Документ подписан электронной подписью
Директор: Вихрев Денис Владимирович
Сертификат
Серийный номер:
0626 13ED 7135 89B5 854D 50AB 1638 3DFF
Действителен до: 6 декабря 2024 г.
Выдан: Казначейство России

Министерство здравоохранения Российской Федерации

ПЕНЗЕНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
- филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
(ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России)
Кафедра хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина

ОДОБРЕНО
Ученым советом
ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России
«26» июня 2023 г. протокол № 5
Председатель _____ Д.В.Вихрев

УТВЕРЖДАЮ
Директор ПИУВ – филиала
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
к.м.н. _____ Д.В. Вихрев
«26» июня 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации
в ординатуре по специальности
31.08.67 Хирургия

Блок 1

Базовая часть (Б1.В.Э.1)

Уровень образовательной программы: высшее образование.
Подготовка кадров высшей квалификации
Вид программы - практикоориентированная

Форма обучения
очная

Пенза
2023

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндовидеохирургия органов брюшной полости» разработана преподавателями кафедры хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО и кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина ПИУВ-филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия.

Авторы рабочей программы:

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Шабунин Алексей Васильевич	Член-корр. РАН, д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
2.	Ермолов Александр Сергеевич	Член-корр. РАН, д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой неотложной и общей хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
3.	Парфенов Игорь Павлович	Д.м.н., профессор	Профессор кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
4.	Благовестнов Дмитрий Алексеевич	Д.м.н., профессор	Профессор кафедры неотложной и общей хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
5.	Лебедев Сергей Сергеевич	К.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
6.	Лукин Андрей Юрьевич	К.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
7.	Тавобилов Михаил Михайлович	К.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
8.	Бедин Владимир Владимирович	К.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
9.	Эминов Махир Зиядович	К.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
10.	Гоголашвили Давид Гугушаевич	К.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
11.	Гуляев Андрей Андреевич	Д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина	ПИУВ- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
12.	Баулина Ольга Александровна	к.м.н.	Доцент кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина	ПИУВ- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО

13.	Баулин Владимир Анатольевич	к.м.н.	Доцент кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина	ПИУВ- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
По методическим вопросам				
14.	Романенко Гульнара Хамидуллаевна	к.м.н., доцент	заместитель директора Института методологии профессионального развития	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
15.	Смирнова Ирина Эдуардовна	к.пед.н. доцент	начальник учебно-методического отдела Института методологии профессионального развития	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
16.	Афанасьева Анна Викторовна		Специалист учебно-методического отдела	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
17.	Денисова Алла Геннадьевна	д.м.н., доцент	Заместитель директора по науке и развитию	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
18.	Максимова Марина Николаевна	к.м.н.	Заместитель директора по региональному здравоохранению	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
19.	Морозова Ольга Александровна	д.м.н.	Начальник отдела высшего образования	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндовидеохирургия органов брюшной полости» одобрена на заседании кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 20.06.2017 г. протокол № 6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндовидеохирургия органов брюшной полости» утверждена на Ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России 27.06.2017г. протокол № 6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндовидеохирургия органов брюшной полости» обновлена и одобрена на заседании кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 20.06.2018г. протокол №6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндовидеохирургия органов брюшной полости» утверждена на Ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России 26.06.2018г. протокол № 5.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндовидеохирургия органов брюшной полости» обновлена и одобрена на заседании кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 19.05.2019г. протокол №5 и утверждена на ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 25 июня 2019г. протокол № 6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндовидеохирургия органов брюшной полости» обновлена и одобрена на заседании кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 21.02.2020г. протокол №2 и утверждена на ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 25 февраля 2020г. протокол № 2.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндовидеохирургия органов брюшной полости» обновлена и одобрена на заседании кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 21.05.2021г. протокол №5 и утверждена на ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 25 мая 2021г. протокол № 5.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндовидеохирургия органов брюшной полости» обновлена и одобрена на заседании кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 21.06.2022г. протокол №6 и утверждена на ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 22 июня 2022г. протокол № 6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндовидеохирургия органов брюшной полости» обновлена и одобрена на заседании кафедры 21.06.2023 г. протокол №6 и утверждена на Ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России 26 июня 2023 г. протокол № 5.

ЛИСТ ОБНОВЛЕНИЙ И АКТУАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

№	Дата внесения изменений в программу	Характер изменений	Дата и номер протокола утверждения документа на УС
1	20.06.2018г	Обновление учебной литературы	26.06.2018 г., протокол №5
2	20.06.2018г	Обновление содержания	26.06.2018 г., протокол №5
3	19.05.2019г	Актуализация учебного модуля, учебных планов и календарных учебных графиков	25.06.2019 г., протокол №6
4	21.02.2020г.	Обновление кадрового состава	25.02.2020г. протокол №2
5	21.05.2021г.	Актуализация учебного модуля, учебных планов и календарных учебных графиков	25.05.2021 г., протокол №5
6	21.06.2022г.	Актуализация учебного модуля, учебных планов и календарных учебных графиков	22.06.2022г. протокол №6
7	21.06.2023 г.	Обновление фонда оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации.	26.06.2023 г. протокол №5
8	21.06.2023 г.	Обновление учебной литературы.	26.06.2023 г. протокол №5

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре:

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндовидеохирургия органов брюшной полости» (далее – рабочая программа) относится к вариативной части программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися. Изучение дисциплины направлено на формирование компетенций врача, обеспечивающих выполнение основных видов деятельности врача.

1.1. Цель программы – подготовка квалифицированного врача-хирурга, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в хирургии на основе сформированных универсальных и профессиональных компетенций.

1.2. Задачи программы:

сформировать знания:

= законодательства Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан и организации хирургической помощи населению;

− нормативные правовые документы, регламентирующие деятельность организаций здравоохранения;

− принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни;

− основы медицинской этики и деонтологии;

− биологические и средовые факторы, формирующие здоровье;

− лабораторные методы исследования в хирургии;

− лучевые методы диагностики в хирургии;

− инструментальные методы диагностики в хирургии;

− клинику, диагностику и лечение различных хирургических заболеваний органов брюшной полости.

сформировать умения:

− получить информацию о заболевании;

− провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания;

− оценить тяжесть состояния больного;

− определить необходимость применения специальных методов исследования (лабораторных, лучевых, функциональных);

− провести дифференциальную диагностику основных хирургических заболеваний, обосновать клинический диагноз;

− обосновать наиболее целесообразную тактику операции при данной хирургической патологии;

− участвовать в хирургических операциях в качестве оператора, первого и второго ассистента;

− разработать схему послеоперационного ведения больного и профилактику

послеоперационных осложнений;
− оформить всю необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
− проводить семинары и читать лекции в рамках санитарно-просветительской работы с населением.
сформировать навыки:
− купирования болевого синдрома;
− асептики и антисептики в хирургии;
− обезболивания в хирургии;
− фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая применение антибиотиков, местных анестетиков, анальгетиков, гормонотерапию;
− диагностики и лечения различных хирургических заболеваний: неотложная хирургия (острый аппендицит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, ущемленная пупочная, бедренная и паховая грыжа, острая кишечная непроходимость, перитонит, острый холецистит, острый панкреатит), плановая хирургия (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический аппендицит, грыжи живота, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь).

1.3. Трудоемкость освоения рабочей программы: 4 зачетных единицы, что составляет 144 академических часа.

1.4. Нормативно-правовые документы, регламентирующие образовательную деятельность:
– Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016) («Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, № 48, ст. 6724);
– Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1111 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23.10.2014, регистрационный № 34417);
– Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам подготовки кадров высшей квалификации» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 28.01.2014, регистрационный № 31137);
– Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области хирургии» (подготовлен Минтрудом России 11.01.2016),

– Федеральный государственный образовательный стандарт Высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 №1110 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (зарегистрирован в зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 23.10.2014, регистрационный №34417);

– Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия» (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 №922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 17.04.2013, регистрационный №28161;

– Устав Академии.

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ

2.1. Обучающийся, успешно освоивший программу, будет обладать универсальными компетенциями:

– готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1).

2.2. Обучающийся, успешно освоивший программу, будет обладать профессиональными компетенциями:

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

– готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6).

