптомы характерные для этого заболевания

3) Необходимые диагностические мероприятия при поступлении в стационар

4) Лечебные мероприятия, которые проводятся при данном заболевании?

Задача №5

Больной 50 лет последние 3 года страдает язвой желудка. Дважды госпитализировался в связи с кровотечением из язвы. Консервативное лечение без эффекта. При последней гастроскопии 3-сантиметровая каллезная язва угла желудка.

Вопросы: 1) Какое дополнительное исследование прежде всего показано в данной ситуации?

2) Какому состоянию больше всего соответствует данная ситуация?

3) Что из названного относится к этой же группе?

4) Наиболее оправданная тактика?

Задача №6

Больному К., 48 лет, выполнена лапароскопическое рассечение спаек по поводу ОКН тонкой кишки, на третьи сутки после операции у больного болевой синдром имеющий тенденцию к быстрому прогрессированию. Какова причина возникшего осложнения? Ваша тактика.

Задача № 7

У больной после ДТП с клиникой «острого живота» выполнена диагностическая лапароскопия по результатам которой установлен диагноз

линейный разрыв печени, Внутрибрюшное кровотечение..., время от начала заболевания 6 часов. Какая операция показана?

Задача № 8

У больного Д., 60 лет при проведении обзорной лапароскопии выявлен грыжевой дефект, который расположен в области медиальной паховой ямки, медиальнее семенного канатика. Какой вид грыжи обнаружен у больного? Ваша тактика? На какие сроки рекомендуется ограничение физической нагрузки после выполнения оперативного вмешательства?

Задача № 9

Больной П., 45 лет поступил в хирургическое отделение с болями в животе. С целью установления диагноза была выполнена диагностическая лапароскопия, при проведении которой появился пульсирующий фонтан крови, поступающий наружу через троакар. Какое осложнение возникло? Ваша тактика?

Оформление фонда теоретических вопросов для собеседования

11 Оценочные материалы

11.1. Тематика контрольных вопросов:

ДО – дистанционное обучение. ПК - промежуточный контроль.
ТК - текущий контроль.

1. Желудочно-кишечное кровотечение. Определение понятия. Причины развития. Классификация по степени кровопотери.
2. Желудочно-кишечное кровотечение, возможные источники, дифференциальная диагностика в зависимости от причины и уровня кровотечения.
3. Желудочно-кишечные кровотечения. Диагностическая программа в приемном отделении. Определение кровопотери.
4. Кровотечение из язвы желудка и ДПК. Классификация по Горбашко, индексу Альговера, Форресту. Показания к консервативному, экстренному и срочному оперативному лечению.
5. Тактика хирурга при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Прогноз рецидива кровотечения.
6. Методы эндоскопического гемостаза в лечении желудочно-кишечных кровотечений. Классификация Forrest. Виды эндогемостаза. Преимущества и недостатки. Показания к применению.
7. Методы хирургического лечения при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Тактические различия между экстренными и срочными операциями по поводу кровотечения.
8. Методы консервативной терапии в лечении желудочно-кишечных кровотечений. Восполнение ОЦК. Гемотрансфузии.

9. Синдром Мэллори-Вейсса, этиология, диагностика, методы консервативного, эндоскопического и оперативного лечения.
10. Эрозивные гастродуоденальные кровотечения, этиология, диагностика, лечение.
11. Желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии. Виды, патогенез. Особенности клиники и лечения.
12. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, этиопатогенез, диагностика, эндоскопическое лечение.
13. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода консервативное лечение.
14. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Оперативное лечение. Виды. Показания.
15. Послеоперационное ведение больного с желудочно-кишечным кровотечением.
16. Перечислить современные высокотехнологичные методы диагностики в основных разделах хирургии;
17. Перечислить современное оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, техника безопасности при работе с аппаратурой, современный хирургический инструментарий, применяемый при открытых, эндоскопических и транскутанных оперативных вмешательствах;
18. Показания применения видеоэндоскопии и робототехники в различных разделах хирургии;
 19. современные гемостатические средства и технологии;
- 20. Управление виртуальным симулятором LapMentor;
- 21. Методы наложения остановки кровотечения из варикозно расширенных вен.
- 22. Техника введения троакаров и инструментов;
- 23. Техника эндохирургической диссекции тканей;
- 24. Прошивание тканей под контролем эндовидеокамеры;
- 25. Техника интракорпорального завязывания узлов;