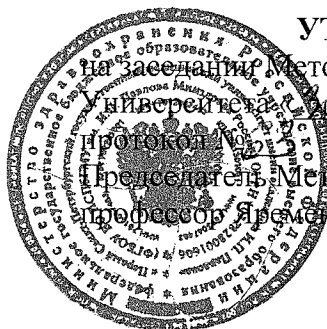


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



УТВЕРЖДЕНО

на заседании Методического Совета
Университета « 12 » 2019 г.,
Протокол № _____
Председатель Методического Совета
профессор Яременко А.И.

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Наименование
программы
(модуля)

Новые технологии в колопроктологии, 144 часа
(наименование дисциплины)

по
специальности

Колопроктология, код 31.08.55
(наименование и код специальности)

Факультет

Послевузовского образования
(наименование факультета)

Кафедра

**Хирургических болезней стоматфакультета с курсом
колопроктологии**
(наименование кафедры)

Категория
слушателей

врачи – колопроктологи, врачи - хирурги

Срок обучения

144 часа

Форма обучения

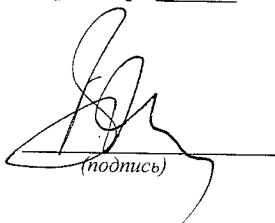
очная

Санкт-Петербург
2019

Образовательная программа дополнительного профессионального образования (далее ОП ДПО) – программа повышения квалификации для специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Колопроктология» (код специальности 31.08.55, «Колопроктология») разработана коллективом кафедры хирургических болезней стоматфакультета с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени академика И.П.Павлова в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования, утвержденным Приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1098 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.55 Колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2014 № 34427) (далее – ФГОС ВО); Приказом Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 (ред. от 15.11.2013) "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.08.2013 № 29444); приказом Минздрава России от 07.10.2015 № 700н "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 № 39696) и на основании примерной основной образовательной программы дополнительного профессионального образования по колопроктологии.

ОП ДПО обсуждена на заседании кафедры хирургических болезней стоматфакультета с курсом колопроктологии « 14 » ноября 2019 г., протокол заседания № 37

Заведующий кафедрой,
профессор, д.м.н.
(ученое звание или ученая степень)



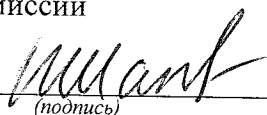
(подпись)

/С.В. Васильев/

ОП ДПО одобрена **цикловой методической комиссией ФПО** «26» ноября 2019г., протокол №9.

Председатель цикловой методической комиссии
профессор , д.м.н.

(ученое звание или ученая степень)



(подпись)

Шапорова Н.Л.

(Расшифровка фамилии И. О.)

СТРУКТУРА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

1. Цель и задачи реализации образовательной программы
2. Характеристика профессиональной деятельности обучающихся, освоивших программу повышения квалификации и планируемые результаты обучения
3. Перечень знаний, умений и навыков врача-колопроктолога
4. Учебный план, календарный учебный график, рабочие программы учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей) и учебно-тематический план
5. Организационно-педагогические условия и требования к реализации программы обучения
6. Формы аттестации и оценочные материалы
7. Методические рекомендации по реализации учебной программы, список рекомендованной литературы (основной и дополнительной), а также других видов учебно-методических материалов и пособий

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ
по разработке образовательной программы повышения квалификации послевузовского
дополнительного профессионального образования по специальности «Колопроктология»

№ п п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Васильев Сергей Васильевич	Д.м.н.	Зав. кафедрой, профессор	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
2.	Попов Дмитрий Евгеньевич	К.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
3.	Недозимованный Анатолий Иванович	К.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
4.	Дудка Виктор Васильевич	К.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
5.	Семёнов Андрей Викторович	К.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
По методическим вопросам				
9.	Шапорова Наталья Леонидовна	Д.м.н.	Декан факультета последипломного образования	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова

ОП ДПО по программе повышения квалификации (ПК) «Новые технологии в колопроктологии», реализуемая ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, представляет собой систему документов, разработанную и утвержденную Университетом с учетом требований рынка труда, на основании федерального государственного образовательного стандарта по соответствующему направлению подготовки высшего образования.

1. Цель и задачи реализации образовательной программы

1.1. Целью ОП ДПО ПК «Новые технологии в колопроктологии» по специальности «Колопроктология» является подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

1.2. Задачи программы - формирование эффективной, качественной, современной образовательной системы в области специальности «Колопроктология»; обеспечение конкурентоспособности обучающихся в целом на рынке услуг в образовательной, научной, инновационной и профессиональной деятельности; подготовка к аттестационным испытаниям на вторую, первую и высшую квалификационные категории по специальности.

Цель вида профессиональной деятельности: Профилактика, диагностика, лечение и медицинская реабилитация пациентов с колопроктологическими заболеваниями

2. Характеристика профессиональной деятельности обучающихся, освоивших программу повышения квалификации и планируемые результаты обучения

Область профессиональной деятельности обучающихся, освоивших программу ПК, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности обучающихся, освоивших программу ПК, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся обучающиеся, освоившие программу ПК:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Обучающийся, освоивший программу ПК, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

диагностическая деятельность:

- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний.

лечебная деятельность:

- оказание специализированной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

реабилитационная деятельность:

- проведение медицинской реабилитации.

психолого-педагогическая деятельность:

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

организационно-управленческая деятельность:

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

Обучающийся, успешно освоивший дополнительную профессиональную образовательную программу повышения квалификации по специальности 31.08.55 Колопроктология должен обладать следующими **универсальными компетенциями** (далее – УК):

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

Обучающийся, успешно освоивший дополнительную профессиональную образовательную программу повышения квалификации по специальности 31.08.55 Колопроктология должен обладать следующими **профессиональными компетенциями** (далее – ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи, в том числе с использованием новых технологий и высокотехнологичной (ПК-6);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

Обучающийся, успешно освоивший дополнительную профессиональную образовательную программу повышения квалификации по специальности 31.08.55 Колопроктология должен обладать следующими **профессионально-специализированными компетенциями** (далее – ПСК):

диагностическая деятельность:

- способность и готовность к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области колопроктологии (ПСК-1);
- способность и готовность анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомио-физиологических основ, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики колопроктологических заболеваний (ПСК-2);
- способность и готовность выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы колопроктологических заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при колопроктологических заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в группе колопроктологических заболеваний (ПСК-3);

лечебная деятельность:

- способность и готовность выполнять основные лечебные мероприятия при колопроктологических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход, своевременно выявлять жизненно опасные нарушения у колопроктологических больных, использовать методики немедленного устранения данных нарушений, осуществлять противошоковые мероприятия (ПСК-4);
- способность и готовность назначать больным колопроктологическими заболеваниями адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, в том числе с использованием новых технологий, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии (ПСК-5);

реабилитационная деятельность:

- способность и готовность применять больным колопроктологическими заболеваниями различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма (ПСК-6);
- способность и готовность давать больным колопроктологическими заболеваниями рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии (ПСК-7);

профилактическая деятельность:

- способность применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья (взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций) в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения (ПСК-8);
- способность и готовность использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии колопроктологических заболеваний, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению колопроктологических заболеваний, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим и профилактическим вопросам (ПСК-9).

3. Перечень знаний, умений и навыков врача-колопроктолога:

По окончании обучения врач-колопроктолог должен:

знать:

- законодательство Российской Федерации по вопросам организации колопроктологической помощи населению;
- принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни; основы медицинской этики и деонтологии в колопроктологии;
- общие принципы, основные методы и современные технологические особенности клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма;
- патогенез основных колопроктологических заболеваний;
- основы фармакотерапии при различных колопроктологических заболеваниях и современные тенденции в медикаментозном лечении;
- основные положения экспертизы временной нетрудоспособности при колопроктологических заболеваниях;
- методы, современные тенденции и технологические особенности оперативного лечения заболеваний ободочной и прямой кишки, крестцово-копчиковой области и промежности;
- причины, механизмы и проявления типовых патологических процессов, закономерности их взаимосвязи, значение при различных колопроктологических заболеваниях;
- этиологию и патогенез отдельных, изучаемых в рамках программы ПК, болезней и синдромов, их проявления и механизмы развития, методы их современной и рациональной диагностики, эффективной терапии и профилактики;

уметь:

- получить информацию о заболевании;
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, эндоскопических, лучевых, функциональных, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты;
- проводить дифференциальный диагноз;
- оценить причину и тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния;

- определить объем и последовательность терапевтических или хирургических и организационных мероприятий (стационарное лечение, амбулаторное лечение, консультативный прием);
- обосновать схему, план и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов, оперативного лечения;
- разработать план подготовки больного к терапии, определить противопоказания;
- определить показания и выбрать методы хирургического лечения, в том числе, в состояниях, требующих экстренного оперативного вмешательства;
- решить вопрос о возможности продолжения профессиональной деятельности больного;

владеть навыками:

