


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
протокол № 84 « 02 » октября 2023г.


Проректор по учебной работе
профессор А.И. Яременко

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

Повышения
квалификации

216 часов

«Эндоскопия и эндовидеохирургия»

(наименование дисциплины)

для
специальности

Хирургия (31.08.67), Эндоскопия (31.08.70.)

(наименование и код специальности)

Факультет

Послевузовского образования

(наименование факультета)

Кафедра

**Хирургии факультетской с курсом лапароскопической и сердечно-
сосудистой хирургии с клиникой**

(наименование кафедры)

Санкт-Петербург
2023

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
протокол № 84 « 02 » октября 2023г.

Проректор по учебной работе
_____ профессор А.И. Яременко

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**Повышения
квалификации**

216 часов

«Эндоскопия и эндовидеохирургия»

(наименование дисциплины)

**для
специальности**

Хирургия (31.08.67), Эндоскопия (31.08.70.)

(наименование и код специальности)

Факультет

Послевузовского образования

(наименование факультета)

Кафедра

**Хирургии факультетской с курсом лапароскопической и сердечно-
сосудистой хирургии с клиникой**

(наименование кафедры)

Санкт-Петербург
2023

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации (далее ДПП ПК) специалистов с высшим медицинским образованием по специальности: хирургия (код специальности 31.08.67 «хирургия», 31.08.70 «эндоскопия») разработана коллективом кафедры хирургии факультетской с курсом лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени академика И.П.Павлова в соответствии с государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования, утвержденным Приказом Министерства Образования и Науки РФ от 01.07.2013 N 499 (ред. От 15.11.2013) "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», приказом Минобрнауки России от 26.08.2014 №1110 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 «Хирургия», 31.08.70 «Эндоскопия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2014 №34417), приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26.11.2018 № 743н «Об утверждении профессионального стандарта» врач-хирург». Данная программа ДПП ПК ориентирована на врачей-хирургов, врачей-эндоскопистов.

ДПП ПК обсуждена на заседании кафедры факультетской хирургии с курсом лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой «23» 06 2023 г., протокол № 343

Заведующий кафедрой хирургии факультетской с курсом лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой

акад. РАН, профессор, д.м.н..
(должность, ученое звание, степень)

_____ (подпись)

Хубулава Г.Г.
(расшифровка фамилии И. О.)

ДПП ПК одобрена **цикловой методической комиссией ФПО** «26» сентября 2023 г., протокол № 7

Председатель цикловой методической комиссии

Профессор, д.м.н.
(ученое звание или ученая степень)

_____ Шапорова Н.Л.
(подпись) (Расшифровка фамилии И. О.)

СОДЕРЖАНИЕ

программы дополнительного профессионального образования повышения квалификации
по специальности Хирургия (31.08.67), Эндоскопия (31.08.70.)
(наименование дисциплины)

Состав рабочей группы по разработке ДПП ПК по специальности Хирургия (31.08.67),
Эндоскопия (31.08.70.)

1 Рабочая программа

Общая характеристика ДПП ПК по специальности Хирургия (31.08.67), Эндоскопия
(31.08.70.)

3.1 Нормативные документы для разработки ДПП ПК

3.2 Требования к уровню освоения дисциплины

3.3 Цель реализации образовательной программы

Планируемые результаты обучения трудоемкость дисциплины ДПП ПК по специальности
Хирургия (31.08.67), Эндоскопия (31.08.70.)

2 Учебный план

3 Учебно-методический план

4 Содержание материала программы.

2 Формируемые компетенции по результатам ДПП ПК по специальности
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»

3 Контрольно-измерительные материалы ДПП ПК по специальности 14.01.17
«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»

5 Пример оформления экзаменационного билета

6 Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины ДПП ПК по
специальности 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»

6.1 Основная литература

6.2 Дополнительная литература

6.3 Периодические издания

7 Методические указания (рекомендации, материалы) преподавателю

8 Формы и методика текущего, промежуточного и итогового контроля

9 Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части зачета

10 Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в
процессе освоения дисциплины:

4 Сведения об оснащенности образовательного процесса специализированным и
лабораторным оборудованием ДПП ПК по специальности 31.08.67«хирургия»,
31.08.70. «эндоскопия»

5 Инновации в образовании ДПП ПК по специальности 31.08.67«хирургия», 31.08.70.
«эндоскопия»

6 Перечень учебников и учебных пособий, изданных сотрудниками Университета
(кафедры) по специальности 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»

7 Календарный план ДПП ПК 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»

8 Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе
ДПП ПК 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»

11 Программа самостоятельной работы обучающихся на ДПП ПК

12 Карта обеспеченности учебно-методической литературой

13 Банк контрольных заданий и вопросов (тестов) по отдельным темам и в целом по
дисциплине

14 Перечень вопросов к составлению экзаменационных билетов, выносимых на итоговую
аттестацию

15 Список рекомендованной литературы

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ

по разработке ДПП ПК по специальности

31.08.67.«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Хубулава Геннадий Григорьевич	Акад. РАН, д.м.н.	профессор	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
3.	Рутенбург Григорий Михайлович	д.м.н.	профессор	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
4.	Койдан Анна Александровна	к.м.н.	ассистент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
По методическим вопросам				
5.	Шапорова Наталия Леонидовна	д.м.н.	Декан факультета последипломного образования	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова

Рабочая программа ДПП ПК по специальности 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия» (216 часов)

Общая характеристика ДПО ПК по специальности 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»

Программа повышения квалификации специалистов с высшим медицинским образованием по специальности хирургия (код специальности 14.01.17 «хирургия», 31.08.70. «эндоскопия» реализуемая ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, представляет собой систему документов, разработанную и утвержденную высшим учебным заведением самостоятельно с учетом требований рынка труда. Данная программа составлена на основании федерального государственного образовательного стандарта по соответствующему направлению подготовки высшего профессионального образования.

Нормативные документы для разработки ДПП ПК

Нормативно-правовую базу разработки данной программы составляют:

1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 г. № 499 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам"
4. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 N 707н (ред. от 15.06.2017) Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03 августа 2012 г. № 66н "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем

- обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях"
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих"
 7. Приказ Министерства образования и науки РФ от 12 сентября 2013 г. № 1061 "Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования"
 8. Устав государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Министерства здравоохранения Российской Федерации
 9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 8 октября 2015 г. N 707н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" Зарегистрировано в Минюсте РФ 23 октября 2015 г. Регистрационный N 39438

Требования к уровню освоения дисциплины:

К освоению ДПП ПК по специальности 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия» допускаются лица, имеющие высшее образование - специалитет по специальности: "Лечебное дело"; дополнительное профессиональное образование: подготовка в ординатуре по специальности: «хирургия», «эндоскопия» .

Срок освоения ДПП ПК – 2 месяца (216 часа), форма обучения – очно-заочная

Категория слушателей – хирурги, эндоскописты

Целью ДПП ПК послевузовского профессионального образования врача по специальности 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия» является повышение теоретических основ и совершенствование практических навыков по указанной специальности. Программа направлена на выработку у слушателей алгоритма профессиональных стандартов, основанных на современных представлениях о профилактике, диагностике, лечении заболеваний хирургического и эндоскопического профиля. Призвана повысить конкурентоспособность обучающихся в целом на рынке услуг в научной, инновационной и профессиональной деятельности.

1. Цель реализации образовательной программы

1.1. Цель ДПП ПК

9 Целью ДПП ПК послевузовского профессионального образования врача по специальности 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия» является подготовка квалифицированного специалиста, *осуществляющего врачебную практику в области хирургии*

1.2. Компетенция, освоенная в результате обучения по ДПП ПК: Оказание медицинской помощи населению по профилю 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»

Цель вида профессиональной деятельности: обучение хирургов общего профиля технике выполнения наиболее распространенных эндовидеохирургических вмешательств на органах брюшной полости, правильному ведению до- и послеоперационного периода, а также профилактике интра- и послеоперационных осложнений.

Задачи дисциплины:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача по специальности 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия», способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача по специальности 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия», обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

3. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов.

4. Подготовить врача по специальности 31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия», владеющего навыками и врачебными манипуляциями в соответствии с квалификационными требованиями и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу хирургу или эндоскописту свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

6. Освоить методы диагностики, дифференциальной диагностики, лечения основных заболеваний хирургического профиля.

7. Освоить методы формирования здорового образа жизни семьи, соблюдение личностного подхода, требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения различных возрастно-половых групп оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических мероприятий.

8. Овладеть техникой выполнения врачебных манипуляций в соответствии с программой.

9. Сформировать умения и навыки самостоятельной научно-исследовательской деятельности.

10. Изучить правовую базу деятельности врача и освоить нормы медицинской этики и деонтологии.

2. Планируемые результаты обучения,

2.1. Перечень приобретаемых профессиональных компетенций с уточнением необходимых трудовых действий (владение), знаний, умений.

Профессиональная компетенция	Врач хирург, эндоскопист должен знать	Врач хирург, эндоскопист должен уметь
Участие в операционном процессе в качестве второго помощника (ассистента) хирурга (обработка рук, одевание стерильного халата, перчаток, подготовка операционного поля. Накрывание стерильным бельем).	Базовые знания по диагностике консервативному и хирургическому лечению больных с заболеваниями хирургического профиля.	Диагностика эндоскопического профиля (ФГДС, ФКС, бронхоскопия) Отработка мануальных навыков на фантоме без и с использованием видеокамеры и монитора. Биопсия лимфоузла. Биопсия печени.
Помощь при осуществлении доступа к органам брюшной полости обязанностей	Знание топографической и оперативной анатомии органов брюшной полости в	Техника владения лапароскопическим инструментарием.

второго помощника (ассистента) хирурга.	норме и при патологии	Техника владения лапароскопом. Вязка Введение троакаров в брюшную полость. ние узлов типа Roeder, Clark, владение палочкой Clark. Интракорпоральный шов на фантоме.
Помощь при ревизии органов брюшной полости в объеме обязанностей второго помощника (ассистента) хирурга.	Знание показаний к проведению хирургических вмешательств при патологии органов брюшной полости.	Введение в рабочий режим эндовидеохирургической стойки и калибровка показателей. Ревизия органов брюшной полости. Ориентировка в трехмерном пространстве. Дренирование пузырного протока.
Помощь при проведении основного этапа операции на органах брюшной полости в объеме обязанностей второго помощника (ассистента) хирурга.	Знание протоколов проведения хирургических вмешательств.	Рассечение спаек острым путем, с помощью коагуляции. Обработка шейки желчного пузыря. Выделение желчного пузыря из ложа. Интракорпоральный шов на желудке. Укладка препарата в эвакуаторный контейнер. Санация и дренирование брюшной полости. Десуфляция.
Помощь при проведении гемостаза на заключительных этапах операции на органах брюшной полости в объеме обязанностей второго помощника (ассистента) хирурга.	Знание нормативных документов по оказанию специализированной , в том числе высокотехнологичной медицинской помощи больным с патологией органов брюшной полости	Остановка кровотечения лигатурным методом, клипированием, электрокоагуляцией.
Наложение подкожного и кожного шва, асептической повязки	Знание всех видов швов, применяемых в данной области	Вязание интракорпоральных швов на фантоме.