2.3. Паспорт формируемых компетенций

Индекс компетенции	Знания, умения, навыки, опыт деятельности	Форма контроля
УК-1	Знания: − базисные знания, способствующие абстрактному мышлению − базисные знания, способствующие синтезу информации − базисные знания, способствующие анализу закономерностей функционирования органов и систем	Т/К
	Умения: − абстрактно мыслить	Т/К

	− синтезировать информацию − анализировать закономерности функционирования органов и систем	
	Навыки: − абстрактно мыслить − синтезировать информацию анализировать закономерности функционирования органов и систем	Т/К
	Опыт деятельности: - основы организации здравоохранения	П/А
ПК-5	Знания: − нормативно-правовых документов, регулирующих возможность применения врачами-хирургами методов диагностики и способов хирургического лечения у бпациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости; − основ топографической анатомии органов брюшной полости; − основных патофизиологических нарушений при хирургических заболеваниях органов брюшной полости; − клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений у пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости; − показания к использованию современных методов инструментальной диагностики у пациентов с хирургическими состояниями хирургическими заболеваниями органов брюшной полости; - методических рекомендаций по малоинвазивным методам диагностики и способам лечения	Т/К[1]
	Умения: − руководствоваться нормативно-правовыми документами, методическими рекомендациями, регулирующими применение современных методов диагностики и способов лечения в хирургии; − анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости; − оценивать на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние пациентов, требующих выполнения оперативного вмешательства; − оценивать состояние и выделять ведущие синдромы у пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, в том числе находящихся в терминальном и тяжёлом состоянии и принимать необходимые меры для выведения пациентов из этого состояния; − организовать (проводить) выполнение комплексного обследования пациентов с хирургическими заболеваниями	П/А[2]

[1] Т/К – текущий контроль

[2] П/А – промежуточная аттестация

	органов брюшной полости в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками и стандартами оказания медицинской помощи; − интерпретировать результаты лабораторного обследования пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости; − интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости; − организовывать и проводить наблюдение и лечение пациентов с хирургическими состояниями заболеваниями органов брюшной полости в стационарных условиях; − обосновывать необходимость направления пациентов с хирургическими состояниями заболеваниями органов брюшной полости на консультацию к специалистам других специальностей; − интерпретировать результаты осмотра пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости специалистами; − выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости; − выявлять патологические показатели дополнительных методов исследования (лабораторных, лучевых) у пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости; − выявлять у пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости коморбидных форм (заболевания нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови), способных вызвать тяжёлые осложнения и/или летальный исход; − проводить дифференциальную диагностику у пациентов хирургического профиля, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ; − организовать применение современных методов диагностики и способов лечения у больных с хирургическими заболеваниями брюшной полости в условиях хирургического стационара	
	<u>Навыки:</u> − применения инструментария и аппаратуры, используемых при проведении современных способов диагностики заболеваний брюшной полости; − применения пункционно-дренирующего способа диагностики заболеваний брюшной полости; − применения эндоскопического способа диагностики заболеваний брюшной полости	Т/К
	<u>Опыт деятельности:</u> - определения и оценки показаний и противопоказаний к диагностическим методам в хирургии	П/А

ПК-6	Знания: − оперативной хирургии брюшной полости; − стандартов оказания медицинской помощи больным с хирургическими заболеваниями брюшной полости; − клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания хирургической помощи больным с заболеваниями органов брюшной полости; − малоинвазивных методик, применяемых в хирургическом лечении заболеваний органов брюшной полости	Т/К
	Умения: − проводить предоперационную подготовку перед планируемыми хирургическими вмешательствами; − использовать медицинскую аппаратуру для выполнения лечебных манипуляций, предусмотренных стандартом	Т/К
	Навыки: − применения инструментария и аппаратуры, используемых при проведении современных способов лечения заболеваний брюшной полости; − выполнения лапароскопических вмешательств при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны	Т/К
	Опыт деятельности: – ведение и лечение пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	П/А

3. СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов	Индексы компетенций
Б1.В.Э.1.1	**Организация эндохирургической помощи населению**	**УК-1**
Б1.В.Э.1.1.1	Эндохирургическая помощь в структуре хирургических операций	УК-1
Б1.В.Э.1.2	**Клиническая и топографическая анатомия брюшной полости**	**ПК-5**
Б1.В.Э.1.2.1	Клиническая, топографическая анатомия органов брюшной полости	ПК-5
Б1.В.Э.1.3	**Заболевания органов брюшной полости**	**ПК-5, ПК-6**
Б1.В.Э.1.3.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.2	Доброкачественные и злокачественные опухоли селезенки	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.3	Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.4	Доброкачественные и злокачественные опухоли тонкой и толстой кишки	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.5	Кистозные образования печени и селезенки	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.6	Желчнокаменная болезнь и её осложнения. Острый и хронический калькулезный холецистит	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.37	Острый аппендицит	ПК-5,

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов	Индексы компетенций
		ПК-6
Б1.В.Э.1.3.8	Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.9	Грыжи брюшной стенки. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.10	Травмы органов брюшной полости (печени, селезенки, диафрагмы)	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.11	Спаечная болезнь брюшной полости. Кишечная непроходимость	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.12	Лечебно-диагностическая лапароскопия. Осложнения в лапароскопии и их профилактика	ПК-5, ПК-6

4. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

4.1. Сроки обучения: второй семестр.

4.2. Промежуточная аттестация: зачет

Виды учебной работы	Кол-во часов/зачетных единиц
Обязательная аудиторная работа (всего) в том числе:	**96**
- лекции	8
- семинары	36
- практические занятия	52
Внеаудиторная (самостоятельная) работа ординатора в том числе:	**48**
- изучение тем, вынесенных на самостоятельную проработку	48
Итого:	**144**

4.3. Разделы учебной дисциплины (модуля) и виды занятий

Код	Название раздела дисциплины	Кол-во часов				Индексы формируемых компетенций
		Л[3]	СЗ[4]	ПЗ[5]	СР[6]	
Б1.В.Э.1.1	**Организация эндохирургической помощи населению**	**–**	**4**	**4**	**4**	**УК-1**
Б1.В.Э.1.1.1	Эндохирургическая помощь в структуре хирургических операций	–	4	4	4	УК-1
Б1.В.Э.1.2	**Клиническая и топографическая анатомия брюшной полости**	**2**	**10**	**4**	**12**	ПК-5

[3] *Л - лекции*
[4] *СЗ – семинарские занятия*
[5] *ПЗ – практические занятия*
[6] *СР – самостоятельная работа*

Б1.В.Э.1.2.1	Клиническая, топографическая анатомия органов брюшной полости	2	10	4	12	ПК-5
Б1.В.Э.1.3	**Заболевания органов брюшной полости**	**6**	**22**	**44**	**32**	**ПК-5, ПК-6**
Б1.В.Э.1.3.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны	–	2	4	4	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.2	Доброкачественные и злокачественные опухоли селезенки	–	2	4	2	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.3	Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка	2	2	2	2	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.4	Доброкачественные и злокачественные опухоли тонкой и толстой кишки	–	2	4	4	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.5	Кистозные образования печени и селезенки	–	2	4	2	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.6	Желчнокаменная болезнь и её осложнения. Острый и хронический калькулезный холецистит	–	2	4	6	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.37	Острый аппендицит	–	2	4	4	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.8	Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	2	2	4	4	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.9	Грыжи брюшной стенки. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	2	2	4	2	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.10	Травмы органов брюшной полости (печени, селезенки, диафрагмы)	–	2	2	–	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.11	Спаечная болезнь брюшной полости. Кишечная непроходимость	–	1	4	–	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.12	Лечебно-диагностическая лапароскопия. Осложнения в лапароскопии и их профилактика		1	4	2	ПК-5, ПК-6
Итого		**8**	**36**	**52**	**48**	

4.4.Лекционные занятия

Лекция включает в себя вопросы учебной темы, основные дефиниции, современное состояние и пути теоретических исследований и практического применения новых знаний в области предмета и объекта учебной дисциплины.

Тематика лекционных занятий: (8 акад.час.)

1. Клиническая, топографическая анатомия органов брюшной полости (2 акад.час.)
2. Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка (2 акад.час.)
3. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (2 акад.час.)

4. Грыжи брюшной стенки. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (2 акад.час.)

4.5. Семинарские занятия

Семинарские занятия используются для реализации поставленных целей и решения поставленных задач программы. По форме семинары могут быть: вводный, обзорный, поисковый; семинар с индивидуальной работой, с групповой работой или в группах по выбору; семинар генерации идей, семинар «круглый стол», рефлексивный семинар.

Тематика семинарских занятий: (36 акад.час.)

1. Эндохирургическая помощь в структуре хирургических операций (4 акад.час.)
2. Клиническая, топографическая анатомия органов брюшной полости (10 акад.час.)
3. Доброкачественные и злокачественные опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны (2 акад.час.)
4. Доброкачественные и злокачественные опухоли селезенки (2 акад.час.)
5. Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка (2 акад.час.)
6. Доброкачественные и злокачественные опухоли тонкой и толстой кишки (2 акад.час.)
7. Кистозные образования печени и селезенки (2 акад.час.)
8. Желчнокаменная болезнь и её осложнения. Острый и хронический калькулезный холецистит (2 акад.час.)
9. Острый аппендицит (2 акад.час.)
10. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (2 акад.час.)
11. Грыжи брюшной стенки. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (2 акад.час.)
12. Травмы органов брюшной полости (печени, селезенки, диафрагмы) (2 акад.час.)
13. Спаечная болезнь брюшной полости. Кишечная непроходимость (1 акад.час.)
14. Лечебно-диагностическая лапароскопия. Осложнения в лапароскопии и их профилактика (1 акад.час.).

4.6. Практические занятия

Практические занятия предназначены для формирования практических умений и навыков, заявленных в задачах рабочей программы.

Тематика практических занятий: (52 акад.час.)

1. Эндохирургическая помощь в структуре хирургических операций (4 акад.час.)

