

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России)

ПРИНЯТО

На заседании
Ученого совета
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России
«25» мая 2018 г.
Протокол № 3

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФГБУ
«ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
член-корр. РАН, профессор
д.м.н. Ю.А. Щедыгин



«24» июня 2018г.

**Основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры**

Уровень высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации - программа ординатуры

Направление подготовки - 31.08.55 Колопроктология

Присваиваемая квалификация: врач-колопроктолог

Форма обучения: очная

Нормативный срок освоения ОПОП: 2 года

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ
(БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)**

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.55 «Колопроктология»
<i>Квалификация, направленность (при наличии)</i>	Врач-колопроктолог
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	производственная (клиническая)
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	63
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	2268

Рабочая программа практики разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования 31.08.55 Колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным Приказом Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 года № 1098

Программа производственной практики основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры 31.08.55 Колопроктология одобрена на заседании Ученого совета ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ

«__» _____ 2018 года протокол № __

Руководитель научно-образовательного отдела
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
к.м.н.

А.И. Москалёв

Разработчик:

Заместитель директора по научной работе
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
д.м.н.

С.А. Фролов

Руководитель научно-образовательного отдела
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
к.м.н.

А.И. Москалёв

СОДЕРЖАНИЕ

Оглавление

1. ЦЕЛИ ПРАКТИКИ.....	4
2. ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ.....	4
3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.....	4
4. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	4
5. ВРЕМЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ	4
6. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	5
7. ОБЪЕМ ПРАКТИКИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ И ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ.....	14
8. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ.....	15
9. ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ ПО ПРАКТИКЕ.	18
10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ	20
11. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ "ИНТЕРНЕТ", НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	66
12. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРАКТИКИ, ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СПРАВОЧНЫХ СИСТЕМ (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ).....	67
13. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	68

1. ЦЕЛИ ПРАКТИКИ.

Цель прохождения практики: закрепление теоретических знаний по специальности 31.08.55 «Колопроктология», развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-колопроктолога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач, выработку практических навыков и комплексное формирование универсальных и профессиональных компетенций обучающихся.

2. ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ

Задачи прохождения практики по специальности «Колопроктология»:

- освоить комплекс профессиональных компетенций;
- овладеть методами клинического подхода к больному, современного клинического обследования и комплексного лечения больных;
- овладеть методикой постановки диагноза, на основании полученных данных, тактикой ведения, выбором оптимального метода лечения;
- уметь оформлять медицинскую документацию;
- овладеть практическими действиями по выявлению и коррекции возможных осложнений у больных колопроктологического профиля;
- овладеть методикой стратегического планирования, использования современных методов диагностики, лечения, профилактики и оценки качества жизни пациента.

3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» ФГОС ВО по специальности 31.08.55 «Колопроктология» очной формы обучения.

4. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.

Практика проводится в следующей форме:
дискретно:

- по периодам проведения практик – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. ВРЕМЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

В соответствии с учебным планом практика проводится на первом и втором курсе.

Место проведения – отдел общей колопроктологии с группой изучения семейного аденоматоза, отделение реабилитации стомированных больных отдел эндоскопической диагностики и хирургии, отдел ультразвуковой диагностики и консультативно-диагностическое отделение федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации

6. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения	Оценочные средства
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>Знать: Структуру колопроктологической заболеваемости. Мероприятия по ее снижению. Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции. Общие принципы статистических методов обработки медицинской документации. Анализировать основные показатели деятельности лечебно-профилактического учреждения.</p> <p>Уметь: Оценивать эффективность комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Анализировать основные показатели деятельности лечебно-профилактического учреждения.</p> <p>Владеть: Навыками проведения научных исследований по полученной специальности</p>	<i>Тесты №№ 1-4 Задачи №№ 1-2</i>
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<p>Знать: методы управления коллективом; модели взаимодействия сотрудников медицинских организаций внутри коллектива и с пациентами</p> <p>Уметь: толерантно воспринимать социальные, этнические и культурные различия при управлении коллективом</p> <p>Владеть: методами управления коллективом, толерантно</p>	<i>Тесты №№ 4-8 Задачи №№ 3-4</i>