**ДПП ПК по специальности
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»
Трудоемкость дисциплины**

№	Вид учебной работы	Всего часов (КЕ)	Всего ЗЕ (недель)
1.	Общее количество часов по учебному плану	216	8
2.	Аудиторные занятия, в том числе	214	7.8
2.1.	Лекции (заочные)	35	1.9
2.2.	Клинические (практические)	96	5.3

	занятия		
2.3	Семинары	10	0.6
3.	Самостоятельная работа	48	2.7
4	Итоговая аттестация и экзамен	3	0.2

**Учебный план
ДПП ПК по специальности
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»**

Тема	КЕ (часы)	ЗЕ(36ч) 1 неделя	Форма контроля
1.Вводная лекция: История развития лапароскопической хирургии. Возможности и современное состояние. Перспективы развития	2	0,14	Исходный контроль знаний (тестовый контроль)
2. Организация работы отделения лапароскопической хирургии и операционной. Оборудование и инструментарий для проведения лапароскопических операций Особенности режима асептики, стерилизации инструментов и оптики. Операционная бригада и задачи каждого из членов бригады Укладка больных и расположение операционной бригады и видеотехники.	2	0,14	Тестовый контроль, собеседование
3. Общие вопросы о показаниях и противопоказаниях к лапароскопическим вмешательствам. Особенности обезболивания. Теоретические основы лапароскопической хирургии и последовательность выполнения этапов операций.	2	0,14	
4. Лапароскопические доступы и критерии их Пункция брюшной полости, пневмоперитонеум. Угол операционного действия, оперативные приемы. Завершающий этап. Работа с инструментарием на фантоме.	2	0,14	
5. Лапароскопическая диагностика заболеваний органов брюшной полости. Лапароскопическая семиотика острых и хронических заболеваний органов брюшной полости. Дифференциально-диагностические критерии.	1	0,03	
6.Лапароскопическая герниопластика. Топографическое обоснование лапароскопической герниопластики. Строение задней стенки пахового канала. Лапароскопические доступы и инструментарий. Показания и противопоказания. Положение больного. Методика и техника выполнения лапароскопической герниопластики. Осложнения и их профилактика. Послеоперационный период и особенности реабилитации,	1	0,07	
7.Лапароскопическая холецистэктомия	1	0,07	

<p>пографоанатомическое обоснование. Показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии и холецистостомии при хроническом холецистите. Доступ и техника выполнения. Особенности выщеления пузырной артерии и протока. Техника обработки пузырной артерии и протока. Осложнения во время операции, пути их профилактики и устранения возникших осложнений. Возможности лапароскопической технологии при выполнении вмешательств на внепеченочных желчных путях. Операционная холангиография. Дренажирование пузырного и общего желчного протоков. Предоперационная подготовка и особенности ведения послеоперационного периода.</p>			
<p>8.Топографоанатомические обоснования лапароскопической ваготомии. Анатомия переднего и заднего стволов блуждающих нервов. Показания и противопоказания к операции. Доступы и техника выполнения лапароскопической ваготомии. Ведение послеоперационного периода.</p>	4	0,28	
<p>9.Топографоанатомические обоснования при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Лапароскопические операции при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Техника выполнения. Показания и противопоказания</p>	26	1,82	Тестовый контроль, собеседование
<p>10. Лапароскопическая гастротомия и гастростомия. Показания и техника выполнения. Лапароскопические еюностомия и колостомия. Показания и противопоказания. Доступ, техника выполнения и ведение послеоперационного периода Лапароскопические операции при гинекологических заболеваниях. Резекции яичников. Удаление маточных труб. Операции при фибромиомах матки.</p>	10	0,7	
<p>11. Лапароскопическая технология в ургентной хирургии. Показания для диагностической лапароскопии в экстренной хирургии. Ревизия органов брюшной полости лапароскопическим методом, критерии диагноза.</p>	26	1,82	Тестовый контроль, собеседование

Переход от диагностической к лечебной лапароскопии.			
12. Лапароскопический метод лечения перитонитов Цель, задачи и этапы операции при перитоните. Осложнения и их профилактика. Релапароскопия.	14	0,98	
13. Лапароскопическая аппендэктомия. 1. Особенности топографии слепой кишки и червеобразного отростка. 2. Приемы пересечения брыжейки с помощью лапароскопических инструментов. Техника выполнения аппендэктомии. Методы обработки культи червеобразного отростка. 3. Осложнения и ведение послеоперационного периода.	4	0,28	
14. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. Показания и противопоказания. Особенности обработки пузырного протока, артерии и мобилизации желчного пузыря. Операционные осложнения, пути их профилактики. Ведение послеоперационного периода.	2	0,14	
15. Лапароскопические операции при прободной язве желудка. Техника ушивания язвы. Санация и дренирование брюшной полости. Сочетание ушивания прободной язвы с ваготомией, Осложнения и их профилактика. Ведение послеоперационного периода.	7	0,49	Тестовый контроль, собеседование
16. Возможности лапароскопии в лечении кишечной непроходимости. Лапароскопические ой спаечной болезни. Доступ и этапы операции. Осложнения и их профилактика.	7	0,49	
17. Возможности лапароскопической техники в лечении экстренной гинекологической патологии. Лечение пельвеоперитонитов. Лечение внематочной беременности, острых воспалительных заболеваний, разрывов кист шиков, япоплексии и других заболеваний. Релапароскопия. Показания и противопоказания. Доступы и способы введения инструментов.	44	3,08	Тестовый контроль, собеседование
Итоговая аттестация	3	0,09	Экзамен
Итого	216	8	

**Учебный план
ДПП ПК по специальности
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»»**

№	Наименования разделов, дисциплин и тем	Всего КЕ (часов)	Всего зе (недель)	Лекции	Практические занятия	Форма контроля
1	Вводная лекция:	2	0,14	2		зачет
2	Организация работы отделения лапароскопической хирургии и операционной.	2	0,14	2		
3	Общие вопросы о показаниях и противопоказаниях к лапароскопическим вмешательствам.	2	0,14	2		
4	Лапароскопические доступы и критерии их	2	0,14	2		
5	Лапароскопическая диагностика заболеваний органов брюшной полости.	1	0,03	1		
6	6.Лапароскопическая герниопластика.	1	0,07	1		
7	Лапароскопическая холецистэктомия Топографоанатомическое обоснование.	1	0,07	1		
8	Топографоанатомические обоснования лапароскопической ваготомии.	4	0,28	2	2	
9	9.Топографоанатомические обоснования при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.	26	1,82	6	20	
9.	Лапароскопическая гастротомия и гастростомия. Показания и техника выполнения.	10	0,7	2	8	
10	Лапароскопическая технология в ургентной хирургии.	26	1,82	6	20	
11	Лапароскопический метод лечения перитонитов	14	0,98	4	10	
12	Лапароскопическая аппендэктомия.	4	0,28	2	2	
13	Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите.	2	0,14	2		
14	Лапароскопические операции при прободной язве желудка.	7	0,49	2	5	
15	Возможности лапароскопии в лечении кишечной непроходимости.	7	0,49	2	5	зачет
16	Возможности лапароскопической техники в лечении экстренной гинекологической патологии.	44	3,08	8	36	зачет
17	Итоговая аттестация	3	0,09			Экзамен
	Итого	216	8			

**Содержание материала
ДПО ПК по специальности
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»**

Тема 1. История развития лапароскопической хирургии. Возможности и современное состояние вопроса. Перспективы развития (1,2 лекции).

История развития лапароскопической хирургии и эндовидеотехники.

Внедрение эндовидеопераций в различные разделы хирургии. Пути развития лапароскопической техники и оперативных вмешательств.

Тема 2. Общие вопросы лапароскопической хирургии (3,4 лекции).

Показания и противопоказания к лапароскопическим операциям. Осложнения и пути профилактики. Особенности обезболивания.

Тема 3. Лапароскопическая диагностика заболеваний органов брюшной полости (5,6 лекции).

Показания и противопоказания к диагностической лапароскопии. Осложнения и их профилактика. Лапароскопическая семиотика острых и хронических заболеваний органов брюшной полости. Дифференциально-диагностические критерии. Лапароскопическая биопсия. Методы гемостаза. Электрохирургия.

Тема 4. Лапароскопическая холецистэктомия (7,8,9 темы).

Топографоанатомическое обоснование. Показания и противопоказания к холецистэктомии и холецистостомии. Доступы и техника выполнения. Осложнения и их профилактика. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите и ее особенности. Операционная холангиография. Операции на общем желчном протоке. Ведение послеоперационного периода.

Тема 5. Эндовидеохирургическая герниопластика.(10,11 темы). Топографоанатомическое обоснование. Доступы и техника выполнения. Осложнения и их профилактика.

Тема 6. Лапароскопические операции в ургентной хирургии. (12,13 лекции).

Возможности лапароскопической хирургии при ургентных вмешательствах. Показания и противопоказания. Переход от диагностической к лечебной лапароскопии. Осложнения и их профилактика.

Тема 7. Перитониты (14 лекция) .

Показания и противопоказания. Возможности лапароскопических операций. Релапароскопия при перитонитах. Техника выполнения операций.

Тема 8. Лапароскопическая аппендэктомия (15 лекция).

Топографоанатомические особенности. Показания и противопоказания.

Методы и техника выполнения операций. Осложнения и профилактика. Ведение послеоперационного периода.

Тема 9. Лапароскопические операции при осложнении гастродуоденальных язв (16,17,

лекции).

Показания и противопоказания. Операции при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Техника выполнения различных вариантов ваготомий.

Лапароскопическая резекция желудка. Лапароскопическая гастростомия. Операции при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.

Тема 10. Эндовидеохирургия органов малого таза (18 лекция). Топографические особенности. Операции на матке и её придатках.

Тема 11. Эндовидеохирургия органов брюшинного пространства (19 лекция). Топографоанатомические особенности. Операции на почках, венах семенного канатика. Поясничная симпатэктомия.

Тема 12. Операции на толстой кишке (20 лекция).

Показания и противопоказания. Лапароскопическая резекция ободочной кишки. Техника формирования анастомозов. Лапароскопические операции при кишечной непроходимости.

Тема 13. Релапароскопия (21 лекция).

Показания и противопоказания. Доступы и способы введения инструментов. Осложнения и ведение послеоперационного периода.

Формируемые компетенции по результатам

ДПП ПК по специальности

31.08.67 «хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»

На протяжении первой и второй недели слушатели курса "Лапароскопическая хирургия" на базе кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии изучают принципиальные схемы эндовидеоаппаратуры, правила пользования и обслуживания, технику безопасности при работе с электрическими приборами.

Изучается лапароскопический инструментарий, правила работы с ним и методы его обработки. На фантомах отрабатываются мануальные навыки. Затем на фантомах при помощи эндовидеоаппаратуры продолжается отработка мануальных навыков, изучается интракорпоральный шов, завязывание узлов, сшивание тканей. После освоения и отработки мануальных навыков на экспериментальных животных (два операционных дня) выполняются лапароскопические операции - холецистэктомия, ушивание ран желудка и кишечника.

ИТОГО: 12 дней.

В течении последующих шести недель на базе клиники факультетской хирургии и городского центра эндовидеохирургии Елизаветинской больницы слушатели продолжают обучение мануальным навыкам. На практических занятиях разбираются основные виды эндовидеохирургических операций: холецистэктомия с интраоперационной холангиографией, операции на внепеченочных желчных путях, аппендэктомии, операции при паховых и

бедренных грыжах, ваготомии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, резекция желудка, операция Ниссена, ушивание перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, формирование гастростомы, колостомы, холецистостомы, резекция ободочной кишки.

При проведении занятий широко используются видеофильмы для демонстрации различных этапов операций.

В качестве членов операционной бригады слушатели участвуют в выполнении лапароскопических операций, самостоятельно выполняя отдельные ее этапы.

Кроме этого, за период цикла слушатели посещают лапароскопические операции в других стационарах города: 15 и 3 городских больницах, научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии имени Р.Р.Вредена (три операционных дня).