2. Клиническая, топографическая анатомия органов брюшной полости (4 акад.час.)
3. Доброкачественные и злокачественные опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны (4 акад.час.)
4. Доброкачественные и злокачественные опухоли селезенки (4 акад.час.)
5. Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка (2 акад.час.)
6. Доброкачественные и злокачественные опухоли тонкой и толстой кишки (4 акад.час.)
7. Кистозные образования печени и селезенки (4 акад.час.)
8. Желчнокаменная болезнь и её осложнения. Острый и хронический калькулезный холецистит (4 акад.час.)
9. Острый аппендицит (4 акад.час.)
10. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (4 акад.час.)
11. Грыжи брюшной стенки. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (4 акад.час.)
12. Травмы органов брюшной полости (печени, селезенки, диафрагмы) (2 акад.час.)
13. Спаечная болезнь брюшной полости. Кишечная непроходимость (4 акад.час.)
14. Лечебно-диагностическая лапароскопия. Осложнения в лапароскопии и их профилактика (4 акад.час.).

4.7. Самостоятельная (внеаудиторная) работа

Самостоятельная (внеаудиторная) работа обучающихся направлена на совершенствование знаний и умений, сформированных во время аудиторных занятий, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины.

Опережающая самостоятельная работа (далее – ОСР) предполагает такое построение учебного процесса, при котором определенная часть работы по теме, выполняемая обучающимся самостоятельно, предшествует совместному изучению учебного материала в группе с преподавателем. Цель ОСР – мотивировать обучающихся к решению проблемы, которую предстоит изучить; овладеть необходимой информацией, которая позволит осознанно отнестись к изучаемому материалу; включиться в его обсуждение с конкретными дополнениями или вопросами; критически подойти к новому учебному материалу, оценивая его с позиции своего опыта.

Поддержка самостоятельной работы заключается в непрерывном развитии у обучающихся рациональных приемов познавательной деятельности, переходу от деятельности, выполняемой под руководством преподавателя, к деятельности, организуемой самостоятельно, к полной замене контроля со стороны преподавателя самоконтролем.

Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

Тематика самостоятельной работы ординаторов: (48 акад.час.)

1. Эндохирургическая помощь в структуре хирургических операций (4 акад.час.)
2. Клиническая, топографическая анатомия органов брюшной полости (12 акад.час.)
3. Доброкачественные и злокачественные опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны (4 акад.час.)
4. Доброкачественные и злокачественные опухоли селезенки (2 акад.час.)
5. Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка (2 акад.час.)
6. Доброкачественные и злокачественные опухоли тонкой и толстой кишки (4 акад.час.)
7. Кистозные образования печени и селезенки (2 акад.час.)
8. Желчнокаменная болезнь и её осложнения. Острый и хронический калькулезный холецистит (6 акад.час.)
9. Острый аппендицит (4 акад.час.)
10. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (4 акад.час.)
11. Грыжи брюшной стенки. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (2 акад.час.)
12. Лечебно-диагностическая лапароскопия. Осложнения в лапароскопии и их профилактика (2 акад.час.).

4.8. Организация самостоятельной (внеаудиторной работы) ординатора:

Код	Название раздела дисциплины, темы	Виды самостоятельной работы	Кол-во часов	Индексы формируемых компетенций
Б1.В.Э.1.1	Организация эндохирургической помощи	Работа с литературой и электронными ресурсами. Подготовка рефератов (написание и защита).	4	ПК-5
Б1.В.Э.1.2	Клиническая и топографическая анатомия органов брюшной полости	Работа с литературой и электронными ресурсами. Подготовка рефератов (написание и защита)	12	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3	Заболевания органов брюшной полости	Работа с литературой и электронными ресурсами. Подготовка рефератов (написание и защита)	32	ПК-5, ПК-6

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Текущий контроль направлен на систематическую проверку качества усвоения учебного материала ординаторами. Текущий контроль осуществляется непрерывно в процессе учебных занятий. Задача текущего контроля – предварительная оценка сформированности знаний, умений. Проверяются элементы тем и темы содержания рабочей программы.

5.2. Освоение рабочей программы сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в форме, определенной учебным планом (*зачет*).

5.3. Промежуточная аттестация заключается в оценке сформированности умений, практических навыков, предварительная оценка сформированности соответствующих компетенций. Периоды промежуточного контроля устанавливаются учебным планом.

6. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

6.1. Текущий контроль

6.1.1. Примеры контрольных вопросов (заданий), выявляющих теоретическую подготовку ординатора:

№	Содержание вопроса (задания)	Индексы проверяемых компетенций
	Клиническая и топографическая анатомия печени	
1.	Что такое сегментарное строение печени?	УК-1, ПК-5
	Ответ: В связи с развитием хирургии и развитием гепатологии в настоящее время создано учение о сегментарном строении печени, которое изменило прежнее представление о делении печени только на доли и дольки. Как отмечалось, в печени имеется пять трубчатых систем: 1) желчные пути, 2) артерии, 3) ветви воротной вены (портальная система), 4) печеночные вены (кавальная система) и 5) лимфатические сосуды. Портальная и кавальная системы вен не совпадают друг с другом, а остальные трубчатые системы сопровождают разветвления воротной вены, идут параллельно друг другу и образуют сосудисто-секреторные пучки, к которым присоединяются и нервы. Часть лимфатических сосудов выходит вместе с печеночными венами. Сегмент печени — это пирамидальный участок ее паренхимы, прилегающий к так называемой печеночной триаде: ветвь воротной вены 2-го порядка, сопутствующая ей ветвь собственной печеночной артерии и соответствующая ветвь печеночного протока.	

	В печени выделяются следующие сегменты, начиная от sulcus venae cavae влево, против часовой стрелки: I —хвостатый сегмент левой доли, соответствующий соименной доле печени; II — задний сегмент левой доли, локализуется в заднем отделе одноименной доли; III — передний сегмент левой доли, располагается в одноименном отделе ее; IV — квадратный сегмент левой доли, соответствует соименной доле печени; V- средний верхнепередний сегмент правой доли; VI – латеральный нижнепередний сегмент правой доли; VII — латеральный нижнезадний сегмент правой доли; VIII — средний верхнезадний сегмент правой доли. (Названия сегментов указывают участки правой доли.) Сегменты, группируясь по радиусам вокруг ворот печени, входят в более крупные самостоятельные участки печени, называемые зонами, или секторами. Различают пять таких секторов. 1. Левый латеральный сектор соответствует II сегменту (моносегментарный сектор). 2. Левый парамедианный сектор образован III и IV сегментами. 3. Правый парамедианный сектор составляют V и VIII сегменты. 4. Правый латеральный сектор включает VI и VII сегменты. 5. Левый дорсальный сектор соответствует I сегменту (моносегментарный сектор).	
	Заболевания органов брюшной полости	
2.	Опишите осложнения острого аппендицита?	ПК-6
	Ответ: **Перфорация-** развивается обычно на 2-3 день от начала приступа при деструктивных формах аппендицита, характеризуется внезапным усилением боли, появлением выраженных перитонеальных симптомов, картиной местного перитонита, нарастанием лейкоцитоза. В некоторых случаях при наличии нерезких болей в раннем периоде момент перфорации указывается больными как начало заболевания. Летальность при перфорации по Кузину достигает 9%. Перфоративный аппендицит наблюдался у 2,7% больных, поступивших в ранние сроки, среди поступивших в поздние сроки - у 6,3%. **Аппендикулярный инфильтрат -** это конгломерат спаявшихся вокруг червеобразного отростка воспалительно измененных внутренних органов - сальника, тонкой и слепой кишки, образуется по разным статистическим данным от 0,3-4,6 до 12,5%. Редко диагностируется на догоспитальном этапе, иногда только во время операции. Развивается на 3-4 день после начала приступа, иногда как следствие перфорации. Характеризуется наличием плотного опухолевидного образования в правой повздошной области, умеренно болезненного при пальпации. Перитонеальные симптомы при этом в результате отграничения процесса стихают, живот становится мягким, что позволяет пальпировать инфильтрат. Температура обычно держится на уровне до 38º, отмечается лейкоцитоз, стул задержан, При атипичном расположении	