		воспринимаемая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	<p>Знать: законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников;</p> <p>общие вопросы организации медицинской помощи населению по профилю «колопроктология»;</p> <p>вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний;</p> <p>анатомио-физиологические и возрастно-половые особенности органов пищеварения;</p> <p>законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, санитарные правила и нормы;</p> <p>Уметь: осуществлять учебно-методическую и практическую работу в отношении лиц со средним и высшим медицинским образованием или средним и высшим фармацевтическим образованием, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной</p>	<p><i>Тесты №№ 8-12</i></p> <p><i>Задачи №№ 5-6</i></p>

		<p>власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</p> <p>Владеть: навыками обучения лиц со средним и высшим медицинским образованием или средним и высшим фармацевтическим образованием, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</p>	
ПК-1	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Знать: группы риска развития заболеваний (генетические, профессиональные, влияние факторов окружающей среды и др.); основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы</p> <p>Уметь: давать оценку причин и условий возникновения заболеваний у человека</p> <p>Владеть: методами выявления причин и условий возникновения, развития заболеваний; методами выявления и коррекции факторов риска развития заболеваний; методами ранней диагностики заболеваний; методами формирования</p>	<p><i>Тесты №№ 13-15</i> <i>Задачи №№ 7-8</i></p>

		здорового образа жизни	
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	<p>Знать: Нормативные документы, регламентирующие проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации. Сроки и объем диспансеризации взрослого населения.</p> <p>Уметь: Осуществлять профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения. Определять сроки и объем диспансеризации взрослого населения.</p> <p>Владеть: методами проведения профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.</p>	Тесты №№ 17-20 Задачи №№ 9-10
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	<p>Знать: законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников;</p> <p>вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний;</p> <p>вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний;</p>	Тесты №№ 21-24 Задачи №№ 10-11

		<p>Уметь: проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме;</p>	
		<p>Владеть: методами проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p>	
ПК-4	<p>готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков</p>	<p>Знать: методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; методики сбора статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения и подростков.</p> <p>Уметь: анализировать значение и объяснять влияние различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека</p> <p>Владеть: методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков</p>	<p><i>Тесты №№ 25-28</i> <i>Задачи №№ 12-13,36</i></p>

ПК-5	<p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Знать: проявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Уметь: определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеть: методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p><i>Тесты №№ 29-32</i> <i>Задачи №№ 14-15,35</i></p>
ПК-6	<p>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи</p>	<p>Знать: этиологию, патогенез, клинику и диагностику основных колопроктологических заболеваний</p> <p>Уметь: уметь определять показания и целесообразность использования различных лечебных и диагностических вмешательств при ведении и лечении пациентов колопроктологического профиля</p> <p>Владеть: навыками для выполнения лечебных и диагностических вмешательств при ведении и лечении пациентов колопроктологического профиля</p>	<p><i>Тесты №№ 33-36</i> <i>Задачи №№ 16-17,34</i></p>
ПК-7	<p>Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации</p>	<p>Знать: основы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации</p> <p>Уметь: оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том</p>	<p><i>Тесты №№ 37-40</i> <i>Задачи №№ 18-19,33</i></p>

		<p>числе участвовать в медицинской эвакуации</p> <p>Владеть: навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участием в медицинской эвакуации; правильного ведения медицинской документации в чрезвычайных ситуациях.</p>	
ПК-8	<p>готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Знать: показания, противопоказания и современные возможности применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Уметь: применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеть: методологией применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p><i>Тесты №№ 41-44</i> <i>Задачи №№ 20-21,32</i></p>
ПК-9	<p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Знать: принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака,</p>	<p><i>Тесты №№ 45-48</i> <i>Задачи №№ 22-23,31</i></p>