ИТОГО 36 дней.

Контрольно-измерительные материалы
ДПП ПК по специальности
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»

001. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются
- сроком с момента прободения
 - степенью воспалительных изменений брюшины
 - величиной перфоративного отверстия
 - локализацией перфоративного отверстия
 - возрастом больного
002. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать
- анализ кала на скрытую кровь
 - контрастную рентгеноскопию желудка
 - анализ желудочного сока на скрытую кровь
 - фиброгастроскопию
 - определение гемоглобина и гематокрита
003. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место
- мелена
 - симптом мышечной защиты
 - рвота желудочным содержимым цвета "кофейной кишки"
 - брадикардия
 - коллапс
004. Наиболее характерным для острой язвы 12-перстной кишки являются
- пожилой возраст больного
 - в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов
 - сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии
 - рвота пищей, приносящая облегчение
 - шум плеска в желудке
005. Больной, страдающий кровоточащей язвой желудка, после проведенной терапии выведен из шока. Однако, проводимые консервативные мероприятия не позволяют добиться надежного гемостаза. В этом случае необходима
- лапаротомия и резекция желудка
 - наложение гастростомы
 - применение гастростомы
 - продолжать консервативную терапию, включая применение диеты Мейленграхта
 - лапаротомия, наложение гастроэнтероанастомоза, обкалывание кровоточащего сосуда
006. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме
- малой кривизны желудка
 - кардиального отдела желудка
 - антрального отдела желудка
 - нижнего отдела пищевода
 - постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки
007. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме
- иссечения язвы
 - ушивания язвы
 - резекции желудка
 - пилоропластики с ваготомией
 - наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле
008. При перфоративной язве желудка необходимо провести
- немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
 - операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена
 - контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты
 - консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель
009. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи

- являются признаками
- а) инсулемы поджелудочной железы
 - б) синдрома приводящей петли
 - в) пептической язвы анастомоза
 - г) демпинг-синдрома
 - д) синдрома малого желудка
010. К пострезекционным синдромам не относится
- а) синдром малого желудка
 - б) демпинг-синдром
 - в) синдром приводящей петли
 - г) желчный гастрит культи
 - д) сахарный диабет
011. Секретин образуется
- а) в двенадцатиперстной кишке
 - б) в печени
 - в) в поджелудочной железе
 - г) в дистальных отделах тонкой кишки
 - д) в гипоталамусе
012. Основным стимулятором освобождения секретина является
- а) соляная кислота
 - б) продукты расщепления белков
 - в) жиры
 - г) углеводы
 - д) все перечисленные факторы
013. Стимулятором выделения соляной кислоты обкладочными клетками желудка являются
- а) гастрин
 - б) гистамин
 - в) возбуждение блуждающего нерва
 - г) повышение уровня кальция в крови
 - д) все перечисленное выше
014. При стенозе III ст. пилорического отдела желудка необходимы
- а) немедленная лапаротомия и резекция желудка во всех случаях
 - б) операция после интенсивной парентеральной терапии, коррекции волевических расстройств
 - в) контрастное и эндоскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты, при подозрении на малигнизацию - операция
 - г) немедленная лапаротомия, переливание крови и плазмозаменяющих растворов, применение антибиотиков.
- В зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
- д) консервативная терапия, оперативное лечение не показано
015. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся все перечисленные, кроме
- а) рвоты
 - б) шума плеска над проекцией желудка
 - в) наличия чаш Клойбера
 - г) отрыжки
 - д) похудения
016. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо выполнить все следующие мероприятия, кроме
- а) назначения соляной кислоты с пепсином в большом количестве
 - б) промывания желудка
 - в) введения растворов электролитов
 - г) введения белковых растворов
 - д) коррекции нарушения кислотно-щелочного состояния
017. У больного с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки при исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Наиболее рациональной операцией в этом случае является
- а) субтотальная резекция желудка
 - б) ваготомия с пилоропластикой
 - в) ваготомия без дренирующей операции
 - г) резекция на выключение

- д)наложение гастроэнтероанастомоза
018. Резекция на выключение может быть выполнена
- а)при низкой постбульбарной язве
 - б)при пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
 - в)при плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки
 - г)ни в одном из перечисленных выше случаев
 - д)во всех перечисленных выше случаях
019. Наиболее информативным при дифференциальной диагностике между язвой желудка и изъязвившейся карциномой является
- а)анализ желудочного сока
 - б)исследование кала на скрытую кровь
 - в)проведение гистаминовой пробы
 - г)положительный эффект на противоязвенный курс лечения
 - д)эзофагогастроскопия с биопсией
020. При рентгенологическом исследовании желудка выявлено неподвижное инородное тело.
В данном случае необходимо
- а)назначить вазелиновое масло
 - б)назначить прием минеральной воды
 - в)выписать больного на амбулаторное наблюдение
 - г)назначить эзофагогастроскопию
 - д)назначить рентгенологический контроль
021. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является
- а)икота
 - б)отсутствие кишечных шумов
 - в)вздутие в области эпигастрия
 - г)тахикардия
 - д)рвота
022. Острое расширение желудка может быть быстро распознано
- а)рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
 - б)ларапоцентезом
 - в)назогастральной интубацией
 - г)перкуссией брюшной стенки
 - д)исследованием плазмы крови на серотонин
023. У больного с острым расширением желудка не следует применять
- а)назогастральное дренирование желудка
 - б)инфузионную терапию
 - в)седативную терапию
 - г)антибиотикотерапию
 - д)постоянную декомпрессию желудка
024. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные
- а)снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
 - б)поздней обращаемостью
 - в)возможностью психозов
 - г)возможностью суицидальных попыток
 - д)всем перечисленным
025. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются
- а)рвота
 - б)желудочное кровотечение
 - в)напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
 - г)частый жидкий стул
 - д)икота
026. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают
- а)язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
 - б)постбульбарные язвы
 - в)язвы малой кривизны желудка
 - г)язвы большой кривизны желудка
 - д)язвы всех указанных локализаций
027. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме
- а)перфорации
 - б)кровотечения, не останавливаемого консервативными методами

- в) малигнизации
 - г) большой глубины "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании
 - д) декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка
028. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить
- а) доскообразный живот
 - б) сильные боли в эпигастрии
 - в) боли в поясничной области
 - г) повышение лейкоцитоза до 15000
 - д) легкая желтуха склер и кожных покровов
029. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить
- а) затеканием содержимого по правому боковому каналу
 - б) рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы
 - в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
 - г) развивающимся разлитым перитонитом
 - д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка
030. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни
- а) остановившееся желудочное кровотечение
 - б) перфоративная язва
 - в) пенетрирующая язва
 - г) стеноз выходного отдела желудка
 - д) малигнизированная язва
031. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению
- а) демпинг-синдрома
 - б) гипогликемического синдрома
 - в) синдрома "малого желудка"
 - г) пептической язвы анастомоза
 - д) синдрома приводящей петли
032. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать со всеми следующими заболеваниями, кроме
- а) хронического холецистита
 - б) хронического колита
 - в) хронического аппендицита
 - г) хронического панкреатита
 - д) мезоаденита
033. Для хронической язвы двенадцатиперстной кишки не является характерным осложнением
- а) кровотечение
 - б) малигнизация
 - в) перфорация
 - г) пенетрация в поджелудочную железу
 - д) стенозирование выходного отдела желудка
034. Относительными показаниями к операции при язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме
- а) больших размеров язвы
 - б) язвы большой глубины (пенетрирующей)
 - в) низкой кислотности желудочного сока
 - г) безуспешности консервативного лечения
 - д) каллезной язвы
035. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные, кроме
- а) желтухи
 - б) шума плеска натошак
 - в) похудания
 - г) отрыжки "тухлым"
 - д) болей в эпигастрии распирающего характера
036. Характерными жалобами для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные, кроме
- а) болей через 1-1.5 часа после приема пищи
 - б) желтухи
 - в) иррадиации болей в поясничную область

- г) ночных болей
д) рвоты
037. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является
- а) двенадцатиперстная кишка
 - б) пилорический отдел желудка
 - в) малая кривизна желудка
 - г) большая кривизна желудка
 - д) кардиальный отдел желудка
038. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин
- а) в абдоминальном отделе пищевода
 - б) в кардиальном отделе желудка
 - в) в антральном отделе желудка
 - г) в пилорическом отделе желудка
 - д) в теле желудка
039. Для демпинг-синдрома не характерны
- а) мышечная слабость
 - б) головокружение
 - в) приливы
 - г) потливость
 - д) повышенный аппетит
040. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается
- а) в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
 - б) в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
 - в) в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
 - г) в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
 - д) в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков
041. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является
- а) гипопроteinемия
 - б) гипотензия во время операции
 - в) аксиальный поворот тонкой кишки
 - г) дуоденостаз
 - д) послеоперационный панкреатит
042. Пути распространения желудочно-кишечного содержимого при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки зависят
- а) от расположения желудка
 - б) от локализации прободного отверстия
 - в) от анатомического строения боковых каналов
 - г) от формы и расположения поперечно-ободочной кишки
 - д) от всего перечисленного
043. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать
- а) с несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза
 - б) с послеоперационным панкреатитом
 - в) с послеоперационным перитонитом
 - г) с несостоятельностью швов малой кривизны
 - д) со всем вышеперечисленным
044. Методом лечения анастомозита после резекции желудка является
- а) энзимотерапия
 - б) антибиотикотерапия
 - в) назогастральная интубация
 - г) рентгенотерапия
 - д) все вышеперечисленное
045. Через 2 часа после резекции желудка по постоянному назогастральному зонду поступает кровь из культи желудка. Темп кровопотери около 500 мл за один час. Проводится гемостатическая и заместительная терапия.
- При отсутствии от нее эффекта следует
- а) продолжить местную гемостатическую терапию
 - б) увеличить темп введения крови

- в) предпринять экстренную гастроскопию с целью гемостаза
 - г) перелить фибрин
 - д) срочно оперировать больного
046. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается
- а) тахикардия
 - б) схваткообразная боль
 - в) локализованная, умеренная боль
 - г) внезапно возникшая интенсивная боль
 - д) жидкий стул
047. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют
- а) малый диаметр прободного отверстия
 - б) незначительное наполнение желудка
 - в) топографическая близость соседних органов
 - г) большой диаметр прободного отверстия
 - д) хорошо развитый большой сальник
048. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется
- а) резекция желудка
 - б) различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями
 - в) ушивание прободной язвы
 - г) ушивание + гастроэнтероанастомоз
 - д) резекция желудка на выключение
049. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны
- а) при калезной язве
 - б) при пенетрирующей язве
 - в) при поверхностных эрозиях слизистой
 - г) при тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0.1 см
 - д) при рубцующейся язве
050. Рак желудка всегда метастазирует
- а) в легкие
 - б) в печень
 - в) в регионарные лимфоузлы
 - г) в кости
 - д) по брюшине
051. При раке желудка имеет место
- а) ахлоргидрия
 - б) анемия
 - в) полипоз
 - г) атрофический гастрит
 - д) все перечисленное
052. Ранним признаком рака желудка следует считать
- а) анемию
 - б) отвращение к мясным блюдам
 - в) увеличенную СОЭ
 - г) ни один из перечисленных признаков
 - д) все перечисленные признаки
053. У лиц с повышенным риском заболевания раком желудка следует ежегодно проводить
- а) рентгенологическое исследование желудка
 - б) исследование желудочной секреции
 - в) эндоскопическое исследование желудка
 - г) исследование морфологического состава крови
 - д) исследование кала на скрытую кровь
054. Основными путями метастазирования рака желудка являются
- а) лимфогенный
 - б) гематогенный
 - в) имплантационный
 - г) ни один из перечисленных
 - д) все перечисленные
055. Онкологически оправданной операцией при раке дистального отдела желудка T₁N_xM₀ является
- а) наложение гастроэнтероанастомоза
 - б) резекция 2/3 желудка
 - в) субтотальная резекция желудка