- удаления инородных тел прямой кишки;
- вскрытия и дренирования (в том числе лигатурного) параректальных абсцессов;
- иссечения гнойного хода в просвет прямой кишки при остром парапроктите;
- геморроидэктомии в различных модификациях, а также выполнения операций без удаления геморроидальных узлов (HAL и HAL-RAR, опер. А. Лонго);
- иссечения анальной трещины;
- удаления доброкачественных опухолей мягких тканей;
- лигирования внутренних геморроидальных узлов, склерозирующей терапии, лазерной вапоризации, инфракрасной коагуляции;
- иссечения интра- и чрессфинктерного свища прямой кишки, методами операций при хроническом парапроктите, включая методики LIFT, FiLaC;
- иссечения эпителиального копчикового хода, в том числе с использованием различных видов энергии, включая методику SiLaC;
- выполнения ректороманоскопии;
- выполнения ТЭМ- и ТЭО- удаления новообразований прямой кишки;
- лапаротомии (лапароскопии) различными доступами, ушивания лапаротомного (лапароскопического) доступа;
- формирования илео- и колостом при травме толстой кишки и острой толстокишечной непроходимости;
- выполнения оперативного вмешательства - формирование обходного межкишечного анастомоза;
- выполнения резекции сигмовидной кишки с межкишечным анастомозом, в том числе аппаратным;
- расспроса больного, сбора анамнестических и катamnестических сведений, наблюдения за пациентом;
- анализа получаемой информации;
- использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в колопроктологии;
- диагностики и подбора адекватной терапии конкретных колопроктологических заболеваний;
- распознавания и лечения неотложных состояний в колопроктологии;
- оформления официальных медицинских документов, ведения первичной медицинской документации;
- работы с медицинскими информационными ресурсами и поиска профессиональной информации в сети Интернет;
- общения по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

4. Учебный план, календарный учебный график, рабочие программы учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей) и учебно-тематический план

Учебный план программы ПК «Новые технологии в колопроктологии»

№ п/п	Раздел	КЕ (Часы)	ЗЕ (36 ч) 1 неделя	Форма контроля
1	Основы организации колопроктологической помощи	8	0,22	
2	Анатомия и физиология толстой кишки, анального канала и промежности	18	0,5	
3	Морфологическая характеристика заболеваний толстой кишки	8	0,22	
4	Семиотика и методы диагностики в колопроктологии	24	0,67	
5	Неопухолевые заболевания анального канала и перианальной области	12	0,33	
6	Неопухолевые заболевания прямой и ободочной кишок	12	0,33	
7	Опухоли толстой кишки и анального канала	12	0,33	
8	Неотложная колопроктология	8	0,22	
9	Амбулаторная колопроктология	12	0,33	
10	Клиническая оперативная колопроктология	24	0,67	
11	Итоговая аттестация	6	0,17	экзамен
	Итого:	144	4	

Содержание программы ПК «Новые технологии в колопроктологии» по специальности 31.08.55 Колопроктология включает только обязательную часть (базовую); вариативная часть обучения настоящей программой не предусмотрена. Учебный план программы состоит из следующих блоков:

Блок 1. «Дисциплины (модули)»

Блок 2. «Итоговая аттестация»

Выбор форм, методов и средств обучения, образовательных технологий и учебно-методического обеспечения реализации программы осуществляется учреждением самостоятельно исходя из необходимости достижения обучающимися планируемых результатов освоения указанной программы, а также с учетом индивидуальных возможностей обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В качестве унифицированной единицы измерения трудоемкости учебной нагрузки обучающегося при указании объема программы ПК и ее составных частей используется зачетная единица. Зачетная единица для программ ПК эквивалента 36 академическим часам (при продолжительности академического часа 45 минут) или 27 астрономическим часам.

Объем настоящей программы ПК, вне зависимости от применяемых образовательных технологий, в том числе при использовании сетевой формы реализации программы ПК, реализации обучения по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренного обучения, составляет 4 зачетных единицы.

Объем аудиторных занятий в неделю при освоении программы ПК – 36 академических часов.

Перечень, трудоемкость и распределение по периодам обучения дисциплин (модулей) и итоговой аттестации обучающихся определяется рабочим учебным графиком программы повышения квалификации. Внеаудиторные занятия учебным графиком не предусмотрены.

Учебно-тематический план программы ПК «Новые технологии в колопроктологии»

Индекс	Наименование разделов и дисциплин (модулей)	Трудоемкость	Всего часов	В том числе				Компетенции
				лекции	семинары	практические занятия	контроль	
Б.1	Колопроктология	4	144	30	42	66	6	
Б.1.1	Основы организации колопроктологической помощи	0,22	8	2	4	2		УК-1,2; ПК-1
Б.1.2	Анатомия и физиология толстой кишки, анального канала и промежности	0,5	18	4	6	8		ПК-1,5,6; ПСК-1,2,3,4,5
Б.1.3	Морфологическая характеристика заболеваний толстой кишки	0,22	8	2	4	2		ПК-1,5,6; ПСК-1,2,3,4,5
Б.1.4	Семиотика и методы диагностики в колопроктологии	0,67	24	4	6	14		ПК-2,5,6; ПСК-1,2,3,4,5,7
Б.1.5	Неопухольевые заболевания анального канала и перианальной области	0,33	12	4	8			УК-1,2; ПК-1,4,5,6,9; ПСК-1,2,3,4,5,7

Индекс	Наименование разделов и дисциплин (модулей)	Трудоёмкость	Всего часов	В том числе				Компетенции
				лекции	семинары	практические занятия	контроль	
Б1.6	Неопухолевые заболевания прямой и ободочной кишок	0,33	12	2	10			УК-2; ПК-1,2,5,6,8; ПСК-1,2,3,4,5,7
Б.1.7	Опухоли толстой кишки и анального канала	0,33	12	4	8			УК-2; ПК-8,9,10; ПСК-6,7
Б.1.8	Неотложная колопроктология	0,22	8	2	2	4		ПК-8; ПСК-6,7
Б.1.9	Амбулаторная колопроктология	0,33	12	4	4	4		УК-1,2; ПК-2,4,10; ПСК-1,2,8
Б.1.10	Клиническая оперативная колопроктология	0,67	24	4	4	16		УК-1,2; ПК-5,6,11; ПСК-4
Б.2	Итоговая аттестация	0,17	6	-	-	-	экзамен	-

Календарный учебный график

Учебные модули	Месяцы			
	1 неделя	2 неделя	3 неделя	4 неделя
Основы организации колопроктологической помощи	8			
Анатомия и физиология толстой кишки, анального канала и промежности	18			
Морфологическая характеристика заболеваний толстой кишки	4	4		
Семиотика и методы диагностики в колопроктологии		24		
Неопухолевые заболевания анального канала и перианальной области		2	10	
Неопухолевые заболевания прямой и ободочной кишок			12	
Опухоли толстой кишки и анального канала			8	4

Учебные модули	Месяцы			
	1 неделя	2 неделя	3 неделя	4 неделя
Неотложная колопроктология				8
Амбулаторная колопроктология				12
Клиническая оперативная колопроктология	6	6	6	6
Итоговая аттестация				6
Итого	36	36	36	36

Разделы дисциплины и виды учебной работы

Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (час)				
	Л	СЗ	КПЗ	контроль	всего
Основы организации колопроктологической помощи	2	4	2		8
Тема 1. Организация амбулаторной колопроктологической помощи	1	2	1		4
Тема 2. Организация стационарной колопроктологической помощи	1	2	1		4
Анатомия и физиология толстой кишки, анального канала и промежности	4	6	8		18
Тема 3. Анатомия ободочной кишки	1	2	2		5
Тема 4. Анатомия прямой кишки	1	1	2		4
Тема 5. Анатомия анального канала и промежности	1	2	2		5
Тема 6. Физиология толстой кишки	1	1	2		4
Морфологическая характеристика заболеваний толстой кишки	2	4	2		8
Тема 7. Патологическая анатомия заболеваний толстой кишки	1	2	1		4
Тема 8. Патологическая анатомия заболеваний анального канала, перианальной области и параректальной клетчатки	1	2	1		4

Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (час)				
	Л	СЗ	КПЗ	контроль	всего
Семиотика и методы диагностики в колопроктологии	5	8	11		24
Тема 9. Болевой синдром (в животе, в прямой кишке, обл. заднего прохода и др.).	1	1	1		3
Тема 10. Изменения перианальной области (ассиметрия, мацерация, гиперемия, свищевые отверстия, сосочковые разрастания).	1	1	2		4
Тема 11. Эвакуаторная способность толстой кишки (запор, понос, многомоментная дефекация, неполное опорожнение прямой кишки, необходимость ручного пособия). Функция сфинктеров заднего прохода (спазм, недержание кишечного содержимого).	1	1	2		4
Тема 12. Обязательное общеклиническое обследование. Обязательные специальные методы обследования (осмотр, пальпация, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопия).	1	1	1		3
Тема 13. Дополнительные специальные методы обследования (изучение анального рефлекса, аноскопия, исследование при помощи зонда, проба с красителем, сфинктерометрия, миография, баллонография).		1	2		3
Тема 14. Эндоскопические методики (ФГДС, сигмоидоскопия, колоноскопия, эндоскопия тонкой кишки). Рентгенологическая диагностика (ирригоскопия, дефекография, ангиография, фистулография, лимфография). Радиоизотопная диагностика. Ультразвуковая диагностика (брюш.полости, ректальным датчиком, интраоперационное УЗИ).	1	1	1		3
Тема 15. Биопсия. Цитологическое исследование		1	1		2
Тема 16. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование.		1	1		2
Неопухолевые заболевания анального канала и перианальной области	4	8			12
Тема 17. Геморрой	1	1			2
Тема 18. Анальная трещина		1			2

Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (час)				
	Л	СЗ	КПЗ	контроль	всего
Тема 19. Аноректальные пороки развития у взрослых	1	1			2
Тема 20. Заболевания кожи перианальной области		1			2
Тема 21. Анокопчиковый болевой синдром		1			1
Тема 22. Недостаточность анального сфинктера	1	1			2
Тема 23. Свищи прямой кишки	1	1			3
Тема 24. Эпителиальный копчиковый ход		1			2
Тема 25. Анальные сосочки		1			1
Тема 26. Криптит		1			1
Неопухолевые заболевания прямой и ободочной кишок	2	10			12
Тема 27. Выпадение прямой кишки	1	1			2
Тема 28. Дивертикулярная болезнь толстой кишки	1	1			2
Тема 29. Повреждения и инородные тела толстой кишки		1			1
Тема 30. Колиты		1			1
Тема 31. Синдром раздраженной толстой кишки		1			1
Тема 32. Ректоцеле. Ректовагинальные свищи.		1			1
Опухоли толстой кишки и анального канала	4	8			12
Тема 33. Полипы и полипозные синдромы	1	1			2
Тема 34. Рак ободочной кишки	1	2			3
Тема 35. Рак анального канала	1	1			2
Тема 36. Неэпителиальные опухоли толстой кишки		1			1

Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (час)				
	Л	СЗ	КПЗ	контроль	всего
Тема 37. Эндометриоз толстой кишки		1			1
Тема 38. Рак прямой кишки	1	2			3
Неотложная колопроктология	2	4	2		8
Тема 39. Острый парапроктит	1	1	1		3
Тема 40. Нагноившаяся киста копчика		1			1
Тема 41. Периаанальный венозный тромбоз	1	1	1		3
Тема 42. Ректальные кровотечения		1			1
Амбулаторная колопроктология	2	4	6		12
Тема 43. Организация работы колопроктологического кабинета	1	2	3		6
Тема 44. Амбулаторное лечение колопроктологических пациентов	1	2	3		6
Клиническая оперативная колопроктология	4	4	16		24
Тема 45. Общие вопросы оперативной колопроктологии	1	1	2		4
Тема 46. Брюшно-полостные операции	1	1	2		4
Тема 47. Брюшно-промежностные операции	1	1	2		4
Тема 48. Операции на анальном канале и промежности	1	1			2
Тема 49. Восстановительные, реконструктивные, реконструктивно-восстановительные операции		2			2
Тема 50. Послеоперационные осложнения		2			2
Итоговая аттестация (экзамен)					6
Итого	31	60	47	6	144

Распределение лекций

№	Тема лекции	Часы
1	Организация амбулаторной колопроктологической помощи.	1
2	Организация стационарной колопроктологической помощи	1
3	Анатомия ободочной кишки	1
4	Анатомия прямой кишки	1
5	Анатомия анального канала и промежности	1
6	Физиология толстой кишки	1
7	Патологическая анатомия заболеваний толстой кишки	1
8	Патологическая анатомия заболеваний анального канала, перианальной области и параректальной клетчатки	1
9	Болевой синдром.	1
10	Изменения перианальной области.	1
11	Эвакуаторная способность толстой кишки. Функция сфинктеров заднего прохода.	1
12	Обязательное общеклиническое обследование. Обязательные специальные методы обследования.	1
13	Эндоскопические методики. Рентгенологическая диагностика. Радиоизотопная диагностика. Ультразвуковая диагностика.	1
14	Геморрой	1
15	Аноректальные пороки развития у взрослых	1
16	Недостаточность анального сфинктера	1
17	Свищи прямой кишки	1
18	Выпадение прямой кишки	1
19	Дивертикулярная болезнь толстой кишки	1
20	Полипы и полипозные синдромы	1
21	Рак ободочной кишки	1
22	Рак анального канала	1
23	Рак прямой кишки	1
24	Острый парапроктит	1
25	Перианальный венозный тромбоз	
26	Организация работы колопроктологического кабинета	
27	Амбулаторное лечение колопроктологических пациентов	
28	Общие вопросы оперативной колопроктологии	
29	Брюшно-полостные операции	

30	Брюшно-промежностные операции	
31	Операции на анальном канале и промежности	
Всего		31

Распределение тем клинических практических занятий

№	Тема практических занятий	Часы
1	Организация амбулаторной колопроктологической помощи	1
2	Организация стационарной колопроктологической помощи	1
3	Анатомия ободочной кишки	2
4	Анатомия прямой кишки	2
5	Анатомия анального канала и промежности	2
6	Физиология толстой кишки	2
7	Патологическая анатомия заболеваний толстой кишки	1
8	Патологическая анатомия заболеваний анального канала, перианальной области и параректальной клетчатки	1
9	Болевой синдром.	1
10	Изменения перианальной области.	2
11	Эвакуаторная способность толстой кишки. Функция сфинктеров заднего прохода.	2
12	Обязательное общеклиническое обследование. Обязательные специальные методы обследования.	1
13	Дополнительные специальные методы обследования.	2
14	Эндоскопические методики. Рентгенологическая диагностика. Радиоизотопная диагностика. Ультразвуковая диагностика.	1
15	Биопсия. Цитологическое исследование	1
16	Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование.	1
17	Острый парапроктит	1
18	Перианальный венозный тромбоз	1
19	Организация работы колопроктологического кабинета	3
20	Амбулаторное лечение колопроктологических пациентов	3
21	Общие вопросы оперативной колопроктологии	2
22	Брюшно-полостные операции	2
23	Брюшно-промежностные операции	2
Всего		47

Распределение тем семинарских занятий

№	Тема семинарских занятий	Часы
1	Организация амбулаторной колопроктологической помощи	2
2	Организация стационарной колопроктологической помощи	2
3	Анатомия ободочной кишки	2
4	Анатомия прямой кишки	1
5	Анатомия анального канала и промежности	2
6	Физиология толстой кишки	1
7	Патологическая анатомия заболеваний толстой кишки	2
8	Патологическая анатомия заболеваний анального канала, перианальной области и параректальной клетчатки	2
9	Болевой синдром (в животе, в прямой кишке, обл. заднего прохода и др.).	1
10	Изменения перианальной области (ассиметрия, мацерация, гиперемия, свищевые отверстия, сосочковые разрастания).	1
11	Эвакуаторная способность толстой кишки (запор, понос, многомоментная дефекация, неполное опорожнение прямой кишки, необходимость ручного пособия). Функция сфинктеров заднего прохода (спазм, недержание кишечного содержимого).	1
12	Обязательное общеклиническое обследование. Обязательные специальные методы обследования (осмотр, пальпация, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопия).	1
13	Дополнительные специальные методы обследования (изучение анального рефлекса, аноскопия, исследование при помощи зонда, проба с красителем, сфинктерометрия, миография, баллонография).	1
14	Эндоскопические методики (ФГДС, сигмоидоскопия, колоноскопия, эндоскопия тонкой кишки). Рентгенологическая диагностика (ирригоскопия, дефекография, ангиография, фистулография, лимфография). Радиоизотопная диагностика. Ультразвуковая диагностика (брюш.полости, ректальным датчиком, интраоперационное УЗИ).	1
15	Биопсия. Цитологическое исследование	1
16	Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование.	1
17	Геморрой	1
18	Анальная трещина	1
19	Аноректальные пороки развития у взрослых	1
20	Заболевания кожи перианальной области	1
21	Анокопчиковый болевой синдром	1
22	Недостаточность анального сфинктера	1
23	Свищи прямой кишки	1

24	Эпителиальный копчиковый ход	1
25	Анальные сосочки	1
26	Криптит	1
27	Выпадение прямой кишки	1
28	Дивертикулярная болезнь толстой кишки	1
29	Повреждения и инородные тела толстой кишки	1
30	Колиты	1
31	Синдром раздраженной толстой кишки	1
32	Ректоцеле. Ректовагинальные свищи.	1
33	Полипы и полипозные синдромы	1
34	Рак ободочной кишки	2
35	Рак анального канала	1
36	Неэпителиальные опухоли толстой кишки	1
37	Эндометриоз толстой кишки	1
38	Рак прямой кишки	2
39	Острый парапроктит	1
40	Нагноившаяся киста копчика	1
41	Перианальный венозный тромбоз	1
42	Ректальные кровотечения	1
43	Организация работы колопроктологического кабинета	2
44	Амбулаторное лечение колопроктологических пациентов	2
45	Общие вопросы оперативной колопроктологии	1
46	Брюшно-полостные операции	1
47	Брюшно-промежностные операции	1
48	Операции на анальном канале и промежности	1
49	Восстановительные, реконструктивные, реконструктивно-восстановительные операции	2
50	Послеоперационные осложнения	2
Всего		60

5. Организационно-педагогические условия и требования к реализации программы обучения

Учреждение располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и практической подготовки обучающихся, предусмотренной учебным планом.

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечивается индивидуальным неограниченным доступом к одной или нескольким электронно-библиотечным системам (электронным библиотекам) и к электронной информационно-образовательной среде организации.

Электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда организации обеспечивает возможность доступа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – «Интернет»), как на территории организации, так и вне ее.

Электронная информационно-образовательная среда учреждения обеспечивает:

- доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин (модулей), практик, к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов аттестации по завершении обучения в рамках программы повышения квалификации по специальности;
- проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;
- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети «Интернет».

Функционирование электронной информационно-образовательной среды обеспечивается соответствующими средствами информационно-коммуникационных технологий и квалификацией работников, ее использующих и поддерживающих. Функционирование электронной информационно-образовательной среды должно соответствовать законодательству Российской Федерации.

Квалификация руководящих и научно-педагогических работников организации соответствует квалификационным характеристикам, установленным квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации, и квалификационным требованиям, установленным в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, в разделе «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования», утвержденном приказом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.01.2011 № 1н (Зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 23.03.2011, регистрационный № 20237), и профессиональными стандартами (при наличии).

Требования к кадровым условиям реализации программы ПК

Реализация образовательной программы обеспечивается руководящими и научно-педагогическими работниками организации, а также лицами, привлекаемыми к её реализации на условиях гражданско-правового договора.