		<p>предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела;</p> <p>Владеть: навыками формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ; проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для взрослого населения различных возрастных групп, направленных на формирование элементов здорового образа жизни;</p>	
ПК-10	<p>готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>Знать: законы и нормативные правовые акты РФ в сфере охраны здоровья граждан; структуру амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций; порядок взаимодействия с другими врачами-специалистами, службами, организациями, в том числе профессиональными сообществами врачей, страховыми компаниями, обществами больных и другими ведомствами</p> <p>Уметь: организовывать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p>	<p><i>Тесты №№ 49-50, 1,7</i> <i>Задачи №№ 23-24,30</i></p>

		Владеть: принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p>Знать: критерии оценки качества медицинской помощи; основные медико-статистические показатели; методы оценки качества медицинской помощи</p> <p>Уметь: оценить качество оказания медицинской помощи; применять полученные данные для совершенствования качества оказания медицинской помощи</p> <p>Владеть: методами оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	Тесты №№ 1-3,11 Задачи №№ 25,26,29
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	<p>Знать: - методологические и правовые основы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации;</p> <p>Уметь: - ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах по вопросам организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, применять их в конкретных практических ситуациях; - организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях</p> <p>Владеть: навыками организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе</p>	Тесты №№ 9-12 Задачи №№ 26,27,28

		медицинской эвакуации; - методами правильного ведения медицинской документации в чрезвычайных ситуациях.	
--	--	--	--

7. ОБЪЕМ ПРАКТИКИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ И ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ.

№	Виды профессиональной деятельности	Трудоемкость, ЗЕТ	Трудоемкость, час
1 семестр			
1.	Ведение колопроктологического больного (под руководством руководителя практики)	12	432
2.	Диагностика в колопроктологии (эндоскопические методы диагностики)	4	144
Промежуточная аттестация: зачет			
2 семестр			
3.	Диагностика в колопроктологии (ультразвуковые методы диагностики)	4	144
4.	Ведение колопроктологического больного	14	504
Промежуточная аттестация: зачет			
3 семестр			
4.	Посещение конференций, семинаров и мастер-классов, организованных Центром	1	36
4.	Ведение колопроктологического больного	19	684
Промежуточная аттестация: зачет			
4 семестр			
5.	Ведение колопроктологического больного	9	324
Промежуточная аттестация: зачет			
Всего ЗЕТ: 63			
Всего часов: 2268			

8. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ.

№	Виды профессиональной деятельности	Место работы	Трудоемкость, час	Формируемые компетенции	Форма контроля
1 семестр					
1.	Ведение колопроктологического (под руководством руководителя практики)	Отдел по изучению воспалительных и функциональных заболеваний кишечника	432	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Тесты, задачи
2.	Диагностика в колопроктологии	Отделение эндоскопической диагностики и хирургии	144	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты, задачи
Промежуточная аттестация: зачет					
2 семестр					
3.	Диагностика в колопроктологии	Отделение ультразвуковой диагностики	144	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты, задачи
4.	Ведение колопроктологического больного	Отдел по изучению воспалительных и функциональных заболеваний кишечника	504	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Тесты, задачи
Промежуточная аттестация: зачет					
3 семестр					
4.	Посещение конференций, семинаров и мастер-классов, организованных	Согласно плану научно-практических	36	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2	Тесты, задачи

	х Центром	конференц ий Центра на текущий год		ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	
4.	Ведение колопроктолог ического больного	Отдел по изучению воспалител ьных и функциона льных заболевани й кишечника	684	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты, задачи
Промежуточная аттестация: зачет					
4 семестр					
5.	Ведение колопроктолог ического больного	Отдел по изучению воспалител ьных и функциона льных заболевани й кишечника	324	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты, задачи
Промежуточная аттестация: зачет					
Всего часов: 2268					

8.1. Индивидуальные задания, предусмотренные программой практики (1 семестр):

1. Курация больных, ведение медицинской документации под контролем руководителя
2. Приём поступающих больных, изучение результатов исследований под контролем кураторов.
3. Участие в обходах и конференциях.