- г) субтотальная резекция желудка с удалением большого и малого сальника, либо гастрэктомия
д) ни одна из перечисленных
056. К предраковым заболеваниям желудка относятся
а) хронический атрофический гастрит
б) хроническая каллезная язва желудка
в) полипоз желудка
г) ни одно из перечисленных
д) все перечисленные
057. Симптомами, входящими в "синдром малых признаков" при раке желудка являются все перечисленные, кроме
а) диспептических явлений: снижения аппетита, быстрой насыщаемости, тошноты, икоты, отрыжки тухлым
б) анемии
в) нарастающей слабости, тупых болей, желудочного дискомфорта
г) повышенного аппетита, слюноотделения
д) похудения, отвращения к пище
058. Рак желудка наиболее часто локализуется
а) в кардиальном отделе желудка
б) по большой кривизне желудка
в) по малой кривизне желудка
г) в антральном отделе желудка
д) в дне желудка
059. Онкологически оправданной операцией при раке проксимального отдела желудка с явлениями дисфагии является
а) субтотальная проксимальная резекция желудка
б) гастрэктомия
в) расширенная или комбинированная гастрэктомия
г) гастростомия
д) гастроэнтеростомия
060. К отдаленным метастазам рака желудка относятся все перечисленные, кроме
а) метастазов в легкое
б) метастазов Крукенберга
в) метастаза Вирхова
г) метастаза Шпицлера
д) метастазов в желудочно-поджелудочную связку
061. Операция гастростомии показана
а) при неоперабельном раке тела желудка
б) при неоперабельном раке антрального отдела желудка
в) при стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванным опухолью
г) при всех перечисленных случаях
д) ни в одном из перечисленных случаев
062. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо
а) вначале рассечь ущемляющее кольцо
б) вначале рассечь грыжевой мешок
в) можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
г) выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
д) сделать лапаротомию
063. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме
а) острого начала
б) невраимости грыжи
в) болезненности грыжевого выпячивания
г) резкой боли
д) высокой температуры
064. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является
а) гигантский размер грыжи
б) беременность во второй ее половине
в) флегмона грыжевого мешка
г) недавно перенесенный инфаркт миокарда
д) ни один из перечисленных
065. Факторами, предрасполагающими возникновению брюшных грыж, являются
а) особенности анатомического строения передней брюшной стенки
в местах возникновения грыжи

- б)пожилой возраст, прогрессирующее похудание
 - в)заболевания, вызывающие повышения внутрибрюшного давления
 - г)тяжелая физическая работа
 - д)все перечисленное
066. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает
- а)лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
 - б)тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
 - в)поставить очистительную клизму
 - г)возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
 - д)ни одна из рекомендаций не верна
067. При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает
- а)вправление грыжи
 - б)назначение анальгетиков и спазмолитиков
 - в)назначение наркотиков
 - г)немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
 - д)проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи
068. Стенками пахового канала являются все перечисленные образования, кроме
- а)апоневроза наружной мышцы живота
 - б)подвздошно-гребешковой связки
 - в)паховой связки
 - г)нижнего края внутренней косой и поперечной мышц
 - д)поперечной фасции живота
069. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области, причем, отмечает, что она часто ущемляется. При ущемлении имеют место тянущие боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного
- а)грыжа запирающего отверстия
 - б)прямая паховая грыжа
 - в)бедренная грыжа
 - г)косая паховая грыжа
 - д)скользящая грыжа
070. Невправимость грыжи зависит
- а)от спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
 - б)от спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем
 - в)от сужения грыжевых ворот
 - г)от выхождения в нее мочевого пузыря
 - д)от выхождения в нее слепой кишки
071. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию
- а)Бассини и Постемского
 - б)Мартынова
 - в)Жирана - Спасокукоцкого
 - г)Руджи - Парлавецchio
 - д)Ру
072. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован,
- отступая от видимой границы некроза на расстояние
- а) 5-10 см
 - б)15-20 см
 - в)25-30 см
 - г)35-40 см
 - д)45-50 см
073. При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести
- а)наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
 - б)выполнение срочной операции
 - в)наблюдение
 - г)консервативное лечение
 - д)вправление грыжи
074. Паховую грыжу следует дифференцировать
- а)с водянкой яичка
 - б)с паховым лимфаденитом
 - в)с варикозным расширением вен семенного канатика
 - г)с водянкой семенного канатика

- д)со всеми перечисленными заболеваниями
075. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать
- а)с липомой
 - б)с холодным натечником
 - в)с ущемленной паховой грыжей
 - г)с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала
 - д)со всем перечисленным
076. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть
- а)к трансиллюминации и пальпации
 - б)к пункции
 - в)к перкуссии
 - г)к аускультации
 - д)к пальцевому исследованию прямой кишки
077. Бедренные грыжи чаще встречаются
- а)у мужчин пожилого возраста
 - б)у многорожавших женщин
 - в)у женщин нерожавших
 - г)у юношей
 - д)у детей
078. К образованию послеоперационной грыжи предрасполагают
- а)ранеая инфекция
 - б)послеоперационный парез
 - в)срединный разрез
 - г)неправильная техника ушивания раны
 - д)все выше перечисленное
079. Шейка мешка бедренной грыжи расположена
- а)впереди круглой связки
 - б)медиальнее бедренных сосудов
 - в)латеральнее бедренных сосудов
 - г)позади бедренных сосудов
 - д)медиальнее купферовской связки
080. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах
- а)Рихтерской
 - б)косой паховой
 - в)скользящей
 - г)прямой паховой
 - д)ни в одной из перечисленных
081. При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции
- а)по Мейо
 - б)по Лекснеру
 - в)по Сапежко
 - г)по Кину
 - д)по Терье - Черни
082. К оперативным методам лечения прямой паховой грыжи относится операция
- а)по Бассини
 - б)по Мартынову
 - в)по Руджи
 - г)по Жирару - Спасокукоцкому
 - д)по Ру
083. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме
- а)затрудненного дыхания
 - б)рвоты
 - в)цианоза
 - г)анемии
 - д)заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании
084. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать
- а)дисфагические явления

- б) нарушение ритма сердца
 - в) псевдостенокардиальные явления
 - г) ни одно из перечисленных явлений
 - д) все перечисленные
085. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерно все указанное, кроме
- а) рефлюкс-эзофита
 - б) ущемления
 - в) кровотечения
 - г) появления язвы желудка
 - д) экстракардиальной стенокардии
086. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения
- а) повреждения сосудов
 - б) ранение нервов брюшной стенки
 - в) пересечение семявыводящего протока
 - г) ранение кишки и мочевого пузыря
 - д) все перечисленные
087. Для скользящей паховой грыжи с выходом мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме
- а) наличия болей в надлобковой области
 - б) наличия грыжевого выпячивания в паховой области
 - в) учащенного мочеиспускания и прерывность его, резей в мочеиспускательном канале
 - г) позывов на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования
 - д) наличия положительного симптома Мейо-Робсона
088. При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме
- а) тонкой кишки и меккелева дивертикула
 - б) сигмовидной кишки и сальника
 - в) слепой кишки и червеобразного отростка
 - г) маточной трубы и яичника
 - д) желчного пузыря и желудка
089. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются
- а) со слизистого слоя
 - б) с подслизистого слоя
 - в) с мышечного слоя
 - г) с субсерозного слоя
 - д) с серозного слоя
090. К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся
- а) бедренные
 - б) косые паховые
 - в) пупочные
 - г) грыжи белой линии живота
 - д) прямые паховые
091. Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются
- а) внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования
 - б) увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания
 - в) невосприимчивость грыжи
 - г) отрицательный симптом кашлевого толчка
 - д) все перечисленное
092. Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны
- а) с бедренной артерией
 - б) с бедренной веной
 - в) с куперовской связкой
 - г) с бедренным нервом
 - д) с пупартовой связкой
093. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят
- а) в приводящей петле
 - б) в отводящей петле
 - в) в приводящей и отводящей петле в равной степени
 - г) в сегменте брыжейки ущемленной кишки
 - д) во всех перечисленных отделах
094. При высокой обтурации желчных протоков на первый план

- выступают все следующие симптомы, кроме
- а) выраженной лихорадки
 - б) быстрого появления желтухи
 - в) быстрого похудения
 - г) сильного кожного зуда
 - д) диспептических расстройств
095. Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать все перечисленное, исключая
- а) обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки
 - б) деформацию двенадцатиперстной кишки
 - в) стеноз двенадцатиперстной кишки
 - г) стойкий парез кишечника
 - д) прорастание опухоли в головку поджелудочной железы
096. Оперативное вмешательство при остром панкреатите показано при всех перечисленных состояниях, кроме
- а) нарастания интоксикации
 - б) осложнения гнойным перитонитом
 - в) безуспешности консервативной терапии в течении 12-28 часов
 - г) сочетания с деструктивной формой холецистита
 - д) резкого вздутия живота
097. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть все указанные, кроме
- а) дуоденостаза
 - б) стеноза сфинктера Одди
 - в) проявления аллергии
 - г) заброса желчи в панкреатический проток
 - д) инфекционных заболеваний (гепатита)
098. Острый панкреатит может возникнуть под влиянием всех перечисленных факторов, кроме
- а) лекарственных препаратов (диуретики, АКТГ, аспаргина)
 - б) травмы поджелудочной железы
 - в) хирургических вмешательств на большом дуоденальном сосочке
 - г) хирургических вмешательств на органах брюшной полости
 - д) тиреотоксикоза
099. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения, кроме
- а) абсцесса поджелудочной железы
 - б) флегмоны забрюшинной клетчатки
 - в) ферментативного перитонита
 - г) острой сердечной недостаточности
 - д) обтурационной кишечной непроходимости
100. При лечении острого панкреатита не должны применяться
- а) отсасывание содержимого желудка
 - б) введение глюконата кальция
 - в) холецистостомия
 - г) спазмолитики
 - д) препараты опиоидов
101. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует
- а) ограничения патологического процесса в брюшной полости
 - б) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
 - в) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
 - г) улучшения кровоснабжения железы
 - д) уменьшения активности протеолитических ферментов
102. Ингибиторы протеаз
- а) тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы
 - б) блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
 - в) тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
 - г) купируют процессы кининообразования
 - д) все перечисленное
103. При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия, кроме
- а) необходимости купировать болевой синдром
 - б) восполнения обмена циркулирующей крови
 - в) назначения больших доз антибиотиков