	отростка инфильтрат может пальпироваться в соответствии с местом расположения отростка, при низком расположении его можно пальпировать через прямую кишку или влагалище. Диагностике помогает ультразвуковое исследование. В сомнительных случаях производится лапароскопия. Наличие инфильтрата является единственным противопоказанием к оперании (до тех пор пока он не абсцедировал), т.к. попытка выделения отростка из конгломерата припаявшихся к нему органов влечет опасность повреждения кишечника, брыжейки, сальника, что чревато тяжелыми осложнениями. Лечение инфильтрата должно быть консервативным (проводится в стационаре): I/ холод местно, 2/ антибиотики широкого спектра действия, 3/ двухсторонняя паранефральная блокада через день или блокада по Школьникову, 4/ АУФОК или лазерное облучение крови, 5/ метилурапил, 6/дезагриганты крови, 7) протеолитические ферменты, 8) диета - протертые супы, жидкие каши, кисели, фрукторые соки, белые сухари. Инфильтрат рассасывается в 85% случаев, обычно это происходит в сроки от 7-19 дней до 1,5 месяцев. Медленное рассасывание инфильтратов подозрительно на наличие опухоли. Перед выпиской обязательно производится ирригоскопия – для исключения опухоли слепой кишки. После исчезновения всех клинических признаков больной выписывается о обязательным указанием о необходимости операции - аппендэктомии через 2 – 2.5 месяца после рассасывания инфильтрата. Если инфильтрат не был диагностирован до операции и явился находкой на операционном столе, удалять отросток нецелесообразно - операция заканчивается введением дренажа и антибиотиков в брюшную полость. **Аппендикулярные абсцессы** - развиваются в позднем периоде чаще являясь следствием нагноения аппендикулярного инфильтрата (до операции) или отграничение процесса при перитоните (чаще после операций). Развивается на 8-12 сутки после начала заболевания. В 2% следствие осложненных форм. По локализации различают: I/ илеоцекальный (парааппенднкулярный), 2/ тазовый (абсцесс дугласова пространства), 3/ подпеченочный, 4/ поддиафрагмальный, 5/ межкишечный. Все они подлежат операции - вскрытию, санации и дренированию по общим правилам хирургии (ubi pus ibi evacuo) Общие признаки абсцедирования- а/ ухудшение общего состояния, б/ повышение температуры тела и ее гектический характер, иногда с ознобами, ж/ нарастание лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитарного индекса интоксикации. ***I. Илеоцекальный абсцесс-*** развивается в большинстве случаев при неудаленном отростке в результате абсцедирования аппендикулярного инфильтрата. Признаками абсцедирования, помимо общих явлений, является увеличение в размерах инфильтрата или отсутствие уменьшения его, Нельзя	

	рассчитывать на появление флюктуации, как это рекомендуется рядом авторов! Вскрывается под кратковременным наркозом внебрюшинно разрезом Пирогова: кнаружи от точки Мак-Бурнея почти у гребня подвздошной кости, в полость абсцесса входят со стороны боковой стенки, полость осушают, обследуют пальцем (возможно наличке каловых камней, которые нужно удалить) и дренируют. Рана заживает вторичным натяжением. Отросток удаляют спустя 2-3 месяжа. При ретроцекальном расположении отростка абсцесс локализуется забрюшинно кзади - псоас-абсцесс. Все остальные локализации абсцесса наблюдаются обычно после аппендэктомий при деструктивных формах с явлениями перитонита. ***2. Тазовый абсцесс-*** наблюдается 0.2-3,2% по Кузину, по материалам нашей клиники - в 3,5% при гангренозном аппендиците. Помимо общих явлений характеризуется учащенным жидким стулом со слизью, тенезмами, зиянием ануса или учащением мочеиспускания, иногда с резями (из-за вовлечения в процесс околопрямокишечной или околопузырной клетчатки). Характерна разница в температуре между подмышечной впадиной и ректальной 1-1,5 при 0,2-0,5 в норме), Необходимо ежедневное ректальное или вагинальное исследование, при котором вначале определяется нависание сводов и плотный инфильтрат, затем размягчение, зыбление. Лечение. Вначале, в стадии инфильтрата- антибиотики, теплыеклизмы 41-50º, спринцевание; при абсцедировании - появлении рязмягчения - вскрытие. Предварительно обязательно опорожнение мочевого пузыря катетером!! Обезболивание общее. Положение на столе как на гинекологическом кресле. Прямая кишка или влагалище раскрываются зеркалами, пальцем определяется участок размягчения - на передней стенке кишки или заднем своде влагалища. Здесь производится пункция толстой иглой и при получении гноя, не вынимая иглы, абсцесс вскрывается по игле небольшим разрезом, который тупо расширяется, после чего полость промывается и дренируется. Дренаж подшивается к коже ануса или малой половой губе. ***3. Подпеченочный абсцесс*** - вскрывается в области правого подреберья, имеющийся инфильтрат предварительно отгораживают от брюшной полости салфетками, после чего вскрывают и дренируют. ***4. Поддиафрагмальный абсцесс*** -(встречается относительно редко - в 0,2% случаев) - скопление гноя между правым куполом диафрагмы и печенью. Инфекция сюда попадает по лимфатическим путям забрюшинного пространства. Наиболее тяжелая форма абсцессов, летальность при которой достигает 30-40%.	

6.1.2. Примеры тестовых заданий:

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
	Заболевания органов брюшной полости	
1.	***Инструкция: Выберите один правильный ответ.*** Симптом образцова характерен для: А) острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка Б) острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка В) острого аппендицита при подпечёночном расположении червеобразного отростка Г) эмпиемы червеобразного отростка	ПК-6
	Ответ: А	
	Заболевания органов брюшной полости	
2.	Пациенту с длительностью заболевания 24 часа, с обнаруженным во время лапаротомии перфорационным отверстием на передней стенке 12-перстной кишки диаметром 0,5 см с плотными, инфильтрированными краями и наличием в брюшной полости до 2, 0 л гнойного выпота с примесью желчи следует произвести: А) ушивание язвы, санацию и дренирование брюшной полости Б) резекцию 2/3 желудка В) стволовую ваготомию с пилоропластикой Г) иссечение язвы, пилоропластику, селективную проксимальную ваготомию	ПК-6
	Ответ: А	

6.1.3. Примеры контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку ординатора:

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
	Заболевания органов брюшной полости	
1.	Перечислите виды операций при хроническом панкреатите.	ПК-6
	Ответ: • Денервация поджелудочной железы • Декомпрессия протоков поджелудочной железы • Резекции поджелудочной железы • Дуоденосохраняющие резекции головки поджелудочной железы • Дистальные резекции поджелудочной железы • Субтотальная панкреатэктомия • Резекция головки поджелудочной железы по Frey Ch.F. и Beger H.G. • Операция *Frey* • Операция *Beger H.*	
2.	Опишите виды лапароскопической герниопластики.	ПК-6

	Ответ: Лапароскопические операции при паховых грыжах являются одним из наиболее бурно развивающимся направлением герниопластики. Лапароскопическая коррекция паховых грыж получила все большее распространение. Проводимые сравнения показывают высокую эффективность этого вида лечения. Появившись в 1991 году, в настоящее время эти технологии уже достаточно хорошо отработаны, занимают прочные позиции в арсенале хирургов, занимающихся пластикой грыжевых дефектов и, наряду с пластикой Lichtenstein, являются альтернативой натяжным методам пластики. Хотя для пациентов более понятной и приемлемой остается традиционное лечение. Лапароскопический метод лечения сложнее, освоение этого метода также занимает больше времени. Лапароскопическая техника операции создает меньше дискомфорта для пациента, обеспечивает более быстрое выздоровление и скорейшее возвращение к обычному образу жизни. Этот метод обеспечивает хороший доступ к рецидивирующим грыжам, отличную визуализацию анатомических особенностей больших грыж и меньшую болезненность при двусторонней грыжепластике. Основываясь на принципах герниологии, одной из главных предпосылок прочной и эффективной пластики является укрепление сетки в глубоких слоях передней брюшной сетки. Техника лапароскопической операции позволяет укрепить сетку непосредственно под брюшиной, что в свою очередь обуславливает малую частоту рецидивов. Отрицательными сторонами лапароскопического метода являются; высокая стоимость, непривычная анатомия заднего доступа к паховой области, необходимость общего наркоза. Существуют два основным метода эндоскопической пластики, один из которых производится через брюшную полость (TAPP), другой выполняется без входа в брюшную полость (TEP).	

6.2. Промежуточная аттестация

6.2.1. Примеры тестовых заданий (этап междисциплинарного тестирования):

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
	Заболевания печени и желчевыводящих путей	
1.	Тестовое задание У бациента 56 лет, заболевшего остро и поступившего через 2 часа от начала заболевания с интенсивными болями в эпигастрии, однократной рвотой, однократным жидким стулом, страдающего ревматическим пороком сердца, мерцательной аритмией, язвенной болезнью желудка, ишемической болезнью кишечника, необходимо исключить А) острое нарушение мезентериального кровообращения Б) геморрагический панкреонекроз	ПК-6

	В) перфоративную язву желудка или двенадцатиперстной кишки Г) разрыв аневризмы брюшного отдела аорты	
	Ответ: А	
Заболевания органов брюшной полости		
2.	Тестовое задание ВЫБИРАЯ ТИП ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ А) локализацией перфоративного отверстия - на передней или задней стенке желудка Б) сроком с момента перфорации В) возрастом больного Г) длительностью язвенного анамнеза	ПК-6
	Ответ: А	
Заболевания органов брюшной полости		
3.	Пациенту, перенесшему аппендикулярный инфильтрат или периаппендикулярный абсцесс, следует рекомендовать следующую дальнейшую лечебную тактику А) выполнить больному плановую аппендэктомию через 4 - 6 месяцев после стихания острого воспалительного процесса Б) в течение 3-х месяцев проводить поддерживающую антибактериальную терапию, направленную на предупреждение повторных приступов острого аппендицита В) выполнить больному после стихания воспалительных явлений аппендэктомию, не выписывая его из стационара Г) произвести больному аппендэктомию только в случае повторного приступа острого аппендицита	ПК-6
	Ответ: А	

6.2.2. Примеры контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку ординатора (этап собеседования):