Доля научно-педагогических работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок), имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины (модуля), в общем числе научно-педагогических работников, реализующих образовательную программу, составляет не менее 70 процентов.

Доля научно-педагогических работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок), имеющих ученую степень (в том числе ученую степень, присвоенную за рубежом и признаваемую в Российской Федерации) и (или) ученое звание (в том числе ученое звание, полученное за рубежом и признаваемое в Российской Федерации), в общем числе научно – педагогических работников, реализующих образовательную программу, не менее 65 процентов.

Доля работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок) из числа руководителей и работников организаций, деятельность которых связана с направленностью (спецификой) реализуемой образовательной программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих образовательную программу, не менее 10 процентов.

Требования к материально-техническому и учебно-методическому обеспечению образовательной программы ПК

Минимально необходимый для реализации программы повышения квалификации перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованное помещение для проведения учебных занятий, в том числе:

- аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;
- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, дефибриллятор с функцией синхронизации, гастродуоденоскоп, ректоскоп, колоноскоп, источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, видеогастроскоп, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, набор для эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, комплекс для аноректальной манометрии, комплекс для электромиографии, прибор для электростимуляции.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

В случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий допускается замена специально оборудованных помещений их виртуальными аналогами, позволяющими обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

В случае неиспользования в учреждении электронно-библиотечной системы (электронной библиотеки) библиотечный фонд укомплектован печатными изданиями из расчета не менее 5 экземпляров каждого из изданий основной литературы, перечисленной в рабочих программах дисциплин (модулей), практик, и не менее 3 экземпляров дополнительной литературы на 10 обучающихся.

Учреждение обеспечено необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения (состав определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению).

Электронно-библиотечные системы (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда обеспечивают одновременный доступ не менее 25% обучающихся по программе ПК.

Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, состав которых определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению.

Обучающиеся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечены печатными и (или) электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.

Требования к финансовым условиям реализации программы ординатуры

Финансовое обеспечение реализации программы ПК осуществляется в объеме не ниже установленных Министерством образования и науки Российской Федерации базовых нормативных затрат на оказание государственной услуги в сфере образования для данного уровня образования и специальности с учетом корректирующих коэффициентов, учитывающих специфику образовательных программ в соответствии с Методикой определения нормативных затрат на оказание государственных услуг по реализации имеющих государственную аккредитацию образовательных программ высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по специальностям и направлениям подготовки, утвержденной приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 02.08.2013 № 638 (Зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 16.09.2013, регистрационный № 29967).

Оценка качества освоения программы

Оценка качества освоения программ ПК обучающимися осуществляется в виде итогового экзамена или зачета.

Итоговый экзамен (или зачет) является завершающей стадией контроля качества подготовки специалистов. Его целью является установление уровня подготовки обучающегося к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО. Программа экзамена (зачета) определяется рабочей группой по разработке образовательной программы повышения квалификации учреждения. Результаты итоговых испытаний определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и объявляются в тот же день после оформления в установленном порядке протоколов заседаний экзаменационной комиссии. По окончании программы всем обучающимся выдается удостоверение установленного образца о прохождении обучения по соответствующей программе. При успешном прохождении сертификационного экзамена решением экзаменационной комиссии обучающемуся присваивается квалификация «врач-колопроктолог»

и выдается сертификат установленного образца. Обучающиеся, не прошедшие сертификационный экзамен или получившие на нём неудовлетворительные результаты, вправе пройти итоговое испытание в сроки и на условиях, которые определяются экзаменационной комиссией.

Учреждение предоставляет обучающимся возможность оценить содержание, организацию и качество образовательного процесса в целом и отдельных дисциплин (модулей) и практик, а также работу отдельных преподавателей. В этой связи ежегодно среди обучающихся по программам ПК проводится опрос общественного мнения об удовлетворенности потребителя. По результатам опроса содержание и организация образовательного процесса могут корректироваться.

6. Формы аттестации и оценочные материалы

6.1. Примерные экзаменационные вопросы

Геморрой. Малоинвазивные методы лечения.

Ректовагинальные свищи. Хирургическая тактика.

Рак ободочной кишки. Послеоперационная химиотерапия.

Болезнь Крона. Эпидемиология, этиология, патогенез.

Трансфинктерные свищи. Диагностика. Варианты хирургического лечения.

Пресакральные кисты. Классификация. Особенности клинических проявлений. Хирургическое лечение.

Рак анального канала. Лечебная тактика.

Дивертикулярная болезнь. Острый дивертикулит. Диагностика. Консервативное лечение.

Экстрасфинктерные свищи. Диагностика. Варианты хирургического лечения.

Выпадение прямой кишки. Этиология, патогенез. Классификация.

Лечебная тактика при кишечной непроходимости опухолевой этиологии.

Язвенный колит. Показания к хирургическому лечению.

Анальная трещина. Патогенез. Выбор способа лечения.

Ректоцеле. Диагностические критерии.

Метастазы рака прямой кишки в печень. Классификация. Варианты лечебной тактики.

Дивертикулярная болезнь. Мочепузырно-кишечный свищ. Клиника, диагностика, лечебная тактика.

Трещина анального канала - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.

Острый парапроктит - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.

Параректальные свищи (свищи прямой кишки) - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.

Ректовагинальные свищи - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.

Эпителиальный копчиковый ход - этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.

Криптит - этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.

Кондиломы анального канала и перианальной кожи - этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.

Выпадение прямой кишки - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.

Ректоцеле - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.

Недостаточность анального сфинктера - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.

Классификация опухоли ободочной кишки. Опухоли прямой кишки. Классификация по стадиям. Классификация Dukes C.E.

TNM – классификация злокачественных опухолей (ободочная кишка и прямая кишка).

TNM – классификация рака анального канала и перианальной кожи.

Хирургическое лечение рака ободочной кишки. Виды операций.

Хирургическое лечение рака прямой кишки. Виды операций. Границы резекции. Лимфодиссекция.

Лучевая терапия рака прямой кишки.

Системная химиотерапия при колоректальном раке.

Рак анального канала. Редкие опухоли анального канала. Опухоли перианальной кожи.

Анатомо – физиологические сведения о прямой кишке.

Анатомо – физиологические сведения ободочной кишки.

Кровоснабжение ободочной кишки. Риоланова дуга.

Кровоснабжение прямой кишки.

Методы обследования пациентов с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности.

Неопластические полипы и ворсинчатые аденомы толстой кишки. Этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение.

Семейный аденоматоз толстой кишки – этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение.

Полипозные синдромы. Десмоидные опухоли. Ювенильный полипоз.

Неэпителиальные опухоли.

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки.

Болезнь Гиршпрунга у взрослых.

Параректальные тератоидные кисты.

Язвенный колит. Показания к хирургическому лечению.

Болезнь Крона. Клиника. Осложнения. Хирургическое лечение.

Дифференциальный диагноз болезни Крона и ЯК.

Кишечные стомы. Виды кишечных стом. Виды операций с формированием кишечных стом.

Осложнения кишечных стом.

6.2. Ситуационные задачи (примеры).

ЗАДАЧА 1.

У больного 43 лет при ректороманоскопии обнаружен полип на ножке размерами 2х3 см в ректосигмоидном отделе толстой кишки.

1. Какова должна быть лечебная тактика?
2. Необходимо ли выполнение биопсии?
3. Как зависит лечебная тактика от результатов биопсии?

ЗАДАЧА 2.

У больного 66 лет, оперированного по поводу рака сигмовидной кишки (операция была закончена резекцией кишки и анастомозом «конец в конец»), на 6-е сутки после операции появились сильные боли в животе, последний вздут, резко болезненный при пальпации, ниже пупка определяется резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,5⁰, пульс – 110 в 1 минуту.

1. О каком послеоперационном осложнении идет речь?
2. Предложите оптимальный план лечения.

ЗАДАЧА 3.

В течение нескольких лет больной 60 лет страдает запорами. Последний месяц стал отмечать появление сильных болей в прямой кишке после акта дефекации. Периодически отмечает незначительную примесь крови в кале.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Какова тактика лечения в зависимости от результатов обследования?

ЗАДАЧА 4.

Больной 47 лет поступил в клинику с острыми болями в области заднего прохода и высокой температурой (до 39,0⁰). При осмотре – слева от ануса имеется покраснение, припухлость и резкая болезненность. Пальцевое исследование затруднено из-за резкой болезненности. Пальпаторно в зоне покраснения резкая болезненность и инфильтрация тканей с признаками размягчения в центре.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика лечения?

ЗАДАЧА 5.

Больной 65 лет предъявляет жалобы на выпадение прямой кишки во время кашля, чихания, натуживания. Самостоятельно кишка не вправляется. Исследование выявило наличие выпавшей прямой кишки длиной до 6-7 см.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?

2. Выполнение какой операции предпочтительнее в данном случае?

ЗАДАЧА 6.

В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия, полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Наиболее вероятная причина анемии у пациентки:

- А) миома матки;
- Б) кровоточащий геморрой; *
- В) полип желудка;
- Г) синдром раздраженной толстой кишки
- Д) злокачественная опухоль прямой кишки.

ЗАДАЧА 7.

В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия средней степени с падением гемоглобина до 72 г/л., полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Этой пациентке целесообразно:

- А) начать амбулаторное лечение противоанемическими средствами;
- Б) амбулаторно провести лигирование геморроидальных узлов;
- В) направить под наблюдение гинеколога;
- Г) госпитализировать в хирургический стационар для обследования и лечения по поводу геморроя; *
- Д) амбулаторно провести колоноскопию и после этого решить вопрос о лечении.