- г) проведения комплексной детоксикации
д) лечения нарушений сократительной функции миокарда
104. В отдаленном периоде болезни исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания, кроме
- а) образования ложной кисты
 - б) развития хронического панкреатита
 - в) появления сахарного диабета
 - г) развития кистозного фиброза железы
 - д) возникновения инсуломы
105. Эффективность применения ингибиторов протеаз при остром панкреатите характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) стихания болей
 - б) исчезновения симптомов панкреатогенной токсемии
 - в) повышения активности калликреин-кининовой системы крови
 - г) снижения лейкоцитоза
 - д) уменьшения степени лимфоцитопении
106. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится
- а) в артериальной крови
 - б) в венозной крови
 - в) в экссудате брюшной полости
 - г) в лимфе
 - д) в моче
107. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть
- а) беременность
 - б) хронический холецистит
 - в) алкоголизм
 - г) травма живота
 - д) применение кортикостероидов
108. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет
- а) 16 единиц
 - б) 32 единицы
 - в) 64 единицы
 - г) 128 единиц
 - д) 256 единиц
109. Для течения жирового панкреонекроза характерно все перечисленное, кроме
- а) образования постнекротического инфильтрата в эпигастральной области и левом подреберье
 - б) изолированного пневмотоза поперечно-ободочной кишки
 - в) наличия в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости
 - г) положительного симптома Воскресенского
 - д) вовлечения в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника
110. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме
- а) абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки
 - б) абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости
 - в) флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения
 - г) перитонита
 - д) септического эндокардита
111. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить все перечисленное, кроме
- а) купирования болевого синдрома
 - б) снятия спазмы сфинктера Одди
 - в) ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы
 - г) уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы
 - д) инактивизации протеаз в крови и детоксикацию
112. В патогенезе острого панкреатита могут играть роль
- а) операционная травма
 - б) холелитиаз
 - в) пенетрирующая пептическая язва
 - г) алкоголь
 - д) все перечисленные факторы

113. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является
- травма живота
 - применение кортикостероидов
 - алкоголизм
 - хронический холецистит
 - цирроз печени
114. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается всеми приведенными факторами, кроме
- попадания в кровь и лимфу токсогенных полипептидов
 - попадания в кровь и лимфу токсогенных липидов
 - попадания в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов
 - активирования калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови
 - наличия высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении
115. Причинами развития свищей слепой кишки после аппендэктомии являются
- масштабы воспалительных и деструктивных изменений в отростке
 - диагностические ошибки
 - технические ошибки по ходу операции
 - ошибки в тактике лечения и ведения послеоперационного периода
 - все перечисленные
116. Тактика лечения неполных несформировавшихся свищей толстой кишки, открывающихся в гнойную полость включает
- 1) вскрытие и дренирование гнойных затеков
 - 2) активную аспирацию из раны
 - 3) срочную радикальную операцию
 - 4) интенсивную терапию
 - 5) отключение свища с помощью наложения противоестественного заднего прохода
- правильно 1, 2, 3 и 4
 - правильно 2, 3, 4 и 5
 - правильно 1, 3, 4 и 5
 - правильно 1, 2, 4 и 5
 - правильно 1, 2, 3 и 5
117. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается
- эвентрация
 - образование кишечных свищей
 - тромбоз легочной артерии
 - формирование гнойников брюшной полости
 - пневмония
118. Ведущим в лечении больных перитонитом является
- хирургическое вмешательство
 - дезинтоксикационная терапия
 - рациональная антибиотикотерапия
 - борьба с парезом кишечника
 - устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания
119. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме
- появления резкой боли
 - напряжения мышц передней брюшной стенки
 - брадикардии
 - Френикус-симптома
 - симптома Мейо - Робсона
120. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от всех указанных факторов, кроме
- массы тела больного
 - характера микрофлоры
 - степени выраженности интоксикации
 - гиповолемии
 - степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия
121. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост
- стафилококка
 - протей
 - кишечной палочки
 - смешанной флоры

- д) анаэробной флоры
122. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть все перечисленные, кроме
- а) врожденных аномалий и вариабельности топографии протоков
 - б) воспалительно-инфильтративных изменений в области печеночно-двенадцатиперстной связки
 - в) технических и тактических ошибок хирургов
 - г) исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами
 - д) пальпаторного исследования протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем
123. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям, кроме
- а) ограниченного или разлитого желчного перитонита
 - б) образования подпеченочных гнойников
 - в) развития наружного желчного свища
 - г) тромбоза мелких ветвей легочной артерии
 - д) развития поддиафрагмального абсцесса
124. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно
- а) ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой
 - б) сшив проток на Т-образном дренаже
 - в) сшив проток на Г-образном дренаже
 - г) наложив билиодигистивный анастомоз
 - д) любым из перечисленных
125. Для холангита характерными являются
- а) лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа
 - б) потрясающие ознобы
 - в) повышение потливости, жажда, сухость во рту
 - г) увеличение селезенки
 - д) все перечисленное
126. К симптомам, характерным для обтурационной желтухи, возникшей на почве калькулезного холецистита, относятся все перечисленные, кроме
- а) приступообразных болей типа печеночной колики
 - б) быстрого развития желтухи после болевого приступа
 - в) желчный пузырь чаще не пальпируется, область его резко болезненна
 - г) похудания, резкой слабости
 - д) неинтенсивного зуда кожи
127. У больных холедохолитиазом могут возникнуть все следующие осложнения, кроме
- а) холангита
 - б) обтурационной желтухи
 - в) рубцовых изменений протока
 - г) пролежней стенки протока
 - д) рака желчного пузыря
128. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует
- а) сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
 - б) наложить холедоходуоденоанастомоз
 - в) после дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
 - г) вскрыть холедок и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток
 - д) наложить холедохоэнтероанастомоз
129. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является
- а) диетическое
 - б) медикаментозное
 - в) хирургическое
 - г) санаторно-курортное
 - д) лечение минеральными водами
130. Перемежающуюся желтуху можно объяснить
- а) камнем пузырного протока
 - б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
 - в) вклиненным камнем большого дуоденального сосочка
 - г) вентильным камнем холедоха

- д)опухолью внепеченочных желчных протоков
131. При операции по поводу острого холецистита, осложненного панкреатитом (отечная форма) наиболее целесообразной тактикой хирурга следует считать
- а)типичную холецистэктомию
 - б)после удаления желчного пузыря дренировать холедох через культю пузырного протока
 - в)после холецистэктомии дренировать общий желчный проток Т-образным дренажем
 - г)после холецистэктомии дренировать сальниковую сумку
 - д)наложить холецистостому
132. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относится
- а)опухоли гепатопанкреатодуоденальной области
 - б)стеноз большого дуоденального сосочка
 - в)холедохолитиаз, как осложнение желчно-каменной болезни и холецистита
 - г)дуоденальная гипертензия
 - д)глистная инвазия
133. Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2.5 см общий желчный проток. Больному следует
- а)произвести холецистэктомию
 - б)произвести холецистэктомию, затем холангиографию
 - в)сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока
 - г)наложить холецистостому
 - д)произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка
134. Острый холецистит необходимо дифференцировать
- а)с прободной язвой желудка
 - б)с пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки
 - в)с правосторонней базальной пневмонией
 - г)с острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка
 - д)со всем перечисленным
135. Острый деструктивный холецистит может привести к следующим осложнениям
- а)разлитому желчному перитониту
 - б)ограниченным гнойникам брюшной полости (поддиафрагмальный, подпеченочный и др.), абсцессу печени
 - в)холангиту
 - г)водянке желчного пузыря
 - д)всем перечисленным
136. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее
- а)диетотерапия, применение спазмолитиков
 - б)санаторно-курортное лечение
 - в)плановое хирургическое лечение
 - г)лечение сахарного диабета и стенокардии
 - д)хирургическое лечение только по витальным показаниям
137. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного, кроме
- а)холедохолитиаза
 - б)обтурации камнем или слизистой пробкой пузырного протока
 - в)отека головки поджелудочной железы
 - г)холангита
 - д)глистной инвазии общего желчного протока
138. Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать
- а)абсцесс печени
 - б)внутрипеченочный сосудистый блок
 - в)билиарный цирроз печени
 - г)непроходимость желчных путей при механической желтухе
 - д)хронический гепатит
139. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует
- а)пероральная холецистография
 - б)внутривенная холецистохолангиография
 - в)ретроградная (восходящая) холангиография
 - г)сцинтиграфия печени

- д) прямая спленопортография
140. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано
- а) с желчно-каменной болезнью
 - б) со стенозирующим папиллитом
 - в) с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
 - г) с псевдотуморозным панкреатитом
 - д) с опухолью головки поджелудочной железы
141. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и
- а) слепой кишкой
 - б) малой кривизной желудка
 - в) двенадцатиперстной кишкой
 - г) тощей кишкой
 - д) ободочной кишкой
142. Общий желчный проток должен быть обследован у всех больных
- а) механической желтухой
 - б) панкреатитом
 - в) при расширении общего желчного протока
 - г) с клиникой холедохолитиаза
 - д) во всех перечисленных ситуациях
143. К осложнениям, обусловленным холелитиазом, следует отнести
- а) гангрену и эмпиему желчного пузыря
 - б) острый панкреатит
 - в) желтуху
 - г) холангит
 - д) все перечисленное
144. Впервые в медицинской практике выполнил холецистэктомию
- а) Курвуазье Л.
 - б) Лангенбух К.
 - в) Монастырский Н.Д.
 - г) Федоров С.П.
 - д) Кер Г.
145. Рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков сопровождается всем перечисленным, кроме
- а) развития желчной гипертензии
 - б) застоя желчи
 - в) образования конкрементов и замазки
 - г) развития обтурационной желтухи
 - д) дуоденостаза
146. Желчные камни чаще всего состоят
- а) из холестерина
 - б) из цистина
 - в) из оксалатов
 - г) из солей желчных кислот
 - д) из мочевой кислоты
147. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается
- а) с острым холециститом
 - б) с желчно-каменной болезнью
 - в) со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта
 - г) с раком желчного пузыря
 - д) с хроническими неспецифическими заболеваниями легких
148. Пути проникновения инфекции в ткань печени являются все перечисленные, кроме
- а) воротной вены
 - б) печеночной артерии
 - *в) нижней полой вены
 - г) желчевыводящих путей
 - д) лимфатических сосудов
149. По воротной вене инфекция попадает в печень
- *а) из воспалительных очагов органов брюшной полости
 - б) из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдаленных органов
 - в) из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита
 - г) из желчевыводящих путей при гнойном холангите
 - д) из левых отделов сердца при септическом эндокардите

150. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются
- а) при остром деструктивном холецистите
 - б) при заплотении аскарид во внутривнутрипеченочные желчные ходы
 - в) при нагноении вокруг инородного тела печени
 - г) при нагноении паразитарной кисты печени
 - *д) при тяжелом гнойном холангите
151. Антибактериальная терапия абсцессов печени должна основываться на следующих принципах
- а) применения антибиотиков широкого спектра действия
 - б) применения комбинации антибиотиков
 - в) применения антибиотиков только после определения характера микрофлоры и ее чувствительности
 - г) учета степени выделения антибиотиков желчью
 - *д) на всех перечисленных
152. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является
- а) резекция доли или сегмента печени
 - б) наложение билиодигестивного соустья
 - *в) вскрытие и дренирование абсцесса
 - г) трансплантация печени
 - д) гемигепатэктомия
153. Заболевание амебным абсцессом печени, как правило, совпадает
- *а) с учащением случаев амебной дизентерии
 - б) с учащением случаев инфекционного гепатита
 - в) с учащением случаев описторхоза
 - г) с эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний
 - д) с сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
154. Абсцессы амебного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии
- всем перечисленным, кроме
- *а) множественных подкапсульных расположений
 - б) крупных размеров
 - в) отсутствия истинной пиогенной оболочки
 - г) содержимого коричневатого цвета
 - д) выпавшего из гноя осадка, напоминающего "кофейную гущу"
155. Специфическим антиамебным средством являются
- а) антибиотики аминогликозидового ряда
 - б) метранидазол
 - *в) эметин, хлорохин, дифосфат
 - г) хинин
 - д) антибиотики цефалоспоринового ряда
156. При наличии крупных амебных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться
- *а) с пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамебных препаратов
 - б) с лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника
 - в) с резекцией пораженной доли печени
 - г) с гемигепатэктомией
 - д) ничего из вышеперечисленного
157. К портальным анастомозам относятся все указанные, кроме
- а) porto-гастро-эзофагокавального анастомоза
 - б) portoкавального анастомоза через umbilикальные вены
 - в) portoкавального анастомоза через геморроидальные вены
 - г) portoкавального анастомоза через вены брюшинного пространства
 - *д) portoкавального анастомоза через париетальную плевру
158. Наличие внутривнутрипеченочной портальной гипертензии можно заподозрить при наличии в анамнезе указаний на все перечисленные заболевания, кроме
- а) гепатита
 - б) хронического алкоголизма
 - в) кишечных заболеваний
 - г) перенесенных малярии, бруцеллеза и сифилиса
 - *д) травмы позвоночника
159. Диагноз смешанной формы портальной гипертензии ставится на основании всего перечисленного, кроме
- а) анамнеза
 - б) клинико-лабораторных данных
 - в) биопсии печени