№	Содержание вопроса	Индексы проверяемых компетенций
Заболевания органов брюшной полости		
1.	Каково хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы?	ПК-5
	Ответ: При отсутствии эффекта от медикаментозной терапии ГПОД показано оперативное лечение, суть которого заключается в восстановлении нормальных анатомических отношений в области пищевода и желудка. Показания к хирургическому лечению грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: • неэффективность консервативного лечения; • наличие осложнений ГПОД (эзофагит, эрозии и язвы пищевода, анемия, кровотечения); • большие размеры грыжи, ее фиксация в грыжевых воротах;	

	• параэзофагеальная (около пищеводная) скользящая грыжа (высокий риск ущемления грыжи); • дисплазия слизистой пищевода (слизистая пищевода приобретает строение слизистой тонкого кишечника). Виды хирургического лечения при грыже пищеводного отверстия диафрагмы: все существующие на сегодняшний день хирургические методики лечения ГПОД направлены на устранение грыжи (ушивание пищеводного отверстия диафрагмы до нормального размера 4 см путем крурорафии) и хирургическое создание арефлюксного механизма, препятствующего забросу желудочного содержимого в пищевод. В большинстве отечественных клиник используются операции фундопликации по Ниссену, которая состоит в хирургическом обороте дна желудка вокруг пищевода на 360 градусов, что позволяет создать манжетку, препятствующую забросу желудочного содержимого в пищевод и, следовательно, развитию эзофагита. Операция фундопликации по Ниссену может выполняться открытым или лапароскопическим доступом, но при этом в своей основе она не лишена существенных недостатков. Первое — классическая фундопластика у пациентов с фиксированной, длительно существующей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы может приводить к существенному ухудшению качества жизни пациента. В результате этого вида фундопликации формируется абсолютный клапан в области кардии, и пациент утрачивает полностью возможность использовать такой естественный защитный механизм желудка, как срыгивание или рвота. При приеме любых газированных напитков, от шампанского до газированной воды, газы жидкости не могут покинуть желудок через кардию и раздувают его. Чувство тяжести, боли в желудке также возникают при приеме большого количества пищи. Второе — классическая фундопластика не предусматривает фиксации сформированной манжетки, что ведет спустя некоторый срок к соскальзыванию манжеты и рецидиву заболевания. После фундопластики по Ниссену рецидив заболевания возникает всего спустя 1–2 года после операции. Поэтому большинство европейских хирургов в своей практической работе используют парциальную фундопликацию по Тоупе на 270 градусов, которая позволяет гарантировать пациентам физиологическую работу сфинктера в послеоперационном периоде, а также сохранить естественные защитные механизмы — отрыжку и рвотный рефлекс, о важности которых для поддержания качества жизни пациентов говорилось выше. С начала 90-х годов, для коррекции грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, стал использоваться лапароскопический доступ, который позволяет хирургу выполнить любой вид фундопликации и надежно ушить грыжевой дефект в диафрагме. Формирование физиологической фундопликации по Тоупе требует от	

	хирурга виртуозного владения эндоскопическим швом, поэтому прежде чем приступить к выполнению подобных операций, следует пройти длительную подготовку на специальных тренажерах. Стоит отметить, что грыжа пищеводного отверстия диафрагмы часто сочетается с желчнокаменной болезнью и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, которые также требуют оперативного лечения. В данной ситуации лапароскопический доступ представляется идеальным и позволяет одновременно выполнить симультанные (сочетанные) операции на разных органах брюшной полости, например, на желчном пузыре, на сфинктере фатерова соска, и собственно на диафрагме и желудке. При соответствующей квалификации хирурга длительность операции возрастает всего на 30–40 минут, а количество осложнений остается на низком уровне. При проведении симультанной операции лапароскопическим доступом через проколы для ГПОД одновременно проводится холецистэктомия (хронический калькулезный холецистит) и селективная проксимальная ваготомия (хроническая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки). После лапароскопической операции по поводу коррекции грыжи пищеводного отверстия диафрагмы на коже живота остаются 3–4 разреза длиной по 5–10 мм. Пациенты с первого дня начинают вставать с постели, пить, а на следующие сутки принимать жидкую теплую пищу. Выписка из стационара проводится на 1–3 день в зависимости от тяжести заболевания. К работе пациент может приступить через 2–3 недели. Строгую диету следует соблюдать в течение полутора-двух месяцев, более мягкую — на протяжении полугода. Далее, как правило, пациент ведет обычный образ жизни — без медикаментов и соблюдения диеты.	
	Заболевания органов брюшной полости	
2.	Каково консервативное лечение острого холецистита?	ПК-6
	Ответ: При установленном и подтвержденном диагнозе «Острый холецистит» больной подлежит обязательной госпитализации в хирургическое отделение, в связи с реальной возможностью быстрого развития тяжелых осложнений, в частности гангрены желчного пузыря (20%). В стационаре необходимо сразу начать проведение консервативной терапии, которая может рассматриваться и как предоперационная подготовка. Основой консервативного лечения являются: отказ от приема воды и пищи через рот, внутривенное введение жидкости и антибактериальная терапия, особенно при наличии признаков обезвоживания и лихорадки. (Рекомендация 1, уровень **C).** Лечение проводится на фоне коррекции сопутствующей патологии, для чего привлекаются профильные специалисты.	

	При наличии острой боли в качестве анальгетиков рекомендуются: а) фентанил: 135 мг / сут., меперидин: от 50 до 150 мг подкожно, внутривенно или внутримышечно каждые 3 - 4 часа по мере необходимости, кодеин: от 15 до 60 мг подкожно или внутримышечно каждые 4 - 6 часов по мере необходимости. Опиаты снимают острую боль при желчной колике и спазмах, но уступают в эффективности эпидуральным методам обезболивания. Опиоидные анальгетики могут нести в себе риск угнетения дыхания. Имеется сообщение, что не удалось обнаружить различия в выявлении ультразвукового симптома Мэрфи в зависимости от наличия или отсутствия использования анальгетиков. В связи с этим лечение анальгетиками следует начинать на ранней стадии. Лечение нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), такими как диклофенак, является эффективным в начальных стадиях острого холецистита, и они также широко известны в качестве анальгетиков. Согласно доклада двойного слепого рандомизированного контролируемого исследования (РКИ), использование НПВП (диклофенак 75 мг внутримышечные инъекции) по сравнению с плацебо предотвращало прогрессирование острого холецистита, а также приводило к снижению боли. Для начальной инфузионной терапии могут быть использованы физиологический раствор (натрия хлорид 0,9%), лактат Рингера или другие кристаллоидные или коллоидные плазмозаменители. Не имеется различий в результатах лечения в зависимости от типа жидкости, используемых для этой цели. Начальный объем жидкости составляет от 500 до 1000 мл кристаллоидных или от 300 до 500 мл коллоидных растворов, которые вводят в течение 30 минут, чтобы убедиться, что любая гипотензия у больного с холециститом не связана с гиповолемией. При наличии признаков сепсиса начальная инфузионная терапия должна быть направлена на стабилизацию центрального венозного давления на уровне от 8 до 12 мм рт.ст., среднее артериальное давление необходимо поддерживать на уровне более 65 мм рт.ст., сатурация венозной крови должна быть более 70%, а темп диуреза составлять более 0,5 мл/кг/ч в течение 6 часов от начала проведения терапии. Вазопрессоры показаны при сохраняющейся гипотонии, несмотря на проводимую адекватную инфузионную терапию. Вазопрессоры типа дофамина, норадреналина, вазопрессина могут быть необходимы, если существует гипотензия и нарушения тканевой гипоперфузии несмотря на инфузионную терапию. Это лучше всего осуществлять в условиях реанимационного отделения с частым мониторингом эффективности гемодинамической оценки, сердечного выброса, темпа диуреза, артериального и центрального венозного давления, температуры тела и др. показателей. (Рекомендация 1, уровень В).	

	Основной целью антибактериальной терапии при остром холецистите является ограничение как системного воспалительного ответа, так и воздействие на местное воспаление, чтобы предотвратить инфекцию хирургического доступа в поверхностных тканях, фасции или в брюшной полости и не допустить образования внутрипеченочного абсцесса. Роль антибактериальной терапии в широком спектре заболеваний, проходящих под термином «острый холецистит» также меняется в зависимости от тяжести и патологии. В начале заболевания и в не очень тяжелых случаях его бактерии играют определенную роль в патологии желчных ходов. У этих больных, антимикробная терапия является профилактической, предотвращая прогрессирование инфекции. В других случаях, с клиническими проявлениями системного воспалительного ответа, антимикробная терапия является терапевтическим средством и лечение может потребоваться до тех пор, пока желчный пузырь не будет удален. Существуют конкретные рекомендации по антимикробной терапии желчных инфекций. Это обусловлено растущим числом пожилых пациентов с множественными сопутствующими патологиями и, таким образом, подверженных риску поражения устойчивых микроорганизмов. Есть несколько факторов, влияющих на эмпирический выбор антимикробных препаратов. К ним относятся характер самих микроорганизмов, данные их восприимчивости к различным препаратам (антибиотикограмма), такие характеристики, как фармакокинетика и фармакодинамика, токсичность, нарушения функции почек и печени, наличие аллергии и других побочных реакций при приеме антимикробных препаратов. Что касается сроков проведения терапии, то ее следует начинать, как только диагноз желчной инфекции подозревается. Антибактериальная терапия должна быть обязательно начата перед любой хирургической процедурой, чрескожной эндоскопической манипуляцией или оперативным хирургическим вмешательством. *Таким образом, выбирая антимикробные средства, необходимо учитывать их фармакокинетику и фармакодинамику, чувствительность к антибиотикам, наличие почечной и печеночной дисфункции и аллергий, а также других неблагоприятных событий (рекомендация 1, уровень D).* Многими работами было показано, что что моксифлоксацин является безопасным, хорошо переносимым антибиотиком и не уступает таким препаратам, как цефтриаксон в сочетании с метронидазолом или пиперациллин / тазобактам, а также амоксициллин / клавулановая кислота. В свое время были опубликованы результаты ряда рандомизированных клинических исследований для антибактериальной терапии острого холецистита. В этих	