ЗАДАЧА 8.

Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение узлов из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное, снижение гемоглобина до 102 г/л. При осмотре выявлен кровоточащий геморрой с выпадением узлов. Ваша тактика:

- А) срочно госпитализировать больного с диагнозом “геморрой” для операции;
- Б) провести амбулаторное обследование, включающее исследование толстой кишки, начать консервативное лечение анемии; *
- В) назначить больному диету, свечи;
- Г) посоветовать применять свечи и наладить стул;
- Д) провести обследование в стационаре.

ЗАДАЧА 9.

При осмотре больного в приёмном отделении выявлен острый подкожный парапроктит. Инфильтрат около 5 см в диаметре, кожа гиперемирована, флюктуации нет. Температура тела 37.3. Ваша тактика:

- А) госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать;
- Б) сделать в приёмном отделении пункцию инфильтрата, при получении гноя госпитализировать больного и оперировать;
- В) госпитализировать больного и выполнить операцию в неотложном порядке; *
- Г) назначить ванночки, мазовые повязки и отпустить больного домой;
- Д) госпитализировать больного, оперировать при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния.

ЗАДАЧА 10.

Больному произведено вскрытие и дренирование острого иширектального парапроктита. Однако, после временного облегчения у него вновь отмечены симптомы воспаления, гипертермия. В первую очередь следует исключить:

- А) псевдомембранозный колит;
- Б) воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;
- В) изменение микрофлоры раны;
- Г) пельвиоректальный абсцесс; *
- Д) анаэробный парапроктит.

ЗАДАЧА 11.

У 18-летнего пациента произведена дистальная резекция сигмовидной кишки из-за огнестрельного ранения в живот. Выявлено также повреждение стенки мочевого пузыря и забрюшинная гематома. Рана мочевого пузыря ушита, введен мочевой катетер. С момента травмы прошло около трех часов. Визуально признаков перитонита не отмечено. Гемодинамика стабильная. Вмешательство целесообразнее всего закончить:

- А) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;
- Б) формированием анастомоза и наложением трансверзостомы;
- В) формированием толстокишечного анастомоза и илеостомы;
- Г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;
- Д) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием обычной концевой сигмостомы.
*

ЗАДАЧА 12.

Пострадавший 78 лет доставлен примерно через 2 часа после огнестрельного ранения в живот. При лапаротомии выявлено повреждение сигмовидной кишки и мочевого пузыря. Выполнена дистальная резекция сигмовидной кишки, рана мочевого пузыря ушита, сформирована эпицистостома. Признаков перитонита нет. Состояние пациента стабильное. Вмешательство целесообразнее всего завершить:

- А) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;
- Б) формированием межкишечного анастомоза и наложением трансверзостомы;
- В) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;
- Г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и наложением обычной концевой сигмостомы; *
- Д) формированием межкишечного анастомоза и наложением илеостомы.

ЗАДАЧА 13.

После иссечения неосложнённого эпителиального копчикового хода рана ушита швами Донати. На 4 день после операции у больного высокая лихорадка, умеренные боли в области послеоперационной раны, есть небольшая инфильтрация краёв раны. Больному необходимо:

- А) не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники;
- Б) снять сразу все швы;
- В) назначить антибиотики широкого спектра действия, швы не трогать;
- Г) снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы; *
- Д) провести курс гипербарической оксигенации.

ЗАДАЧА 14.

Через несколько месяцев после операции по поводу неосложнённого эпителиального копчикового хода возник воспалительный процесс в крестцово-копчиковой области. Рана во время операции была ушита наглухо, в нижний угол раны вводился резиновый выпускник. При осмотре выявлен абсцесс по ходу послеоперационного рубца и первичное отверстие ниже рубца в межъягодичной складке вблизи заднего прохода. Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является:

- А) оставление первичного отверстия; *
- Б) несоблюдение гигиенических мероприятий;
- В) употребление острой пищи, солений, алкоголя;
- Г) глухой шов раны после иссечения хода;
- Д) применение дренажа.

ЗАДАЧА 15.

На операции у 36-летней пациентки обнаружен ретроректальный абсцесс, рубцовые изменения в задней крипте, через которую прошёл краситель, введённый в полость гнойника. Гнойный ход располагается снаружи от сфинктера, по ходу его есть рубцы. Целесообразнее всего:

- А) вскрыть гнойник полулунными разрезами справа и слева и ввести дренажные трубки;
- Б) вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь поражённую крипту и рубцы вокруг гнойного хода;
- В) только вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки;

Г) вскрыть гнойник и выполнить заднюю сфинктеротомию;

Д) вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь поражённую крипту и по возможности рубцы, провести лигатуру. *

ЗАДАЧА 16.

Молодая женщина во время медицинского аборта получила перфорацию матки. Перфорация матки не была вовремя замечена, выскабливание продолжалось до появления из шейки матки кишечного содержимого. При ревизии брюшной полости установлено повреждение стенки дистального отдела сигмовидной кишки размерами 5х6 см с неровными краями, в кровоподтёках. В такой ситуации необходимо выполнить:

А) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана; *

Б) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии;

В) ушивание стенки кишки, наложение колостомы;

Г) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции;

Д) сегментарную резекцию прямой кишки.

ЗАДАЧА 17.

Во время операции надвлагалищной ампутации матки по поводу перфорации её произошло повреждение мочевого пузыря и прямой кишки. Произведено ушивание стенок пузыря и прямой кишки, дренирование полости малого таза. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов стенки прямой кишки, в нижних отделах брюшной полости выпот, наложения фибрина на висцеральной и париетальной брюшине. При релапаротомии, в зависимости от ситуации, целесообразно:

А) санация брюшной полости, резекция повреждённой кишки с наложением анастомоза, проведение через задний проход выше анастомоза декомпрессионной трубки, дренирование брюшной полости, налаживания фракционного орошения, массивная антибактериальная терапия во время и после операции; (ответ слишком длинный, пока тестируемый будет его читать, забудет смысл самой задачи)

Б) наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения; *

В) резекция повреждённой кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого таза, тщательная санация брюшной полости;

Г) наложение колостомы и эпицистостомы;

Д) наложение илеостомы.

ЗАДАЧА 18.

Произведена хирургическая обработка раны нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала, на стенку кишки и сфинктер заднего прохода наложены узловыи кетгутовые швы. Рана нагноилась, отмечается недержание газов и кала. В этом случае целесообразнее всего:

А) срочно наложить колостому; *

Б) ежедневно ставить высокие очистительные клизмы, дать препараты, задерживающие стул, колостому не накладывать ни в коем случае;

- В) в течение нескольких дней ставить высокие клизмы, задержать стул, при положительной динамике (очищение раны, тенденция к заживлению) - наложить колостому;
- Г) при отсутствии положительной динамики – наложить колостому;
- Д) наложить илеостому.

ЗАДАЧА 19.

В результате внутрибрюшного повреждения прямой кишки произошло выпадение петель тонкой кишки через задний проход. После травмы прошло 6 часов. Больному необходимо произвести:

- А) лапаротомию, тщательную ревизию. Если выпавшие петли кишки жизнеспособны - санацию и промывание брюшной полости, дренирование брюшной полости, ушивание дефекта стенки прямой кишки, сигмостомию; *
- Б) обязательную резекцию выпавших петель тонкой кишки, если при этом сохранится более одного метра кишки;
- В) обязательную резекцию тонкой кишки, илеостомию и резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана;
- Г) резекцию тонкой кишки с формированием анастомоза, резекцию прямой кишки по Гартману;
- Д) резекцию тонкой кишки с анастомозом, брюшно-анальную резекцию прямой.

ЗАДАЧА 20.

Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение узлов из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное. В крови умеренное снижение гемоглобина. При осмотре выявлен кровоточащий геморрой с выпадением узлов. Ваша тактика:

- А) срочно госпитализировать больного с диагнозом "геморрой" для операции;
- Б) провести амбулаторное обследование, включающее исследование толстой кишки; *
- В) назначить больному диету, свечи;
- Г) посоветовать применять свечи и наладить стул;
- Д) провести обследование в стационаре.

6.3. Тестовые задания для контроля (примеры)

1. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства:

- а) только если нужна плановая операция;
- б) только при использовании инвазивных диагностических методик (например, лапароскопия, ангиография и пр.);
- в) если планируется операция с формированием колостомы или илеостомы;
- г) если операция будет проводиться под наркозом;
- д) всегда. *

2. Международная классификация болезней - это:

- а) перечень наименований болезней в определённом порядке;
- б) перечень диагнозов в определённом порядке;
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определённому принципу;
- г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определёнными установленными критериями; *
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определённом порядке.

3. Специализированная колопроктологическая помощь должна оказываться в:

- а) областных и городских многопрофильных больницах; *
- б) больницах скорой помощи;
- в) участковых больницах;
- г) реабилитационных центрах;
- д) во всех перечисленных лечебно-профилактических учреждениях.

4. Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет

- а) от 20 до 30 коек;
- б) от 30 до 40 коек;
- в) от 40 до 60 коек; *
- г) от 60 до 80 коек;
- д) свыше 80 коек.

5. Врачебная должность колопроктолога консультативно-диагностического центра устанавливается:

- а) на 50 тыс. населения;
- б) на 100 тыс населения;
- в) на 150 тыс населения;
- г) на 200 тыс. населения; *
- д) на 300 тыс. населения.