- г) ангиографического исследования портальной системы
*д) изменения артериального давления
160. Для синдрома Бадда - Хиари не являются характерными
- а) гепатомегалия
 - б) портальная гипертензия
 - в) асцит
 - г) отеки нижних конечностей
 - *д) отеки лица
161. Для поздней стадии цирроза печени характерно все перечисленное, кроме
- а) спленомегалии
 - б) варикозного расширения вен пищевода
 - в) варикозного расширения вен передней брюшной стенки
 - г) асцита
 - *д) острого расширения желудка
162. О быстро нарастающем ухудшении состояния больного при компенсированном циррозе печени свидетельствует
- а) нарастающая слабость
 - б) появление асцита
 - в) желтуха
 - г) все перечисленное
 - *д) только б) и в)
163. Заподозрить наличие внепеченочной портальной гипертензии можно при наличии в анамнезе указаний
- а) на увеличение селезенки с момента рождения или с раннего детского возраста
 - б) на пупочный сепсис
 - в) на травму
 - г) на нагноительные процессы в брюшной полости
 - *д) на все перечисленное
164. Показания к операции при внепеченочной портальной гипертензии складываются из наличия всего перечисленного, кроме
- а) спленомегалии
 - б) высокого портального давления
 - в) со стороны крови лейкопении, тромбоцитопении
 - *г) кровоточивости слизистой оболочки носа
 - д) всего перечисленного
165. Хорошим результатом после спленэктомии у больных портальной гипертензией считаются случаи
- а) когда больные не предъявляют жалоб
 - б) сохраняется работоспособность
 - в) отсутствует асцит и варикозно расширенные вены пищевода и желудка
 - г) сохраняются нормальные показатели лабораторных исследований
 - *д) все перечисленное
166. К неудовлетворительным результатам спленэктомии при портальной гипертензии относится появление всех указанных признаков, кроме
- а) рецидива гастроэзофагеального кровотечения
 - б) нарастания асцита
 - в) появления геморрагической тромбоцитемии
 - г) прогрессирующего ухудшения функционального состояния
 - *д) периодического повышения артериального давления
167. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода могут быть все перечисленные, кроме
- а) пневмонии
 - б) трофических изменений слизистой оболочки пищевода
 - в) пролежней
 - г) гиперсаливации
 - *д) тиреоидита
168. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять
- а) на 6-10 часов
 - б) на 12-18 часов
 - в) на 1-8 суток
 - г) на 9-12 суток
 - *д) на 13-15 суток
169. Развитие осложнений в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией, перенесших на высоте кровотечения

- различные оперативные вмешательства, зависит от всех перечисленных факторов, кроме
- а) функционального состояния печени
 - б) степени анемизации
 - в) длительности периода кровотечения
 - г) объема оперативного вмешательства
 - *д) размеров печени и селезенки
170. Предпосылкой для развития портальной гипертензии служит все перечисленное, кроме
- *а) острой сердечной недостаточности
 - б) ишемии органов брюшной полости
 - в) соединительно-тканной перестройки паренхимы печени
 - г) блока притока воротной крови к печени
 - д) окклюзии печеночных вен
171. Внутрипеченочная форма портальной гипертензии может быть следствием
- *а) цирроза печени
 - б) поддиафрагмального абсцесса
 - в) внутрипеченочного холелитиаза
 - г) глистной инвазии
 - д) хронического панкреатита
172. Спленомегалия, "голова медузы" и асцит появляются
- а) при вирусном гепатите В
 - б) при панцирном перикардите
 - *в) при портальной гипертензии
 - г) при болезни Жильбера
 - д) при хроническом панкреатите
173. После наложения портокавального анастомоза возможны явления энцефалопатии, обусловленные
- а) приемом большого количества белковой пищи
 - б) амиачной интоксикацией
 - в) кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
 - г) голоданием
 - *д) всем перечисленным
174. Асцит у больных циррозом и портальной гипертензией может быть вследствие
- а) низкого уровня белка сыворотки крови
 - б) внепеченочного блока
 - в) внутрипеченочного блока
 - г) цирроза печени
 - *д) всего перечисленного
175. Причинами возникновения печеночной комы в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией могут быть все перечисленные, кроме
- а) исходной неполноценности функционального состояния печени
 - б) операционной травмы
 - в) невосполненной кровопотери
 - г) осложнений послеоперационного периода (тромбоз портальной системы, кровотечения из вен пищевода, нагноение раны)
 - *д) внутривенного введения концентрированных растворов глюкозы
176. Основным показанием для наложения портокавального анастомоза является
- а) цирроз печени
 - б) асцит
 - *в) кровотечение из вен пищевода
 - г) портальная энцефалопатия
 - д) рецидивирующая желтуха
177. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является
- а) интермитирующая лихорадка
 - б) общая слабость
 - *в) спленомегалия
 - г) кровоточивость слизистой оболочки носа
 - д) маточные кровотечения
178. Синдром Бадда - Хиари наблюдается чаще всего в возрасте
- а) от 5 до 10 лет
 - б) от 12 до 15 лет
 - *в) от 20 до 40 лет
 - г) от 45 до 50 лет
 - д) от 55 до 60 лет
179. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся все перечисленные, кроме

- а) врожденных аномалий кишечной трубки
(мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.)
- б) чрезмерной подвижности органов врожденного или приобретенного характера
- в) наличия спаек, тяжей, сращений
- *г) изменения моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза
- д) наличия различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов
180. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, кроме
- а) удвоения кишечника
- б) общей брыжейки подвздошной и слепой кишки
- *в) situs viscerus инверзус
- г) мобильный цекум
- д) мегадолихосигмы
181. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, исключая
- а) перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей
- б) изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма
- в) изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза
- *г) "situs viscerus инверзус"
- д) внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления
182. Перерастяжению кишечной стенки при острой кишечной непроходимости способствуют
- а) пищеварительные соки
- б) пищевые массы
- в) газы
- г) трансудат
- *д) все перечисленное
183. Основными причинами гипернатриемии при острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме
- а) потери натрия с пищеварительными соками
- б) перемещения натрия в клетки (трансмнерализация)
- *в) снижения уровня натрия вследствие развития метаболического алкалоза
- г) выведения натрия с мочой
- д) недостаточного поступления натрия в организм
184. Назо-гастро-интестинальная интубация может вызвать все перечисленное, кроме
- а) синуситов и отитов
- б) бронхитов и пневмонии
- *в) тромбоза легочной артерии
- г) стеноза пищевода и гортани
- д) разрыва варикозно расширенных вен пищевода
185. При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения
- а) нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке
- б) уменьшение объема циркулирующей крови
- в) развитие тканевой гипоксии
- г) нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы
- *д) все перечисленное
186. Повышение внутрикишечного давления и перерастяжение кишечной стенки при острой кишечной непроходимости приводит ко всем перечисленным изменениям, кроме
- а) ухудшения вентиляции легких
- б) дополнительной потери жидкости
- в) дополнительной потери белков и эритроцитов
- *г) возникновения мезентеральных тромбозов
- д) развития функциональной кишечной непроходимости
187. Тяжесть состояния больного при злообразовании обусловлена
- а) интоксикацией
- б) потерями жидкости и электролитов
- в) выключением из циркуляции значительных объемов плазмы
- г) выключением из циркуляции значительных объемов красной крови
- *д) всем перечисленным
188. При острой кишечной непроходимости рвотные массы имеют все перечисленные особенности, кроме
- а) преимущественно желудочным содержимым

- б) преимущественно тонкокишечным содержимым
 *в) преимущественно толстокишечным содержимым
 г) с каловым запахом
 д) цвета кофейной гущи
189. Боль при острой кишечной непроходимости характеризуется всем перечисленным, кроме
 а) обычно возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников
 б) часто носит приступообразный характер
 *в) носит нарастающий характер в течение всего периода заболевания
 г) отсутствует четкая локализация в каком-либо отделе брюшной полости
 д) бывает постоянной, не исчезающей полностью во вне приступный период
190. Потери жидкости при острой кишечной непроходимости происходят
 а) с рвотными массами
 б) с выдыхаемым воздухом в виде водяных паров
 в) с кожной поверхности в виде пота
 г) с мочой
 *д) всеми перечисленными путями
191. Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый
 а) четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота
 б) "шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
 *в) пустой баллонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования
 г) шумом падающей капли
 д) "пустой" илеоцекальной областью
192. Для симптома Обуховской больницы характерны
 а) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые
 через переднюю брюшную стенку
 б) шум падающей капли
 в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
 г) "пустая" илеоцекальная область
 *д) пустая баллонообразная ампула прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования
193. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является
 а) асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот"
 б) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
 в) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота
 г) "пустая" илеоцекальная область
 *д) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
194. Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной недостаточности является симптом
 Валя, для которого характерны
 а) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
 б) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку
 в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
 г) "пустая" илеоцекальная область
 *д) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота
195. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме
 а) жидкость в кишечных петлях преобладает над газом
 б) вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие
 *в) значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением
 г) чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве
 д) диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

196. Признаками нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости могут быть
- а) потеря тонуса кишки и отсутствие перистальтики
 - б) цианоз кишки
 - в) тусклость брюшинного покрова
 - г) отсутствие пульсации сосудов брыжейки
 - *д) все перечисленное
197. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам
- а) обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут
 - б) введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0.25% раствора новокаина
 - в) нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли
 - *г) все перечисленное
 - д) ни один из перечисленных приемов не пригоден для определения жизнеспособности кишки
198. Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны
- а) серозного покрова
 - б) мышечного слоя
 - в) подслизистого слоя
 - *г) слизистого слоя
 - д) со стороны всех слоев одновременно
199. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме
- *а) деторсии
 - б) сигмопексии
 - в) мезосигмопликации
 - г) резекции сигмовидной кишки
 - д) выведения некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами
200. Лечение заворота сигмовидной кишки на ранних стадиях заболевания без признаков интоксикации может быть консервативным и заключаться
- а) в применении бариевой клизмы
 - б) в расправлении перекрученной сигмовидной кишки с помощью зонда, вводимого через ректоскоп по Брунсгаарду
 - в) в расправлении заворота с помощью колоноскопа
 - *г) возможен любой способ из указанных вариантов лечения
 - д) ни один из указанных методов лечения
201. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает в себя следующие методы, кроме
- а) одномоментной резекции жизнеспособной долихосигмы с наложением анастомоза
 - б) одномоментной резекции некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза
 - в) резекции сигмовидной кишки с наложением противоестественного заднего прохода с выведением на брюшную стенку, как центрального, так и периферического концов сигмовидной кишки
 - г) операций Гартмана или типа Гартмана
 - *д) выворачивания омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу
202. Небольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место
- а) при спаечной кишечной непроходимости
 - б) при обтурационной кишечной непроходимости
 - *в) при странгуляционной кишечной непроходимости
 - г) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости
 - д) при спастической форме динамической кишечной непроходимости
203. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать
- а) с хирургического вмешательства
 - б) с инфузионной терапии
 - *в) с введения назогастрального зонда
 - г) с антибиотикотерапии
 - д) с применения препаратов антихолинэстеразного действия
204. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия,