	рандомизированных исследований, были проведены сравнения, таких препаратов и их комбинаций, как ампициллин с тобрамицином против пиперациллина или цефоперазона, пефлоксацин по сравнению с ампициллином и гентамицином и цефепим против мезлоциллин плюс гентамицин. В этих исследованиях не было найдено никаких существенных различий между названными антибактериальными препаратами, их сочетаниями и комбинированием. В руководящих принципах SIS-NA/IDSA 2010, рекомендуемая продолжительность антимикробной терапии для сложных интраабдоминальных инфекций должна составлять 4-7 дней после того, как источник инфекции находится под контролем. Таким образом, антибактериальные препараты должны использоваться разумно при проведении стратегического антимикробного лечения в каждом учреждении, административном регионе и стране. В руководящих принципах SIS-NA/IDSA 2010 есть еще много областей неопределенности в этом вопросе. Должно быть гарантировано в каждом лечебном учреждении проведение непрерывного мониторинга местной устойчивости бактерий к противомикробным препаратам, для чего необходимо проводить дальнейшие исследования внутрибольничного мониторинга микрофлоры при остром холецистите.	
	Заболевания органов брюшной полости	
3.	Какова классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагита?	ПК-6
	Ответ: Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы Выделяют три основных типа ГПОД. 1. Скользящая (аксиальная) грыжа. Встречается почти у 90% пациентов. В этом случае кардия лежит выше пищеводного отверстия диафрагмы, в связи с чем изменяются соотношения между пищеводом и желудком, резко нарушается замыкательная функция кардии. 2. Параэзофагеальная грыжа. Отмечается приблизительно у 5% пациентов. Характеризуется тем, что кардия не изменяет своего положения, а через расширенное отверстие выходят дно и большая кривизна желудка. 3. Короткий пищевод. Как самостоятельное заболевание встречается редко и представляет аномалию развития. Обычно встречается в сочетании со скользящей грыжей и является следствием спазма, воспалительных изменений и рубцовых процессов в стенке пищевода. Классификация рефлюкс-эзофагита Для унификации и оценки данных гастроскопического исследования используют классификацию степени выраженности эзофагита по Savary-Miller, при этом различают четыре стадии заболевания:	

	• **I стадия** — округлые и продольные поражения, которые не сливаются и распространяются от Z-линии к слизистой оболочке пищевода; • **II стадия** — сливающиеся транзиторные поражения в зоне Z-линии, не захватывающие всю поверхность слизистой оболочки; • **III стадия** — язвенные поражения, сливающиеся в нижней части пищевода и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки; • **IV стадия** — хронические язвенные поражения пищевода, фиброзный стеноз, укорочение пищевода (пищевод Барретта).	

6.2.3. Примеры контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку ординатора (этап собеседования):

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
	Заболевания брюшной полости	
1.	Опишите технику лапароскопической спленэктомии.	ПК-6
	Ответ: Лапароскопическая спленэктомия является сложной и ответственной операцией. К ее выполнению необходимо приступать при наличии хорошо оборудованной операционной и достаточного мануального опыта работы под контролем эндовидеолапароскопа. Необходимо, чтобы оперирующий хирург имел опыт выполнения открытых спленэктомий. Лапароскопическая спленэктомия технически легче выполнима у пациентов с нормальным размером органа или с умеренным его увеличением (до 11-20 см). Размеры селезенки, превышающие 30 см, а также висцеральное ожирение создают значительные технические трудности в идентификации и хирургической обработке анатомических структур ворот селезенки. При выполнении лапароскопической спленэктомии наиболее предпочтительным является положение пациента на спине. После наложения пневмоперитонеума (пупок является местом инсуффляции и установки первого порта) головной конец стола приподнимаем на 20° и поворачиваем пациента на правую сторону под углом 20°. В результате изменения положения операционного стола облегчается доступ к воротам селезенки за счет медиальной дислокации внутренних органов. Расположение операционной бригады зависит от установок клиники и индивидуальных особенностей оперирующего хирурга. Лапароскопическую спленэктомию следует выполнять несколькими этапами. Сначала последовательно пересекается связочный аппарат селезенки, состоящий из 4 связок (желудочно-селезеночная, селезеночно-ободочная,	

	селезеночно-почечная и селезеночно-диафрагмальная). Далее лигируются селезеночные сосуды и пересекается поджелудочно-селезеночная связка. В завершении операции препарат селезенки извлекается из брюшной полости. Мобилизация желудочно-селезеночной связки начинается у нижнего полюса селезенки, лигируется и пересекается левая желудочно-сальниковая артерия. Постепенно поднимаясь вверх, вскрывается полость сальниковой сумки и поэтапно пересекаются короткие желудочные сосуды. Как правило, их около 6, причем последняя (самая верхняя) проходит в очень узком участке желудочно-селезеночной связки (ширина не более 1 см), что создает значительные трудности при ее лигировании и пересечении. Вскрытие желудочно-селезеночной связки лучше всегда начинать с нижнего края, поскольку в этом месте связка наиболее широка, часто встречается бессосудистая зона и очень редко бывает облитерирована полость сальниковой сумки. Короткие желудочные сосуды пересекаются аппаратом LigaSure, 10 мм инструментом Atlas. Далее аппаратом LigaSure пересекается ободочно-селезеночная связка, постоянно удерживая в поле зрения стенку толстой кишки. Следующим этапом, путем тупой диссекции тканей, два инструмента проводятся между нижним полюсом селезенки и диафрагмально-ободочной связкой. При высоком ее расположении приходится частично ее пересекать, чтобы получить достаточный хирургический доступ к селезеночно-почечной связке, которая лежит сразу же кнутри от заднего края селезенки, располагаясь между поджелудочной железой и почечной фасцией. Левой рукой, мягким 5 мм зажимом селезенка отводится медиально, натягивая, таким образом, селезеночно-почечную связку и осторожно правой рукой монополярными ножницами проводится диссекция тканей между селезенкой и почечной фасцией (Герота). Этот этап является основным и самым сложным в мобилизации селезенки, поскольку позволяет освободить заднюю поверхность поджелудочно-селезеночной связки с проходящими в ней селезеночными артериями. Без выполнения этого этапа практически невозможно наложить на ножку селезенки бранши сшивающего аппарата или захватить в толще связки сосуды инструментом Atlas (LigaSure). Для полного лигирования сосудистой ножки, как правило, достаточно 2-3 прошивания. Ни в одном случае нами не было отмечено кровотечения из линии швов. Следует отметить еще одно преимущество использования эндоскопических сшивающих аппаратов и системы «LigaSure» при работе в области ворот селезенки – ширина бранш инструментов составляет от 10 до 12 мм, что позволяет не травмировать хвост поджелудочной железы, одновременно осуществляя надежный гемостаз.	

	Последним этапом эндоножницами или инструментом Atlas (LigaSure) проводится пересечение селезеночно-диафрагмальной связки, которая является продолжением селезеночно-почечной связки и, как правило, не содержит сосудистых структур. В ряде случаев, обычно при развитии перисплените, селезенка фиксирована спайками к диафрагме. Пересечение их с помощью аппарата «LigaSure» позволяет прецизионно выполнить данный этап. Для безопасного извлечения из брюшной полости селезенки она помещается в плотный пластиковый контейнер. Для удобства расправления пакета и фиксации его нижней стенки к поясничной мышце внутрь последнего помещается трехлепестковый "Эндоретрактор" («Auto Suture»). Края пластикового контейнера извлекаются через параумбиликальный доступ путем его расширения до 4 см. Селезенка фрагментировали и извлекали по частям. Удаление из брюшной полости фрагментов селезенки является одним из принципиальных моментов оперативного вмешательства. С целью профилактики имплантации селезеночной ткани при гематологических заболеваниях и злокачественных опухолях необходимо все манипуляции с извлечением селезенки (морцеллирование, фрагментация, аспирация пульпы и пр.) проводить в прочном пластиковом контейнере. Мы наблюдали один случай имплантации селезеночной ткани в большой сальник у пациента с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, который был повторно оперирован нами через 1 год в связи с рецидивом заболевания. Если оперативное вмешательство проводится по поводу травмы селезенки или ее кисты (есть гистологическое подтверждение доброкачественности процесса), необходимо, по нашему мнению, выполнять имплантацию ткани органа в большой сальник. Часть селезенки (примерно 100 мг) размельчают на кусочки до 5-10 мм и имплантируют в сформированный карман большого сальника. Эту процедуру можно выполнить как полностью лапароскопическим доступом, что более сложно, так и используя экстракорпоральную технику (после извлечения селезенки прядь большого сальника выводится на брюшную стенку через расширенный умбиликальный прокол, в него имплантируется ткань органа и поэтапно погружается в брюшную полость). Наш опыт и исследования ряда авторов убедительно доказывают эффективность такой процедуры. Отмечается приживление аутотрансплантированной ткани с формированием структурных элементов селезенки и достаточная функциональная активность спленоидов в 70% случаев. Противопоказанием является наличие гнойного процесса в брюшной полости и возраст пациентов старше 50 лет.	