6. Норматив должности врача колопроктолога территориальной поликлиники:

- а) 1 ставка на 50 тысяч взрослого населения;
- б) 1 ставка на 100 тысяч взрослого населения; *

- в) 1 ставка на 150 тысяч взрослого населения;
- г) 1 ставка на 175 тысяч взрослого населения;
- д) 1 ставка на 200 тысяч взрослого населения.

7. Средняя нагрузка врача - колопроктолога поликлиники должна составлять:

- а) 11 человек в 1 час;
- б) 8 человек в 1 час;
- в) 6 человек в 1 час;
- г) 4 человека в 1 час; *
- д) норматив не установлен.

8. Диспансерное наблюдение не должно вестись за пациентами:

- а) геморроем; *
- б) семейным аденоматозом толстой кишки;
- в) неспецифическим язвенным колитом;
- г) полипами толстой кишки;
- д) ворсинчатыми опухолями толстой кишки.

9. Ставка врача-ординатора-колопроктолога устанавливается на:

- а) 5 колопроктологических коек;
- б) 10 колопроктологических коек;
- в) 15 колопроктологических коек; *
- г) 20 колопроктологических коек;
- д) 25 колопроктологических коек.

10. Потребность в колопроктологических койках на 10 тыс. населения в настоящее время составляет:

- а) 0, 35;
- б) 0, 40;
- в) 0, 45; *
- г) 0, 50;
- д) 0, 62.

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах № 11-13.

- а) правильные ответы 1,2 и 3

- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

11. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

- 1) защиты внутреннего мира человека, его автономии; *
- 2) охраны от манипуляций со стороны внешних сил; *
- 3) защиты социальных и экономических интересов личности; *
- 4) поддержания престижа медицинской профессии; *
- 5) создания основы доверительности и открытости взаимоотношений "врач - пациент». *

12. Колопроктологическая служба областной больницы призвана обеспечить оказание помощи:

- 1) специализированной стационарной; *
- 2) диагностической; *
- 3) лечебной; *
- 4) консультативно - методической хирургам ЦРБ; *
- 5) по линии санитарной авиации. *

13. Первичная медицинская статистическая документация необходима для:

- 1) регистрации изучаемого явления (заболеваемость впервые в жизни диагностируемым заболеванием); *
- 2) оперативного управления лечебно-профилактическим учреждением; *
- 3) выработки конкретного, обоснованного решения; *
- 4) изучения демографической ситуации; *
- 5) изучения здоровья населения. *

14. Папиллит - это:

- а) спавшиеся внутренние геморроидальные узлы;
- б) тромбированные внутренние геморроидальные узлы;
- в) воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии; *
- г) воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине;
- д) кондиломатозные разрастания кожи промежности.

15. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием:

- а) злокачественного процесса;
- б) перианальных кондилом;
- в) острого парапроктита; *
- г) анальной трещины;
- д) геморроя.

16. Четвёртая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется тем, что:

- а) свищевой ход всегда прямой;
- б) свищевой ход идёт экстрасфинктерно без затёков в параректальной клетчатке;
- в) внутреннее отверстие маленькое без рубцовой деформации; *
- г) внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией слизистой, походу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затёки;
- д) всегда есть инфильтрация стенки анального канала.

17. Пересечение анокопчиковой связки:

- а) производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки вне зависимости от глубины расположения свищевого хода;
- б) выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера; *
- в) целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затеком;
- г) при свищах прямой кишки никогда не производится;
- д) имеющейся слабости анального сфинктера.

18. Рецидивы свища прямой кишки после операции иссечение свища с низведением слизистой могут быть связаны с

- а) ретракцией лоскута слизистой;
- б) несостоятельностью швов, фиксирующих низведенный лоскут;
- в) оставлением части свищевого хода или затека;
- г) наличием избытка низведенного лоскута слизистой оболочки;
- д) несоблюдением постельного режима в течение 7 дней. *

19. Для профилактики послеоперационной недостаточности анального жома при лигатурном методе нужно:

- а) не форсировать затягивание лигатуры; *

б) избегать длительной тампонады раны анального канала;

в) следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно;

г) весь период лечения применять мази только на водорастворимой основе;

д) ежедневно затягивать лигатуру с пятого дня после операции.

20. У больного через 3 месяца после операции по поводу свища прямой кишки отмечается недержание газов. Это следует расценивать как

а) нормальное явление после операции;

б) 2-ю степень недостаточности анального жома;

в) временное явление;

г) 1-ю степень недостаточности анального жома;

д) рецидив свища прямой кишки. *

21. Причиной развития переднего ректоцеле могут быть:

а) разрывы промежности в родах;

б) упорные запоры;

в) ослабление мышц тазового дна;

г) многократные роды; *

д) возрастные изменения тканей промежности.

22. Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является:

а) аденокарцинома нижеампулярного отдела прямой кишки;

б) саркома промежности;

в) плоскоклеточный неороговевающий рак;

г) опухоль Бушке-Левенштейна; *

д) анальный рак.

23. О декомпенсации мышц тазового дна при выпадении прямой кишки в первую очередь свидетельствует:

а) выпадение кишки при каждом акте дефекации;

б) выпадение кишки при дефекации и физической нагрузке; *

в) недержание газов;

г) необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки;

д) недержание газов и жидкого кала.

24. Ректоцеле следует дифференцировать с

- а) кистой ректовагинальной перегородки;
- б) выпадением слизистой прямой кишки;
- в) промежностной грыжей;
- г) выпадением стенок влагалища;
- д) внутренним выпадением прямой кишки. *

25. Объективным признаком внутреннего выпадения прямой кишки (интраректальная инвагинация) является:

- а) обильные выделения крови при дефекации;
- б) тупые боли внизу живота при дефекации;
- в) чувство неполного опорожнения прямой кишки;
- г) развитие солитарной язвы; *
- д) многомоментная дефекация.

26. Самый достоверный способ отличить эндифитную опухоль прямой кишки от солитарной язвы:

- а) пальцевое исследование прямой кишки с оценкой глубины язвы и характера краев, при солитарной язве они ровные;
- б) ректороманоскопия с визуальной оценкой формы, размеров, наличия грануляционного вала;
- в) установить отсутствие интраректальной инвагинации с помощью видеодефекографии;
- г) провести морфологическое исследование; *
- д) оценить данные ультрасонографии.

27. В основу современной классификации хронического геморроя положены:

- а) размеры геморроидальных узлов;
- б) выраженность выпадения геморроидальных узлов;
- в) частота тромбирования узлов; *
- г) кровотечения из геморроидальных узлов;
- д) наличие или отсутствие наружных узлов.

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах №28-32.

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4

г) правильный ответ 4

д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

28. Противопоказанием к проведению склеротерапии является:

- 1) тромбоз геморроидальных узлов; *
- 2) парапроктит острый; *
- 3) парапроктит хронический; *
- 4) криптит. *

29. Рецидив свища прямой кишки при использовании лигатурного метода чаще всего возникает из-за:

- 1) оставления эпителиальной выстилки в области внутреннего отверстия свища;
- 2) недостаточного дренирования межсфинктерного пространства; *
- 3) проведения лигатуры по ложному ходу;
- 4) рубцовых изменений в сфинктере; *
- 5) использования для лигатуры шелковых нитей, поддерживающих воспаление в ране.

30. Хирургическое лечение анальной недостаточности выполняется при:

- 1) функциональной недостаточности 2 степени; *
- 2) органической недостаточности 2 степени;
- 3) органической недостаточности 1 степени; *
- 4) органической недостаточности 3 степени;
- 5) при послеоперационной недостаточности сфинктера любой степени.

31. Глютеопластика нецелесообразна при:

- 1) травматическом повреждении ягодичных мышц;
- 2) органической недостаточности сфинктера 1 степени; *
- 3) атрофии ягодичных мышц;
- 4) наличии дефекта сфинктера более S окружности; *
- 5) полном отсутствии сфинктера.

32. Сфинктеролеваторопластику у больных выпадением прямой кишки выполняют:

- 1) как самостоятельное вмешательство для ликвидации выпадения кишки;
- 2) выполнение при недостаточности 2-3 степени;
- 3) выполняют при недостаточности 2-3 степени в качестве первого этапа лечения;

4) после ликвидации выпадения прямой кишки, если есть недостаточность 2-3 степени; *

5) только у больных не старше 40 лет.

33. Причиной неспецифического язвенного колита является:

а) психическая травма;

б) физическая травма;

в) перенесенная кишечная инфекция;

г) микробное начало;

д) причина неизвестна. *

34. Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу неспецифического язвенного колита является:

а) кишечное кровотечение;

б) токсическая дилатация толстой кишки;

в) отсутствие эффекта от консервативной терапии; *

г) перфорация толстой кишки;

д) учащение стула до 5-6 раз сутки.

35. Основными видами реконструктивных и восстановительных операций, применяемых у больных неспецифическим язвенным колитом, являются:

а) закрытие двустольной илеостомы после операции отключения;

б) колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки;

в) закрытие колостомы после операции отключения (колостомии);

г) илеоректальный анастомоз и различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением; *

д) илеотрансверзоанастомоз.

36. Наименее функциональным среди формируемых тонкокишечных резервуаров является:

а) J-образный;

б) S-образный;

в) O-образный; *

г) W-образный;

д) Г-образный.