8.2. Индивидуальные задания, предусмотренные программой практики (2 семестр):

1. Оценка результатов исследований больных: данных эндоскопических методов исследования, КТ и МРТ.
2. Самостоятельное выполнение ряда диагностических и лечебных процедур.
3. Выполнение медицинских назначений, оценка результатов обследования больного.
4. Обследование больных с подозрением на заболевания колопроктологического профиля.
5. Курация больных, ведение медицинской документации под контролем руководителя

8.3. Индивидуальные задания, предусмотренные программой практики (3 семестр):

1. Самостоятельное ведение медицинской документации.
2. Оценка результатов исследования лабораторных и инструментальных методов.
3. Назначение лечебных и диагностических мероприятий.
4. Приём поступающих больных.
5. Работа в перевязочной и операционной.
6. Участие в обходах и конференциях.
7. Самостоятельная курация больных, ведение медицинской документации

8.4. Индивидуальные задания, предусмотренные программой практики (4 семестр):

1. Участие в дежурствах.
2. Самостоятельная курация больного и оформление медицинской документации.
3. Самостоятельное назначение лечебных и диагностических мероприятий под контролем руководителя.
4. Самостоятельный приём колопроктологических больных.
5. Организация экспертизы временной нетрудоспособности
6. Подготовка докладов лекций для выступления на конференциях, семинарах и мастер-классах, организованных Центром.

9. ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ ПО ПРАКТИКЕ.

Для руководства практикой, проводимой в Центре, назначается руководитель (руководители) практики от Центра из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу Центра.

Для руководства практикой, проводимой в профильной организации, назначаются руководитель (руководители) практики из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации, организующей проведение практики (далее - руководитель практики от организации), и руководитель (руководители) практики из числа работников профильной организации (далее - руководитель практики от профильной организации).

Руководитель практики от Центра:

- составляет рабочий график (план) проведения практики;
- разрабатывает индивидуальные задания для обучающихся, выполняемые в период практики;
- участвует в распределении обучающихся по рабочим местам и видам работ в Центре;
- осуществляет контроль за соблюдением сроков проведения практики и соответствием ее содержания требованиям, установленным ОПОП ВО;

- оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий, а также при сборе материалов к выпускной квалификационной работе в ходе преддипломной практики;
- оценивает результаты прохождения практики обучающимися.

Руководитель практики от профильной организации:

- согласовывает индивидуальные задания, содержание и планируемые результаты практики;
- предоставляет рабочие места обучающимся;
- обеспечивает безопасные условия прохождения практики обучающимся, отвечающие санитарным правилам и требованиям охраны труда;
- проводит инструктаж обучающихся по ознакомлению с требованиями охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности, а также правилами внутреннего трудового распорядка.

При проведении практики в профильной организации руководителем от Центра и руководителем практики от профильной организации составляется совместный рабочий график (план) проведения практики.

В качестве основной формы отчетности устанавливается дневник практики и письменный отчет.

Для проведения промежуточной аттестации Центром созданы оценочные средства. Оценочные средства включают: задачи и тесты, для проведения промежуточной аттестации. Оценочные средства разрабатываются преподавателями профильных научных отделов (руководителей отделов/научных руководителей) и утверждаются на заседании Ученого совета Центра по представлению руководителя научно-образовательного отдела.

Результаты прохождения практики оцениваются и учитываются в порядке, установленном Центром.

Результаты прохождения практики оцениваются посредством проведения промежуточной аттестации. Неудовлетворительные результаты промежуточной аттестации по практике или непрохождение промежуточной аттестации по практике при отсутствии уважительных причин признаются академической задолженностью. Промежуточная аттестация проводится в форме зачета с оценкой: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»; результаты промежуточной аттестации практики вносятся в индивидуальный план ординатора и в зачетно-аттестационную ведомость.

9.1 Критерии оценки результатов прохождения практики:

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или низкой уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать наличие знаний при решении заданий, которые были представлены преподавателем вместе с образцом их решения,	Если обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по	Способность обучающегося продемонстрировать самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных тем, которые представлял преподаватель при	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности (допускаются консультации с преподавателем по сопутствующим вопросам) в выборе способа решения