	После извлечения селезенки и герметизации брюшной полости осуществляется ее промывание, при этом используется около 2 литров физиологического раствора. Санация брюшной полости необходима по двум причинам, первая из которых– усиление после спленэктомии иммунодефицитного состояния вследствие нарушения регуляции деятельности и созревания Т- и В – клеток, угнетения первичного иммунного ответа, снижения уровня гамма-глобулинов и, как следствие, увеличение частоты развития гнойно-септических осложнений; вторая – повреждение капсулы органа при выполнении оперативного вмешательства неизбежно, что сопровождается попаданием в брюшную полость спленоцитов, не исключающих возможности имплантации и рецидива заболевания. При использовании аппарата «LigaSure» страховой дренаж страховой дренаж в брюшной полости не оставляем. У ряда гематологических больных отмечается исходная коагуло- и ангиопатия, анемия, что приводит к повышенной кровоточивости тканей во время вмешательства и в послеоперационном периоде, поэтому необходимо тщательно осуществлять гемостаз в зоне операции и ушивать послойно проколы брюшной стенки. Для этой цели мы используем иглы «Эндоклоуз» (Auto Suture). Как неоднократно отмечалось выше, в своей работе для мобилизации связочного аппарата и обработки ножки селезенки, нами используется биполярный электрохирургический генератор «LigaSure», который позволяет повысить скорость и безопасность оперативного вмешательства и, по сравнению с аппаратной техникой, является более экономичным. Таким образом, преимущества лапароскопической спленэктомии заключаются в комфортном послеоперационном периоде, снижении интра- и послеоперационных осложнений, сроков пребывания пациентов в стационаре, выраженном косметическом эффекте, что безусловно связано с меньшей инвазией оперативного вмешательства, более низким уровнем хирургического стресса и ранней активизацией больных.	
	Заболевания органов брюшной полости	
2.	Опишите технику лапароскопической холецистэктомии.	ПК-5
	Ответ: Оперативное вмешательство проводится под общим обезболиванием. Пациентка укладывается на операционный стол в положении на спине. В операции участвуют: хирург, стоящий слева от операционного стола, ассистент, который находился слева от хирурга и держит камеру, операционная сестра, анестезиологическая бригада. Эндоскопическая стойка располагается справа от пациентки, ближе к головному концу операционного стола, таким образом, чтобы глаза хирурга, руки, зона оперативного вмешательства и монитор находились на одной линии.	

	Операционному столу придаем наклон влево на 15-20 градусов и поднимаем его головной конец на 20 градусов. Затем накладывается пневмоперитонеум и вводятся троакары в брюшную полость: 1 - параумбиликально (10-мм), 2 - в эпигастрии (10-мм), 3 - по средней ключичной линии на 2 см ниже реберной дуги справа (5-мм), 4 - по передней аксиллярной линии справа (5-мм). Точки введения троакаров при лапароскопической холецистэктомии После установки всех троакаров, в четвертый порт вводим жесткий 5 мм зажим, которым захватываем дно желчного пузыря и отводим его в краниальном направлении, а через второй и третий доступы начинаем выделение шейки желчного пузыря. При наличии сращений между желчным пузырем и сальником или двенадцатиперстной кишкой, последние рассекаются с помощью монополярного крючка или ножниц. Следует отметить, что при работе электрохирургическим крючком ткани следует захватывать небольшими порциями и осуществлять тракцию инструмента «на себя». Этот прием обеспечивает максимальную безопасность и служит профилактикой термических повреждений окружающих органов. Для диссекции пузырного протока и артерии мы всегда используем методику «хобот слона», при которой левой рукой мягким зажимом осуществляем латеральную тракцию желчного пузыря за карман Гартмана, натягивая тем самым структуры в области треугольника Кало. Электрохирургическим крючком в режиме монополярной коагуляции вдоль стенки желчного пузыря вскрываем подковообразно висцеральную брюшину на как можно большем протяжении, которую затем тупо отслаиваем “пяткой” крючка к печеночно - двенадцатиперстной связке, обнажая пузырный проток и артерию, постоянно сохраняя в поле зрения общий печеночный и общий желчный протоки. Для лучшей визуализации протока следует менять направление тяги мягкого зажима на гартмановском кармане, показывая область треугольника Кало поочередно с медиальной и латеральной сторон. Мы не выделяем пузырный проток на всем протяжении, а клипируем его несколько ниже желчного пузыря. После клипирования протока визуализируем и клипируем артерию. Мы стремимся не коагулировать ткани в этой зоне, а пересекать все структуры между клипс. Причем на остающиеся части обязательно оставляем по две клипсы. Следует напомнить о возможных вариантах анатомического строения пузырного протока и артерии в зоне оперативного действия. Профилактикой осложнений может служить деликатная диссекция только доступных осмотру тканей строго вдоль стенки желчного пузыря небольшими порциями с тракцией «на себя».	

	Далее электрохирургическим крючком выделяем желчный пузырь из ложа. Для выполнения этого приема зажимом из шестого доступа захватываем шейку желчного пузыря и отводим ее в краниальном направлении, натягивая элементы тонкой соединительно-тканной прослойки между стенкой пузыря и печенью. Электрохирургическим крючком эти ткани захватываем небольшими порциями и пересекаем в режиме коагуляции. Выделив, таким образом, желчный пузырь до дна, запрокидываем его на диафрагмальную поверхность печени и тракцией в краниальном направлении обеспечиваем обзор его ложа для ревизии и окончательного гемостаза (Рис. 7), который осуществляем точечной монополярной коагуляцией диссектором. Затем промываем подпеченочное пространство стерильным физиологическим раствором. Желчный пузырь извлекаем через первый доступ. Длительность операции составляет 15-30 минут. Как правило, пациент выписывается из стационара на 1-2 сутки после операции, с контрольной явкой на 6-7 сутки.	

6.2.4. Примеры ситуационных задач (этап собеседования):

№	Содержание задачи	Индексы проверяемых компетенций
	Заболевания органов брюшной полости	
1.	Ситуационная задача Пациент К., 46 лет, доставлен в приёмное отделение бригадой «Скорой помощи». Предъявляет жалобы на резкие приступообразные боли в правом подреберье и эпигастральной области, иррадиирующие в правое плечо и лопатку, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, озноб. Считает себя больным 8 лет, в течение которых периодически (после приема жирной пищи) беспокоили тупые боли в правой подреберной области, ощущение горечи во рту, изжога, понос. Приступы проходили самостоятельно или после приема но-шпы. При объективном осмотре в приемном отделении иктеричность склер, температура тела повышена до 38,2^{O}С, ЧСС 98 уд/мин, болезненность, напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера и Георгиевского-Мюсси. Вопросы: 1. Каков предварительный диагноз? 2. Показана ли госпитализация? Если да, то в какое отделение? 3. Приведите план обследования данного больного. 4. Какова тактика лечения данного пациента?	ПК-5, ПК-6
	Ответ: 1. Желчнокаменная болезнь. Хронический холецистит в стадии обострения. 2. Да, показана в хирургическое отделение.	

	3. Развёрнутый анализ крови, общий анализ мочи, определение в крови холестерина, билирубина общего, неконъюгированного и конъюгированного. Определение билирубина в моче, ультразвуковое исследование, внутривенная холангиография. Проводятся в первые 24 часа госпитализации. 4. Консервативная терапия: холод, голод, покой, спазмолитическая и дезинтоксикационная терапия. Блокада круглой связки, паранефральной. Антибактериальная терапия. В случае отсутствия эффекта в течение 24-48 часов – срочное оперативное вмешательство. При хорошей эффективности - отсроченное хирургическое лечение. При развитии перитонита – экстренная операция.	

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

7.1 Литература

В качестве учебной литературы используется оригинальная монографическая и периодическая литература по тематике специальности. К основным средствам обучения также относятся учебно-методические комплексы, аудио- и видеокурсы, справочная литература, словари (толковые, общие и отраслевые).

Основная литература:

1. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство : краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. : ил. - (Серия "Национальные руководства"). - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6631-5. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466315.html
2. Кек, Т. Минимальноинвазивная абдоминальная хирургия / Т. Кек, К. Гермер, А. Шабунин [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-6000-9. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460009.html
3. Буриев, И. М. Острый калькулезный холецистит и его осложнения. Новое о холелитиазе. Практическое руководство / под ред. И. М. Буриева, Г. Г. Мелконяна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 272 с. : ил. - DOI : 10. 33029/9704-5662-0-2020-ОКН-1-272. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-5662-0. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456620.html
4. Альперович Б.И. Хирургия печени – М.: Гэотар-медиа, 2013 – 352 с.: ил. – 3 экз.