37. Классификация болезни Крона не предусматривает:

а) локализации поражения;

- б) протяженности поражения;
- в) тяжести течения болезни;
- г) наличия осложнений;
- д) степени сложности. *

38. К наиболее характерным нарушениям стула при синдроме раздраженной кишки относятся:

- а) постоянный жидкий стул;
- б) постоянные запоры;
- в) постоянная примесь крови в кале;
- г) затрудненное опорожнение прямой кишки;
- д) неустойчивый стул, чередование запоров и поносов. *

39. Для верификации диагноза синдрома раздраженной кишки не используется:

- а) сбор анамнеза;
- б) рентгенологическое обследование;
- в) колоноскопия;
- г) бактериологическое исследование кала;
- д) ангиография. *

40. Диетическое лечение синдрома раздраженной кишки должно включать:

- а) механические и термически обработанные продукты;
- б) ограничение углеводов;
- в) полное исключение мясных продуктов;
- г) пищу с повышенным содержанием клетчатки; *
- д) продукты с пониженным содержанием соли.

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах № 41-52.

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

41. Болезнь Крона необходимо дифференцировать с заболеваниями:

- 1) рак толстой кишки; *
- 2) лимфома тонкой кишки; *
- 3) неспецифический язвенный колит; *
- 4) ишемический колит; *
- 5) осложненный дивертикулез толстой кишки. *

42. Подготовка больного к операции по поводу стриктуры толстой кишки и перианальных осложнений при болезни Крона включает:

- 1) применение очистительных клизм;
- 2) проведение кишечного лаважа; *
- 3) пенообразующие микроклизмы;
- 4) бесшлаковую диету, вазелиновое масло; *
- 5) внутрь касторовое масло и очистительные клизмы.

43. Наиболее рациональный объем срочной операции при стриктуре толстой кишки с нарушением кишечной проходимости на фоне болезни Крона:

- 1) тотальное удаление толстой кишки; *
- 2) илеостомия в качестве операции отключения; *
- 3) резекция кишки с наложением анастомоза; *
- 4) резекция кишки с наложением отдельной стомы; *
- 5) стриктуропластика. *

44. По характеру болезни синдрому раздраженной толстой кишки наиболее соответствует название:

- 1) хронический колит;
- 2) спастический колит;
- 3) хронический энтероколит;
- 4) кишечная диспепсия; *
- 5) колостаз.

45. Ведущее значение в развитии дивертикулеза толстой кишки имеют:

- 1) дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки; *
- 2) врожденная слабость соединительной ткани; *
- 3) приобретенная слабость соединительной ткани; *
- 4) дискоординация моторики толстой кишки;
- 5) сосудистые изменения в стенке толстой кишки.

46. К типичным осложнениям дивертикулярной болезни относится:

- 1) дивертикулит; *
- 2) паракишечный инфильтрат; *
- 3) паракишечный абсцесс; *
- 4) озлокачествление;
- 5) кишечное кровотечение*.

47. Относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни:

- 1) периодические кишечные кровотечения; *
- 2) рецидивирующий дивертикулит; *
- 3) кишечные свищи; *
- 4) отсутствие эффекта от консервативной терапии при неосложненном дивертикулезе;
- 5) паракишечный инфильтрат.

48. Самые частые осложнения в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде:

- 1) воспалительные; *
- 2) кишечная непроходимость; *
- 3) некроз илеостомы; *
- 4) параилеостомическая грыжа; *
- 5) выпадение илеостомы. *

49. Стеноз илеостомы на уровне апоневроза обычно является следствием:

- 1) параилеостомического абсцесса в раннем послеоперационном периоде; *
- 2) развития параилеостомической грыжи; *
- 3) свища илеостомы; *
- 4) недостаточного рассечения апоневроза при формировании стомы; *
- 5) перистомального дерматита. *

50. Основными причинами несостоятельности швов анастомоза при операциях по поводу дивертикулеза толстой кишки являются:

- 1) формирование анастомоза на участках кишки, где имеются дивертикулы; *
- 2) использование сшивающих аппаратов;
- 3) изменения кишечной стенки, характерные для дивертикулеза; *

- 4) недостаточная очистка кишки от содержимого перед операцией;
- 5) недостаточный опыт оперирующего.

51. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с:

- 1) бактериальной дизентерией; *
- 2) амёбной дизентерией; *
- 3) болезнью Крона; *
- 4) опухолями толстой кишки; *
- 5) недифференцированными колитами. *

52. В консервативном лечении неспецифического язвенного колита применяют:

- 1) сульфаниламидные препараты; *
- 2) стероидные гормоны; *
- 3) антибактериальные препараты; *
- 4) слабительные средства; *
- 5) промывания кишечника. *

53. Тератоидные образования параректальной клетчатки:

- а) имеют эмбриональное происхождение; *
- б) являются истинными опухолями;
- в) представляют собой ретенционные кисты;
- г) являются следствием хронического парапроктита;
- д) представляют собой грыжи спинномозгового канала.

55. Для тератоидных образований не характерно:

- а) образование свищей;
- б) кишечная непроходимость;
- в) кишечная непроходимость;
- г) озлокачествление;
- д) кровотечение. *

56. При удалении пресакральных тератом нетипичным осложнением является:

- а) неполное удаление тератомы;
- б) кровотечение;

- в) перфорация стенки прямой кишки;
- г) вскрытие тазовой брюшины;
- д) ранение мочеочника; *
- д) недостаточность анального сфинктера.

57. Наименее вероятным в отдаленные сроки после удаления каудальных тератом является:

- а) рецидив тератоидного образования;
- б) остаточные гнойные полости;
- в) свищи прямой кишки;
- г) недостаточность анального сфинктера; *
- д) боли в крестцово-копчиковой области и промежности.

58. Наиболее достоверно дифференцировать хордому от тератомы позволяет:

- а) пальцевое исследование прямой кишки;
- б) ректороманоскопия;
- в) проктография;
- г) гистологическое исследование пунксионного биоптата; *
- д) рентгенография крестца и копчика.

59. Эпителиальный копчиковый ход обусловлен:

- а) постоянной травматизацией крестцово-копчиковой области;
- б) неправильной закладкой зародышевых листков;
- в) врастанием в кожу волос;
- г) врожденной аномалией развития кожи крестцово-копчиковой области; *
- д) ношением узкой одежды.

60. Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при:

- а) наличие первичных отверстий хода в межъягодичной складке; *
- б) гиперемии и отек задней стенки кишки на уровне копчика;
- в) отсутствие патологических образований в пресакральном пространстве;
- г) рецидивирующим воспалением крестцово-копчиковой области;
- д) выделении гноя из заднего прохода.

61. При болезни Гиршпрунга может быть:

- а) отсутствие ганглиев мышечно-кишечного сплетения;
- б) уменьшение числа и размеров ганглиев межмышечного сплетения;
- в) дистрофия ганглиев в расширенных отделах;
- г) наличие ганглиев без нервных клеток в них;
- д) пучки безмякотных нервных волокон. *

62. Выраженные изменения внешнего вида пациента чаще всего бывают при:

- а) психогенном мегаколоне;
- б) идиопатическом мегаколоне;
- в) привычном запоре;
- г) болезни Гиршпрунга; *
- д) токсическом мегаколоне.

63. Течение болезни Гиршпрунга зависит от

- а) протяженности аганглионарной зоны; *
- б) степени компенсации вышележащих отделов кишечника;
- в) времени начала консервативного лечения и регулярности его проведения;
- г) возраста пациента;
- д) пола пациента.

64. Детальный осмотр области заднего прохода и пальцевое исследование прямой кишки целесообразнее всего проводить:

- а) при обструктивном мегаколоне;
- б) при болезни Гиршпрунга;
- в) при мегаколоне неясной этиологии;
- г) у всех больных; *
- д) при наличии жалоб на упорные запоры.

65. Аганглиоз наиболее часто бывает в:

- а) слепой кишке;
- б) месте перехода нисходящей кишки в сигмовидную;
- в) поперечно-ободочной кишке;
- г) прямой кишке; *

д) сигмовидной кишке.

66. Послойная биопсия стенки прямой кишки (по Свенсону) позволяет:

- а) Установить степень атипии клеток слизистой оболочки
- б) Выявить количественное содержание ацетилхолинэстеразы
- в) Позволяет точно определить протяженность зоны аганглиоза
- г) Определить состояние интрамурального нервного аппарата*
- д) Установить наличие сосудистых изменений дистального отдела прямой кишки

67. Накладывать стому у ослабленных больных при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга следует на:

- а) восходящую ободочную кишку;
- б) сигмовидную кишку;
- в) поперечно-ободочную кишку;
- г) границе компенсированной и декомпенсированной части ободочной кишки; *
- д) подвздошную кишку.

68. Хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга в основном определяется:

- а) длиной аганглионарной зоны; *
- б) протяженностью декомпенсированных расширенных отделов кишечника;
- в) общим состоянием больных;
- г) возрастом больных;
- д) негативным отношением больных к наложению колостомы.

69. Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза "конец в конец" – это

- а) операция Соаве;
- б) операция Дюамеля;
- в) операция Ребейна;
- г) операция Свенсона; *
- д) модифицированная операция Дюамеля.

70. Основной причиной отказа от операции Соаве у взрослых больных с болезнью Гиршпрунга явилось:

- а) нерадикальность операции;
- б) трудность мобилизации ободочной кишки для низведения;

- в) трудность мобилизации прямой кишки у взрослых пациентов;
- г) трудность выделения слизистой оболочки кишки в зоне аганглиоза; *
- д) трудности наложения анастомоза из-за разных диаметров кишок.

71. При субтотальном и тотальном мегаколоне у взрослых, когда приходится резецировать значительную часть толстой кишки, целесообразно выполнять радикальные операции:

- а) Ребейна;
- б) Дюамеля; *
- в) Свенсона;
- г) Соаве;
- д) без формирования первичного анастомоза.