- частыми осложнениями после этой операции является
- а) эзофагит, вызванный попаданием трипсина
 - б) рецидив кисты
 - в) послеоперационное кровотечение
 - г) инфекция
 - *д) злокачественное перерождение
205. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является
- а) медикаментозное лечение
 - б) марсупиализация
 - в) резекция тела поджелудочной железы
 - г) лучевая терапия
 - *д) иссечение кисты
206. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется положение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является
- а) цистогастростомия
 - б) цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
 - *в) цистоеюностомия на отключенной петле
 - г) ни один из перечисленных анастомозов
 - д) все перечисленные анастомозы
207. Опухоль поджелудочной железы может быть обнаружена по следующим косвенным признакам, кроме
- а) расширения желчных протоков
 - б) увеличения размеров желчного пузыря
 - в) увеличения ретроперитонеальных лимфатических узлов
 - г) наличия метастазов в печени
 - *д) увеличения размеров почек
208. Практическое значение симптома Курвуазье заключается во всем перечисленном, за исключением
- а) способствует выявлению характера желтухи
 - б) свидетельствует с наибольшей вероятностью о наличии опухоли и ее локализации в дистальных отделах желчных протоков
 - в) оказывает помощь в установлении диагноза без применения каких-либо дополнительных исследований
 - *г) оказывает помощь в установлении степени нарушений функции печени
 - д) оказывает помощь в выработке тактики лечения
209. При раке поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков у больных могут возникнуть все перечисленные осложнения, кроме
- а) печеночно-почечной недостаточности
 - б) сахарного диабета
 - в) асцита
 - *г) недостаточности функции надпочечников
 - д) кровотечения из желудочно-кишечного тракта
210. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен всеми перечисленными причинами, кроме
- а) канцероматоза брюшины
 - б) нарушения портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень
 - в) сдавления воротной вены опухолью
 - г) тромбоза воротной вены
 - *д) спленомегалии
211. В соседних с опухолью участках ткани поджелудочной железы наблюдаются все перечисленные, процессы, кроме
- а) склероза
 - б) атрофии железы
 - в) хронического воспаления
 - г) жировых некрозов
 - *д) образования множества кист
212. Клиническая картина рака головки поджелудочной железы не зависит
- а) от размеров опухоли
 - б) от локализации опухоли
 - в) от отношения опухоли к общему желчному протоку
 - г) от распространения опухоли на двенадцатиперстную кишку
 - *д) от распространения опухоли на ворота селезенки
213. При раке поджелудочной железы метастазы могут быть обнаружены в любом органе человеческого тела.

- Это обусловлено всем перечисленным, кроме
- а) богатого кровоснабжения поджелудочной железы
 - б) возможности прорастания опухолью крупных сосудов
 - в) характера строения околопанкреатической лимфатической системы, заключающейся в наличии густой сети анастомозов лимфатических узлов
 - г) возможности контактного переноса раковых клеток по брюшине
- *д) связи поджелудочной железы через протоки с желудочно-кишечным трактом
214. У больных раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью возникают все перечисленные симптомы, кроме
- а) болей в верхнем отделе живота
 - б) нарушения переваривания пищи
 - в) кишечных расстройств
 - г) похудения
- *д) исчезновения сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли
215. Основными симптомами, возникающими у больных раком билипанкреатодуоденальной зоны в дожелтушном периоде, являются все перечисленные, кроме
- а) слабости, повышенной утомляемости
 - б) апорексии, тошноты
 - в) похудения, развития сахарного диабета
 - г) болей в животе
- *д) развития почечной недостаточности
216. Для опухоли островковой ткани поджелудочной железы не характерны
- а) гипогликемия ниже 2.8 ммоль/л
 - б) исчезновение симптоматики после внутривенного введения глюкозы
 - в) мозговые нарушения в голодном состоянии
 - г) тошнота и рвота в голодном состоянии
- *д) увеличение головки поджелудочной железы

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

001 - б	032 - д	063 - д	094 - в	125 - д	156 - а	187 - д
002 - г	033 - б	064 - д	095 - г	126 - г	157 - д	188 - в
003 - д	034 - в	065 - д	096 - д	127 - д	158 - д	189 - в
004 - б	035 - а	066 - б	097 - д	128 - г	159 - д	190 - д
005 - а	036 - б	067 - г	098 - д	129 - в	160 - д	191 - в
006 - д	037 - а	068 - б	099 - д	130 - г	161 - д	192 - д
007 - д	038 - б	069 - д	100 - д	131 - г	162 - д	193 - д
008 - а	039 - д	070 - б	101 - д	132 - в	163 - д	194 - д
009 - г	040 - д	071 - а	102 - д	133 - б	164 - г	195 - в
010 - д	041 - г	072 - б	103 - в	134 - д	165 - д	196 - д
011 - а	042 - д	073 - а	104 - д	135 - д	166 - д	197 - г
012 - а	043 - д	074 - д	105 - в	136 - в	167 - д	198 - г
013 - д	044 - д	075 - д	106 - в	137 - г	168 - д	199 - а
014 - в	045 - д	076 - а	107 - б	138 - г	169 - д	200 - г
015 - в	046 - г	077 - б	108 - в	139 - в	170 - а	201 - д
016 - а	047 - в	078 - д	109 - в	140 - а	171 - а	202 - в
017 - б	048 - в	079 - б	110 - д	141 - в	172 - б	203 - в
018 - д	049 - г	080 - в	111 - в	142 - д	173 - д	204 - д
019 - д	050 - в	081 - б	112 - д	143 - д	174 - д	205 - д
020 - г	051 - д	082 - а	113 - в	144 - б	175 - д	206 - в
021 - в	052 - г	083 - г	114 - д	145 - д	176 - в	207 - д
022 - в	053 - в	084 - д	115 - д	146 - а	177 - в	208 - г
023 - г	054 - д	085 - г	116 - г	147 - б	178 - в	209 - г
024 - а	055 - г	086 - д	117 - г	148 - в	179 - г	210 - д
025 - в	056 - д	087 - д	118 - а	149 - а	180 - в	211 - д
026 - в	057 - г	088 - д	119 - д	150 - д	181 - г	212 - д
027 - г	058 - г	089 - а	120 - а	151 - д	182 - д	213 - д
028 - а	059 - в	090 - а	121 - в	152 - в	183 - в	214 - д
029 - а	060 - д	091 - д	122 - д	153 - а	184 - в	215 - д
030 - б	061 - в	092 - б	123 - г	154 - а	185 - д	216 - д
031 - г	062 - б	093 - а	124 - д	155 - в	186 - г	

Пример оформления экзаменационного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
Кафедра хирургии факультетской с курсами лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой	
Специальность 31.08.67«хирургия» 31.08.70. «эндоскопия»	Дисциплина « Эндоскопия и эндовидеохирургия »
Семестр 1	
Экзаменационный билет № 1	
<ol style="list-style-type: none">1. Хирургическая анатомия органов брюшной полости.2. Перитонит. Клиника. Диагностика. Лечение.3. Задача: <p>Пациентка М, 72 лет поступила с жалобами на боль в правой подвздошной области, ноющего характера, не купируется анальгетиками. Лихорадка 37,8 С. Болеет около 8 часов, когда появилась боль в эпигастральной области, тошнота. Спустя 3 часа боль сместилась в правую подвздошную область, появилась лихорадка.</p> <ul style="list-style-type: none">• Диагноз• Тактика	
Утверждаю	Зав. кафедрой акад. РАН, профессор, д.м.н. _____ Г.Г.Хубулава (подпись) «__» _____ 20__ года

**Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины
ДПП ПК по специальности
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»**

Учебная литература

1. Балалыкин А.С, Луцевич О.Э., Сажин В.П., Оноприев А.В., Федоров А.В. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М. 1996.
2. Седов В.М., Юрлов В.В., Иваниха Е.В. Лапароскопическая холецистэктомия. Практическое пособие для слушателей курса «Лапароскопическая хирургия», //Издательство СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.-1996.
3. Седов В.М., Рутенбург Г.М., Альтмарк Е.М. Современные способы диссекции и коагуляции тканей в хирургии. Практическое пособие для врачей.СПб.- 2006.
4. Избранные лекции по эндоскопической хирургии Шод редакцией В.Д. Федорова/ СПб, 2006.
5. Балалыкин А.С., Луцевич О.Э., Сажин В.П., Оноприев А.В., Федоров А.В. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М. 1996.
6. Коваль Е.Г., Кошу Г.Д., Хонелидзе Г.Б. Атлас лапароскопической диагностики. Киев. Штиинца. 1983 г.
7. Малоинвазивная хирургия. Под редакцией чл.-корр. МАИ Бронштейна А.С. МНПИ.М.,1995.
8. Савельев В.Г.,Буянов В.М., Балалыкин А.С. Эндоскопия органов брюшной полости. М. Медицина. 1977 Г.
9. Сажин В.П., Диденко Д.Д., Пигин А.С. Лапароскопическая резекция сигмовидной кишки. Рязань, 1995.
10. Седов В.М., Юрлов В.В., Иваниха Е.В. Лапароскопическая холецистэктомия. Практическое пособие для слушателей курса «Лапароскопическая хирургия», //Издательство СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.-1996.
11. Седов В.М., Рутенбург Г.М., Альтмарк Е.М. Современные способы диссекции и коагуляции тканей в хирургии. Практическое пособие для врачей.СПб.-2006.
12. Седов В.М., Юрлов В.В., Иваниха Е.В. Ельцин С.С. Профилактика осложнений при лапароскопической холецистэктомии // Вестник хирургии,- 1996, Т.-155.№2,стр.-72-75.
13. Седов В.М., Рутенбург Г.М., Гуслев А.Б., Стрижелецкий В.В.,Чуйко И.В. Лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах. СПб.-1995.
14. Избранные лекции по эндоскопической хирургии /Под редакцией В.Д. Федорова/ СПб.- 2006

Формы и методика текущего, промежуточного и итогового контроля

На практических занятиях осуществляется оценка исходного уровня знаний (тестовый контроль), решение ситуационных задач.

Промежуточные зачеты по завершению разбора темы – тестовый контроль, ситуационные задачи.

Прохождение курса завершается зачетом, на котором определяется теоретическая (тестовый контроль и устный ответ) и практическая (демонстрация умений и навыков) подготовка.

1. Описание шкалы оценивания компьютерного тестирования

- от 0 до 49,9% выполненных заданий – неудовлетворительно;
- от 50 до 69,9% – удовлетворительно;
- от 70 до 89,9% – хорошо;
- от 90 до 100% – отлично

2. Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части зачета:

- соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию);
- умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику;
- логичность, последовательность изложения ответа;
- наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию;
- аргументированность, доказательность излагаемого материала.

Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части зачета

Оценка «**отлично**» выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы; умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, приводит материалы различных научных источников, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения задания, показывает должный уровень сформированности компетенций.

Оценка «**хорошо**» выставляется обучающемуся, если его ответ соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при выполнении задания, правильно применяет теоретические положения при выполнении

задания, владеет необходимыми навыками и приемами его выполнения, однако испытывает небольшие затруднения при формулировке собственного мнения, показывает должный уровень сформированности компетенций.

Оценка «**удовлетворительно**» выставляется обучающемуся, если ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.

Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно.

Итоговая оценка за экзамен выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими практико-ориентированной части экзамена.

Все занятия проходят с использованием мультимедийного оборудования, ПК (ноутбук).

Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины:

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и рекомендованной учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование
Подготовка ко всем видам контрольных испытаний	Тестирование Собеседование

**Сведения об оснащённости образовательного процесса
специализированным и лабораторным оборудованием
ДПП ПК по специальности
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»**

Наименование специализированных аудиторий и	Перечень оборудования
Конференц-зал Хирургии факультетской с курсом лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой	Стол – 7, кресла 40 Мультимедийный проектор - 1, ноутбук - 1, доска - 1.
Манипуляционная – отделение ХО2 Хирургии факультетской с курсом лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой	Стол манипуляционный - 1. Лампа бестеневая – 1. Тонмометр – 1, фонендоскоп – 1, противошоковый набор - 1, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий; инструментарий для выполнения перевязок, плевральных пункций, наложения швов позволяющий обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

**Инновации в образовании
ДПП ПК по специальности
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»**

На кафедре хирургии факультетской с курсом лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой широко используются современные инновационные подходы: проведение заседаний общества хирургов, клинико-анатомических конференций с обсуждением пациентов по тематике ОП ДПО ПК, клинических разборов и консилиумов, студенческих научных обществ, научных конференции с использованием мультимедийных и аудио-визуальных средств, возможностей Интернета.

**Перечень учебников и учебных пособий, изданных сотрудниками Университета
(кафедры) по специальности
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»**

1. Седов В.М., Рутенбург Г.М., Альтмарк Е.М. Современные способы диссекции и коагуляции тканей в хирургии. Практическое пособие для врачей.СПб.-2006.
2. Седов В.М., Юрлов В.В., Иваниха Е.В. Лапароскопическая холецистэктомия. Практическое пособие для слушателей курса «Лапароскопическая хирургия», //Издательство СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.-1996.
3. Седов В.М., Юрлов В.В., Иваниха Е.В. Ельцин С.С. Профилактика осложнений при лапароскопической холецистэктомии // Вестник хирургии,-1996, Т.- 155.№2,стр.-72-75.
4. Седов В.М., Рутенбург Г.М., Гуслев А.Б., Стрижелецкий В.В.,Чуйко И.В. Лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах. СПб.-1995.

**Календарный план ДПП ПК
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»**

№ п/п	Тема занятия	Вид занятия	Кол-во	Преподаватель
1.	Знакомство с курсантами.	лекция	2	Все сотрудники курса
	Возможности и современное состояние			
	Перспективы развития эндовидеоскопической хирургии	лекция	2	Рутенбург Г.М.
2.	Инструментарий для выполнения эндовидеоскопических	практ.	2	Морозов В.П.
	Работа на фантоме. Техника введения различных	практ.	2	Койдан А.А.
	Отработка техники владения эндовидеоскопическими инструментами	практ.	2	Морозов В.П.
3.	Топографо-анатомическое обоснование	лекция	2	Койдан А.А.
	Строение задней стенки пахового канала. Топография внутреннего отверстия пахового канала. Вне- и внутрибрюшинный доступ к задней стенке пахового канала. Способ выделения грыжевого	практ. занятия	2	Рутенбург Г.М.
4.	Эндовидеоскопическая аппендэктомия. Особенности топографии слепой кишки и червеобразного отростка.	лекция	2	Морозов В.П.
	Приемы обработки брыжейки и удаления червеобразного отростка эндовидеоскопическим методом			
5.	Эндовидеоскопическая аппендэктомия и герниопластика.	практ. занятия	2	Койдан А.А.
	Приемы обработки брыжейки и удаления червеобразного отростка эндовидеоскопическим методом.	практ. занятия	2	Рутенбург Г.М.
	Просмотр видеофильма	практ.	2	Морозов В.П.
6.	Отработка техники работы лапароскопическими инструментами	практ. занятия	4	Койдан А.А.
	Работа на фантоме	практ.	2	Рутенбург Г.М.
7.	Топографо-анатомическое обоснование эндовидеоскопической холецистэктомии. Топография желчного пузыря и выходящих из него протоков	лекция	2	Морозов В.П.
	Техника выполнения эндовидеоскопической	практ.	2	Морозов В.П.
	Работа на фантоме.	практ.	2	Рутенбург Г.М.
8.	Топографо-анатомическое обоснование лапароскопической ваготомии.	лекция	2	Морозов В.П.
	Работа на фантоме.	практ.	2	Рутенбург Г.М.
9.	Операционный день.	практ.	4	Мирчук К.К.
10.	Операционный день.	практ.	4	Мирчук К.К.
11.	Лапароскопическая ваготомия. Просмотр видеофильмов.	практ.	6	Койдан А.А.
12.	Организация работы отделения эндовидеоскопической хирургии в операционной	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Лапароскопический инструментарий и особенности его стерилизации.			
13.	Оборудование для лапароскопических операций.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Оборудование для лапароскопических операций.	практ.	2	Рутенбург Г.М.
	Укладка больных, расположение операционной бригады и видеотехники	практ. занятия	4	Рутенбург Г.М.
14.	Общие вопросы о показаниях и противопоказаниях к эндовидеоскопическим вмешательствам	практ. занятия	2	Рутенбург Г.М.
	Особенности обезболивания при эндовидеоскопических операциях вмешательствах	лекция	2	Рутенбург Г.М.
15.	Работа в операционной. Участие в операциях.	практ. занятия	4	Рутенбург Г.М.
16.	Эндовидеоскопические доступы. Критерии их оценки.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Пункция брюшной полости. Угол операционного действия. Осложнения.	практ. занятия	2	Рутенбург Г.М.

	Работа с инструментами на фантоме.	практ.	2	Морозов В.П.
17.	Лапароскопическая диагностика заболеваний органов брюшной полости.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
18.	Лапароскопическая герниопластика. Доступы, инструменты. Показания и противопоказания.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Осложнения и их профилактика. Послеоперационный период и особенности			
19.	Эндовидеоскопическая холецистэктомия. Показания и противопоказания лапароскопическим операциям на желчевыводящих путях.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Техника выполнения эндовидеоскопической холецистэктомии при хроническом калькулёзном	лекция	2	Рутенбург.Г.М.
20.	Операционный день.	практ.	6	Рутенбург Г.М.
21.	Операционный день.	практ.	6	Койдан А.А.
22.	Осложнения во время эндовидеоскопической	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Работа на фантоме.	практ.	2	Рутенбург Г.М.
23.	Эндовидеохирургия органов забрюши шого пространства. Топографо -анатомические особенности. Операции на почках, венах семенного канатика.	лекция	2	Рутенбург Г. М.
	Доступы и техника выполнения лапароскопической ваготомии.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Демонстрация видеофильмов.	практ.	2	Рутенбург Г.М.
25.	Операционный день.	практ.	6	Рутенбург Г.М.
	Эндовидеоскопические операции при грыжах пищевода отверстия диафрагмы. Техника выполнения . Показания и противопоказания	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Демонстрация видеофильмов.	практ.	2	Рутенбург Г.М.
27.	Операционный день.	практ.	6	Рутенбург Г.М.
28.	Обход зав. кафедрой и разбор больных.	практ.	4	Рутенбург Г.М.
	Интракорпоральный кишечный шов. Работа на фантоме	практ.	2	Мирчук К.К.
29.	Лапароскопические гастротомия и гастростомия. Показания и техника выполнения.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Лапароскопическое удаление инородных тел.	лекция	2	Койдан А.А.
	Демонстрация видеофильмов.	практ.	2	Койдан А.А.
30.	Лапароскопическая еюно- колостомия. Показания, противопоказания. Доступы и техника выполнения. Ведение послеоперационного периода.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Кишечный шов. Работа на фантоме.	практ.	2	Койдан А.А.
31.	Лапароскопические операции при гинекологических заболеваниях.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Демонстрация видеофильмов.	практ.	2	
32.	Артроскопия	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Знакомство с работой в условиях травматологического отделения.	практ. занятия	4	Рутенбург Г.М.
33.	Операционный день	практ.	6	Койдан А.А.
34.	Обход зав. кафедрой и разбор больных.	практ.	4	Рутенбург Г.М.
	Демонстрация видеофильмов.	практ.	2	Рутенбург Г.М.
35.	Лапароскопическая технология в ургентной хирургии. Показания для диагностической лапароскопии в экстренной хирургии.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Лапароскопический метод лечения перитонита.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
36.	Релапароскопия.	лекция	2	Рутенбург Г.М.
	Операционный день. Участие в операциях.	практ.	6	Рутенбург Г.М.
37.	Работа лапароскопического отделения городской	лекция	2	Рутенбург Г.М.
38.	Посещение лапароскопического отделения одной из	практ.	4	Рутенбург Г.М.
	Лапароскопическая аппендэктомия. Демонстрация видеофильма.	лекция	2	Рутенбург Г.М.

39.	Техника выполнения лапароскопической аппендэктомии. Методы обработки культи червеобразного отростка. Лапароскопическая холецистэктомия при остром	лекция	2	Рутенбург Г.М.
40.	Особенности обработки пузырных артерии и протока, мобилизация желчного пузыря. Ведение Демонстрация видеофильмов.	лекция	2	Койдан А.А.
	Лапароскопические операции при прободной язве	практ.	2	Койдан А.А.
		лекция	2	Рутенбург Г.М.
41.	Сочетание ушивания прободной язвы с ваготомией.	лекция	2	Койдан А.А.
42.	Осложнения, их профилактика, ведение послеоперационного периода.	лекция	2	Рутенбург Г. М
	Операционный день. Участие в операциях.	практ. занятия	4	Рутенбург Г.М..
43.	Реллапароскопия. Показания и	лекция	2	Рутенбург Г.М.
44.	Демонстрация видеофильмов.	практ.	2	Морозов В.П.
	Операционный день. Участие в операциях.	практ.	6	Рутенбург Г.М.
45.	Обход зав. кафедрой и разбор больных.	практ.	4	Койдан А.А.
46.	Демонстрация видеофильмов.	практ.	2	Койдан А.А.
	Торакоскопические операции. Возможности эндовидеохирургической техники. Просмотр видеофильмов.	практ. занятия	4	Рутенбург Г.М.
47.	Экзамен.		6	Все сотрудники курса
48.	ИТОГО		216	

**Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе
ДПП ПК
31.08.67«хирургия», 31.08.70. «эндоскопия»**

ФИО, должность, ученая степень	Лекции	Практические занятия и семинары
Рутенбург Г.М., проф., д.м.н.	18	48
Мясникова М.О., проф.,	16	48
Морозов В.П., проф.	8	10
Койдан А.А., к.м.н.	6	46
Мирчук К.К., проф.	4	8
Итого:	56	160

Рецензент:

Главный специалист по эндоскопии МЧС России,
заведующий отделением эндоскопии федерального государственного бюджетного учреждения Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никифорова МЧС России,
д.м.н. Малхаз Георгиевич Кобиашвили