5. Атлас осложнений хирургии грыж передней брюшной стенки /Черепанин А.И. и др. – М.: Гэотар-медиа, 2017 – 208 с.: ил. – 2 экз.
6. Клиническая хирургия: Национальное руководство в 3 т. с прилож. на компакт. диске/Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. - М.: Гэотар-медиа, 2010 – Т.3 – 1008 с. – 5 экз.
7. Клиническая хирургия: Национальное руководство в 3 т. с прилож. на компакт. диске/Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. - М.: Гэотар-медиа, 2010 – Т.2 – 1008 с. – 10 экз.
8. Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии: Практическое рук-во /Под ред. Третьякова А.А. – М.: Гэотар-медиа, 2016 – 192 с.: ил. – 2 экз.
9. Нестеров А.В. Острый панкреатит – Пенза: ИП Соколов, 2016 – 96 с. – 1 экз.
10. Оперативная хирургия: Учеб. пособие по мануальным навыкам /Под ред. Воробьева А.А., Кагана И.И. – М.: Гэотар – медиа, 2015 – 688 с.: ил.
11. Острый холецистит /Черепанин А.И. и др. – М.: Гэотар-медиа, 2016 – 224 с.: ил. – 2 экз.
12. Федоров И.В. и др. Эндоскопическая хирургия / Федоров И.В., Сигал Е.И., Славин Л.Е. – М.: Гэотар-медиа, 2009 – 544 с.: ил. – 15 экз.

Дополнительная литература

1. Бояринцев, В. В. Хирургический больной :мультидисциплинарный подход / под ред. Бояринцева В. В. , Пасечника И. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 336 с. - ISBN 978-5-9704-5752-8. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457528.html
2. Черных, А. В. Грыжи живота : иллюстрированное руководство / А. В. Черных, В. В. Алипов, М. П. Попова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-5740-5. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457405.html
3. Ревишвили, А. Ш. Криохирургия / под ред. А. Ш. Ревишвили, А. В. Чжао, Д. А. Ионкина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-4976-9. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449769.html
4. Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В. ,Бусарова Г. А. , Андреев Д. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - ISBN 978-5-9704-4874-8. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448748.html
5. Абдоминальная травма: Рук-во для врачей /Под ред. Ермолова А.С., Хубутия М.Ш., Абакумова М.М. – М.: Видар-М, 2010 – 504 с.: ил. – 3 экз.
6. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Рук-во – М.: Гэотар-медиа, 2008 – 384 с.: ил. – 10 экз.
7. Диагностика и лечение острого панкреатита /Еромолов А.С. и др. – М.: Видар-М, 2013 – 384 с.: ил. – 2 экз.

8. Желчнокаменная болезнь: Рук-во /Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М. и др. – М.: Гэотар-медиа, 2009 – 176 с.: ил. – 10 экз.
9. Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г., Гришанков С.А. Кистозные опухоли поджелудочной железы: диагностика и лечение – М.: Гэотар – медиа, 2013 – 328 с.: ил. – 2 экз.
10. Клиническая хирургия: Нац. Рук-во: В 3-х. т./Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. – Т.III – М.: Гэотар-медиа, 2010 – 1002 с. – 3 экз.
11. Лапароскопичсекая хирургия: Атлас /Под ред. Паппаса Т.Н., Приор А.Д., Харниша М.С.; Пер. с англ. – М.: Гэотар-медиа, 2013 – 388 с. – 3 экз.
12. Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии : с приложением CD-ROM |Под ред. Гальперина Э.И., Дюжевой Т.Г. – М.: Видар-М., 2011 – 536 с.: ил. – 3 экз.
13. Лечебная эзофагогастродуоденоскопия / Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П. и др. – М.: Медпресс-информ, 2009 – 176 с.: ил. – 5 экз.
14. Оперативная хирургия: Учеб. пособие по мануальным навыкам /Под ред. Воробьева А.А., Кагана И.И. – М.: Гэотар – медиа, 2015 – 688 с.: ил. – 3 экз.
15. Острый панкреатит: Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика /Лысенко М.В. и др. – М.: Литтерра, 2010 – 192 с. – 10 экз.
16. Острый панкреатит: Рук-во /Под ред. Недашковского Э.В. – М.: Гэотар-медиа, 2009 – 272 с.: ил. – 10 экз.
17. Рецидивные язвенные желудочно-кишечные кровотечения /Багненко С.Ф. и др. – СПб: Невский диалект ; М.: Бином Лаборатория знаний, 2011 – 256 с.: ил. – 2 экз.
18. Савельев В.С. и др. Панкреонекрозы / Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. – М.: МИА, 2008 – 264 с.: ил. – 5 экз.
19. Трифонов И.В. Хирургическое дежурство в больнице скорой медицинской помощи: Практич. рук-во – М.: Литтерра, 2014 – 112 с. – 2 экз.
20. Чернов В.Н., Белик Б.М. Острая непроходимость кишечника: Рук-во – М.: Медицина, 2008 – 512 с.: ил. – 5 экз.
21. Чрескожные вмешательства в абдоминальной хирургии /Под ред. Кулезновой Ю.В. – М.: Гэотар-медиа, 2016 – 192 с.: ил. – 2 экз.
22. Шабунин А.В., Араблинский А.В., Лукин А.Ю. Панкреонекроз. Диагностика и лечение – М.: Гэотар-медиа, 2014 – 96 с.: ил. – 3 экз.
23. Эндоскопия. Базовый курс лекций: Учеб. пособие /Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И. и др. – М.: Гэотра-медиа, 2009 – 160 с.: ил. – 15 экз.
24. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта /Под ред. Блашенцевой С.А. – М.: Гэотар-медиа, 2009 – 520 с.: ил. – 15 экз.
25. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме: Рук-во / под ред. Хубутия М.Ш., Ярцева П.А. – М.: Гэотар-медиа, 2014 – 240 с.: ил. – 5 экз.

Интернет-ресурсы открытого доступа:

1. Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова (http://www.emll.ru/newlib/330500)

2. «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» (http://www.rosmedlib.ru)

3. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации(http://cr.rosminzdrav.ru/)

4. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

5. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

6. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» http://window.edu.ru/window)

7. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

8. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

9. Научная электронная библиотека (http://elibrary.ru)

10.Объединенная электронная библиотека учреждений профессионального образования Пензенской области (http://library.pnzgu/ru)

11.Единое окно доступа к образовательным ресурсам (http://window.edu.ru)

12. Медицинская энциклопедия http://alcala.ru/medicinskaya/medicinskaya-enciklopediya.shtml

13. Большая медицинская энциклопедия Doktorland.ru http://doktorland.ru/

14. Медицинская энциклопедия http://www.medical-center.ru/info.html

15. Медицинская энциклопедия редких синдромов и генетических заболеваний http://bolezni-sindromy.ru/

16. Энциклопедия безопасности лекарств http://www.gabr.org/farm/lb.htm

17. Энциклопедия центра Эмоshttp://sunduk.ru/encycl/

18. Энциклопедия Кругосветhttp://www.krugosvet.ru/taxonomy/term/20

Ежегодно обновляемое лицензионное программное обеспечение:

- СПС «Консультант Плюс» № 5219-2022 Договор от 30.12.2021 г. (срок действия с 01.01.2022 г. по 31.12.2022 г.).;

- VeralTestProffessonal 2.9.2), договор №УТ0021121 от 11.05.2016 г. с ООО «Програмос-Проекты», бессрочный;

- ППП «StatisticaforWindowsv.6» (научная статистика), договор № 2011-А523 от 24.11.2011 г. с ООО «Агентство деловой информации», количество – 1, бессрочный;

- Национальная электронная библиотека (НЭБ). Договор о подключении к объектам национальной электронной библиотеки посредством использования сети Интернет №101/НЭБ/3818 от 07.05.2018 г. (срок действия с 07.05.2018 г. по 07.05.2023 г.).

1.3. Кадровое обеспечение реализации рабочей программы

№ п/п	Код раздела, темы	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень,	Место работы, должность	Объем учебной нагрузки в соответствии с

	рабочей программы		ученое звание		учебным планом программы
1.	Б1.В.Э.1	Гуляев А.А.	Д.м.н., профессор	Кафедра хирургии и эндоскопии им. проф. Н.А. Баулина, зав.кафедрой	17
2.	Б1.В.Э.1	Лебедев А.Г.	Д.м.н.	Кафедра хирургии и эндоскопии им. проф. Н.А. Баулина, профессор	9
3.	Б1.В.Э.1	Баулин А.А.	Д.м.н., профессор	Кафедра хирургии и эндоскопии им. проф. Н.А. Баулина, профессор	24
4.	Б1.В.Э.1	Баулин В.А.	К.м.н.	Кафедра хирургии и эндоскопии им. проф. Н.А. Баулина, доцент	22
5.	Б1.В.Э.1	Баулина О.А.	К.м.н.	Кафедра хирургии и эндоскопии им. проф. Н.А. Баулина, доцент	22