72. Повторные операции при болезни Гиршпрунга приходится проводить при:

- а) рецидиве мегаколон;
- б) различных осложнениях в области сформированного анастомоза;
- в) недостаточности анального сфинктера;
- г) воспалительных осложнениях в параректальной клетчатке;
- д) многоэтапном лечении. *

73. Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является:

- а) бессвищевая форма атрезии; *
- б) свищ в мочевого пузырь;
- в) уретральный свищ;
- г) узкий и длинный промежностный свищ;
- д) все перечисленное.

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах № 74-77

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

74. Характерными признаками эмбриом пресакральной клетчатки при использовании контрастной проктографии являются:

- 1) расширение ретроректального пространства; *
- 2) смещение прямой кишки кпереди; *
- 3) сдавление задней стенки прямой кишки; *
- 4) зазубренность контура кишки;
- 5) ригидность кишечной стенки.

75. Одним из наиболее вероятных осложнений эпителиального копчикового хода является:

- 1) развитие кокцигодии;
- 2) озлокачествление хода;
- 3) свищи прямой кишки;
- 4) воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке; *
- 5) остеомиелит копчика.

76. К обязательным исследованиям у больного с неосложненным эпителиальным копчиковым ходом при первичном осмотре относятся:

- 1) наружный осмотр крестцово-копчиковой области; *
- 2) пальцевое исследование прямой кишки; *
- 3) ректороманоскопия; *
- 4) введение краски в первичные отверстия хода;
- 5) рентгенография крестца и копчика.

77. Отличительными признаками эндометриоза прямой кишки от пресакральных тератом является:

- 1) кровянистые выделения из прямой кишки во время менструации; *
- 2) увеличение узлов эндометриоза во время менструации; *
- 3) усиление болей во время менструации; *
- 4) подвижность слизистой прямой кишки над образованием;
- 5) гладкая слизистая над образованием.

78. Крупные сегментарные сосуды обнаруживаются хирургом при продольной лапаротомии в латеральной части брюшной стенки:

- а) в подкожной клетчатке;
- б) под сухожилием наружной косой мышцы живота;
- в) между наружной и внутренней косыми мышцами;

- г) между внутренней косой и поперечной мышцей; *
- д) между поперечной мышцей и поперечной фасцией живот.

79. Гной из переднего апоневротического влагалища прямой мышцы живота распространяется:

- а) в околопупочную область;
- б) в предпузырное пространство;
- в) в свободную брюшную полость;
- г) в соседнее апоневротическое влагалище мышцы;
- д) гнойник локализуется только в пределах влагалища мышцы. *

80. Верхняя брыжеечная вена в корне брыжейки расположена по отношению к одноименной артерии:

- а) справа; *
- б) слева;
- в) спереди от артерии;
- г) позади артерии;
- д) огибает артерию в виде кольца.

81. Нижняя прямокишечная артерия отходит:

- а) от внутренней подвздошной артерии;
- б) от запирающей артерии;
- в) от внутренней срамной артерии; *
- г) от нижней ягодичной артерии;
- д) от промежностной артерии.

82. У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены:

- а) только мочевого пузыря;
- б) мочевого пузыря и прямая кишка;
- в) предстательная железа и прямая кишка;
- г) мочевого пузыря, предстательная железа и прямая кишка; *
- д) мочевого пузыря и предстательная железа.

83. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:

- а) запирающего нерва;
- б) срамного нерва; *

- в) тазового нерва;
- г) бедренного нерва;
- д) промежностного нерва.

84. Клетчаточное пространство, ограниченное изнутри и сверху мышцами поднимателя заднего прохода, а снаружи запирающей мышцей и седалищным бугром называется:

- а) межмышечным пространством;
- б) пельвиоректальным пространством;
- в) подкожным клетчаточным пространством;
- г) ишиоректальным пространством; *
- д) ретроректальным пространством.

85. Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет:

- а) верхней брыжеечной артерии;
- б) печеночной артерии; *
- в) артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты;
- г) нижней брыжеечной артерии;
- д) всех перечисленных артерий.

86. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет:

- а) нижней брыжеечной артерии;
- б) подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии;
- в) ветвей, непосредственно отходящих от аорты;
- г) восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии; *
- д) средней ободочной артерии.

87. Артерии сигмовидной кишки отходят:

- а) непосредственно от аорты;
- б) от верхней брыжеечной артерии;
- в) от нижней брыжеечной артерии; *
- г) от средней ободочной артерии;
- д) от левой ободочной артерии.

88. Внутренние геморроидальные узлы располагаются:

- а) ниже аноректальной линии;
- б) над аноректальной линией; *
- в) на уровне межсфинктерной борозды;
- г) на уровне аноректальной линии;
- д) на линии Хилтона.

89. Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид:

- а) округлых плоских бляшек;
- б) разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты. *

90. Макроскопическая картина поражения при болезни Крона толстой кишки характеризуется:

- а) изолированным поражением слизистой оболочки с чередованием пораженных и здоровых участков;
- б) тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки;
- в) тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта;
- г) обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки;
- д) наличием множественных язв-трещин в толстой кишке. *

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах № 91-97.

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

91. К неэпителиальным злокачественным опухолям относится:

- 1) плоскоклеточный рак,
- 2) аденокарцинома из анальных желез,
- 3) базалиоидный рак,
- 4) злокачественная меланома, *
- 5) мукоэпидермоидный рак.

92. В расширенных отделах толстой кишки при болезни Гишпрунга может иметь место:

- 1) относительное уменьшение числа ганглиев межмышечного нервного сплетения, *
- 2) склеротические изменения во всех слоях кишечной стенки, *

- 3) гипертрофия мышечных слоев, *
- 4) усиление гаустрации,
- 5) уменьшение толщины стенки кишки за счет атрофии мышечного слоя.

93. Каудальные тератомы характеризуются тем, что:

- 1) могут быть кистозного строения, *
- 2) могут иметь солидное строение, *
- 3) образования солидного строения не имеют крупных кист, *
- 4) при кистозном строении кисты крупные, *
- 5) кисты могут быть одно - или многокамерные. *

94. Сфинктерами, которые, герметически закрываясь, создают препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, являются:

- 1) привратник, *
- 2) баугиниева заслонка, *
- 3) наружный сфинктер заднего прохода, *
- 4) внутренний сфинктер,
- 5) сфинктер Гирша.

95. В образовании мочеполовой диафрагмы не участвует:

- 1) луковично-губчатая и седалищно-пещеристая мышцы,
- 2) собственная фасция мочеполового треугольника,
- 3) глубокая поперечная мышца промежности,
- 4) запирательная мышца, *
- 5) поверхностная поперечная мышца промежности.

96. В ювенильных полипах:

- 1) строма резко преобладает над железистым компонентом, *
- 2) в эпителиальных клетках усилено слизеобразование, *
- 3) обнаруживается большое количество кист, заполненных секретом бокаловидных клеток, *
- 4) преобладают процессы пролиферации эпителия,
- 5) в строме обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки.

97. Так называемые прямые сосуды, принимающие участие в кровоснабжении стенки ободочной кишки:

- 1) являются капиллярами,
- 2) отходят непосредственно от основных артериальных стволов соответствующего отдела кишки,
- 3) отходят от краевого сосуда только в зоне дуги Риолана,
- 4) отходят от краевого сосуда, разветвляясь далее, *
- 5) в правой половине ободочной кишки отходят непосредственно от подвздошно-ободочной артерии.

7. Методические рекомендации по реализации учебной программы, список рекомендованной литературы (основной и дополнительной), а также других видов учебно-методических материалов и пособий

6.1. Основная литература.

1. Колопроктология. Клинические рекомендации. Под ред. Ю.А. Шельгина. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. – 528 с.
2. Кайзер А.М. Колоректальная хирургия. Под ред. Ю.А. Шельгина. – М.: Издательство Панфилова, 2011. – 755 с.
3. Справочник по колопроктологии. Под ред. Ю.А. Шельгина, Л.А. Благодарного. – М., Литтерра, 2012. – 608 с.
4. Основы колопроктологии. Под ред. Г.И. Воробьева. - М., МИА, 2006. – 432 с.
5. Клиническая оперативная колопроктология. Под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина, М., 1994. – 432 с.
6. Колопроктология и тазовое дно. Под ред. М.М. Генри, М. Своша. М., Медицина, 1988. – 464 с.

6.2. Дополнительная литература.

1. Шельгин Ю.А., Нечушкин М.И., Рыбаков Е.Г.. Опухоли анального канала и перианальной кожи. М.: Практическая медицина, 2011. – 128 с.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Литтерра, 2010. – 206с.
3. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Кузьминов А.М. Ангиодисплазии кишечника. – М.: 2001, 160 с.
4. Воробьев Г.И., Ачкасов С.И. Болезнь Гиршпрунга у взрослых: практическое руководство. М.: Литтерра, 2009. – 256 с.
5. Воробьев Г.И. Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. М.: Стольный град, 2002. – 160 с.
6. Ганичкин А.М. Рак толстой кишки - Л., Медицина, 1970. – 197 с.
7. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
8. Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А. Хирургия рака прямой кишки. Атлас. – М.: Дедалус, 2005. - 254 с.
9. Колоректальная хирургия: руководство. Под ред. Р.К.С. Филлипса. М.: Гэотар-Медиа, 2009. – 352 с.
10. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 376 с.

6.3. Базы данных, справочные и поисковые системы. Интернет-ресурсы, ссылки.

1. www.studentlibrary.ru
2. www.pubmed
3. www.cochranelibrary.com
4. <http://akr-online.ru/press/>

5. www.ovid.com
6. <http://www.escp.eu.com/resources>