<p>отсутствие самостоятельности в применении умения к использованию методов, освоенных при прохождении программы практики по специальности «Колопроктология» и неспособность самостоятельно проявить навык повторения решения поставленной задачи по стандартному образцу свидетельствуют об отсутствии сформированной компетенции. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах прохождения практики по специальности «Колопроктология». Уровень освоения программы практики, при котором у обучающегося не сформировано более 50% компетенций, требуемых в объеме на данном этапе обучения.</p>	<p>заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована, но ее уровень недостаточно высок. Поскольку выявлено наличие сформированной компетенции, ее следует оценивать положительно, но на низком уровне</p>	<p>потенциальном формировании компетенции, подтверждает наличие сформированной компетенции, причем на более высоком уровне. Наличие сформированной компетенции, на повышенном уровне самостоятельности со стороны обучающегося при ее практической демонстрации в ходе решения аналогичных заданий следует оценивать как положительное и устойчиво закрепленное в практическом навыке. Для определения уровня освоения программы практики на оценку «хорошо» обучающийся должен продемонстрировать наличие 80% сформированных компетенций, из которых не менее 1/3 оценены отметкой «хорошо».</p>	<p>неизвестных или нестандартных заданий в рамках поставленной задачи с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения программы практики, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию, сформированной на высоком уровне.</p> <p>Присутствие сформированной компетенции на высоком уровне, способность к ее дальнейшему саморазвитию и высокой адаптивности практического применения к изменяющимся условиям профессиональной задачи</p>
---	---	---	--

9.2 Критерии оценки ответа обучающегося по результатам прохождения практики:

Критерии оценивания	Шкала оценивания
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной специальности и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах специальности, изложен профессиональным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Необходимые практические навыки работы в рамках программы практики сформированы. Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», сформированы в полном объеме.</p>	<p>5</p>
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая</p>	<p>4</p>

<p>сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной специальности и междисциплинарных связей. Ответ изложен профессиональным языком в терминах специальности. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p> <p>Необходимые практические навыки работы в основном сформированы.</p> <p>Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», в основном сформированы.</p>	
<p>Дан не достаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказать на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Необходимые практические навыки работы в основном сформированы.</p> <p>Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», сформированы не в полном объеме.</p>	3
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами специальности. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы специальности</p> <p>Необходимые практические навыки работы не сформированы. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя возможно повышение качества выполнения учебных заданий.</p> <p>Необходимые компетенции, предусмотренные освоение программы практики по специальности «Колопроктология», не сформированы.</p>	2

10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ

№	Виды профессиональной деятельности	Формируемые компетенции	Оценочные средства
<i>Первый учебный год, 1 семестр</i>			

Стационар			
1.	Курация больных, ведение медицинской документации под контролем руководителя	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Тесты №№ 1-18 Задачи №№ 1-24
2.	Приём поступающих больных, изучение результатов исследований под контролем кураторов.	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты №№ 1-18 Задачи №№ 1-24
3.	Участие в обходах и конференциях.	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты №№ 1-18 Задачи №№ 1-24
<i>Первый учебный год, 2 семестр</i>			
4.	Оценка результатов исследований больных: рентгенограмм, КТ и МРТ.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 19-30 Задачи №№ 25-40
5.	Самостоятельное выполнение ряда диагностических и лечебных процедур.	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты №№ 19-30 Задачи №№ 25-40
6.	Выполнение медицинских назначений, оценка результатов обследования больного.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3	Тесты №№ 19-30 Задачи №№ 25-40

		ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	
7.	Обследование больных с подозрением на заболевания колопроктологического профиля.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 19-30 Задачи №№ 25-40
8.	Курация больных, ведение медицинской документации под контролем руководителя	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 19-30 Задачи №№ 25-40
<i>Второй учебный год, 3 семестр</i>			
Стационар:			
1.	Самостоятельное ведение медицинской документации.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1	Тесты №№ 30-46 Задачи №№ 40-58

		ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	
2.	Оценка результатов исследования лабораторных и инструментальных методов.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Тесты №№ 30-46 Задачи №№ 40-58
3.	Назначение лечебных и диагностических мероприятий.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Тесты №№ 30-46 Задачи №№ 40-58
4.	Приём поступающих больных.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 30-46 Задачи №№ 40-58
5.	Работа в перевязочной и операционной.	УК-1	Тесты

		УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	№№ 30-46 Задачи №№ 40-58
6.	Участие в обходах и конференциях.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 30-46 Задачи №№ 40-58
5.	Посещение конференций, семинаров и мастер-классов, организованных Центром	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 30-46 Задачи №№ 40-58
6.	Самостоятельная курация больных, ведение	УК-1	Тесты

	медицинской документации	УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	№№ 30-46 Задачи №№ 40-58
<i>Второй учебный год, 4 семестр</i>			
7.	Участие в дежурствах.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74
8.	Самостоятельная курация больного и оформление медицинской документации.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74

9.	Самостоятельное назначение лечебных и диагностических мероприятий под контролем руководителя.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74
10.	Самостоятельный приём колопроктологических больных.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74
11.	Организация экспертизы временной нетрудоспособности	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74

12.	Подготовка докладов лекций для выступления на конференциях, семинарах и мастер-классах, организованных Центром.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74
-----	---	---	---

10.1. Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации, обучающихся по окончании 1-го семестра

ЗАДАЧА 1.

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

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

ЗАДАЧА 2.

У больного 66 лет, оперированного по поводу рака сигмовидной кишки (операция была закончена резекцией кишки и анастомозом «конец в конец»), на 6-е сутки после операции появились сильные боли в животе, последний вздут, резко болезненный при пальпации, ниже пупка определяется резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,5 о, пульс – 110 в 1 минуту.

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

ЗАДАЧА 3.

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

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

ЗАДАЧА 4.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика лечения?

ЗАДАЧА 5.

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

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Выполнение какой операции предпочтительнее в данном случае?

ЗАДАЧА 6.

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

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

ЗАДАЧА 7.

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

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

ЗАДАЧА 8

Больная, оперированная в гинекологическом отделении по поводу кисты задней стенки влагалища, на 2 сутки после операции, после выполненной очистительной клизмы, отметила выделение жидкого кала и газов через влагалище. На 4 сутки у больной повысилась температура, появились боли внизу живота, в промежности, нарастающие явления интоксикации.

1. Наиболее вероятный диагноз:
 - А) острый геморрой;
 - Б) передний свищ прямой кишки;
 - В) ректовагинальный свищ;
 - Г) флегмона таза, ректовагинальный свищ*.
2. Дополнительное обследование?
3. Тактика дальнейшего лечения?

ЗАДАЧА 9

У больной 39 лет диагностирована тератоидная киста больших размеров, которая локализуется в ректовагинальной перегородке и достигает своим верхним полюсом тазовой брюшины.

1. Какое лечение показано данной больной и в чем заключаются его особенности?

ЗАДАЧА 10.

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

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

ЗАДАЧА 11.

Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение кровоточащих геморрой с выпадением узлов. Ваша тактика:

- А) срочно госпитализировать больного с диагнозом “геморрой” для операции;
- Б) провести амбулаторное обследование, включающее узлы из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние

удовлетворительное, снижение гемоглобина до 102 г/ л. При осмотре выявлен исследование толстой кишки, начать консервативное лечение анемии; *

- В) назначить больному диету, свечи;
- Г) посоветовать применять свечи и наладить стул;
- Д) провести обследование в стационаре.

ЗАДАЧА 12.

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

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

ЗАДАЧА 13.

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

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

ЗАДАЧА 14

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

- А) не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники;
- Б) снять сразу все швы;
- В) назначить антибиотики широкого спектра действия, швы не трогать;

Г) снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы;*

Д) провести курс гипербарической оксигенации.

ЗАДАЧА 15.

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

А) оставление первичного отверстия;*

Б) несоблюдение гигиенических мероприятий;

В) употребление острой пищи, солений, алкоголя;

Г) глухой шов раны после иссечения хода;

Д) применение дренажа.

10.2. Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 1-го семестра

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

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

2. Международная классификация болезней - это:

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

3. Специализированная колопроктологическая помощь должна оказываться в:

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

4. Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет

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

5. Врачебная должность колопроктолога консультативно-диагностического центра устанавливается:

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

6. Норматив должности врача колопроктолога территориальной поликлиники:

- а) 1 ставка на 50 тысяч взрослого населения;
- б) 1 ставка на 100 тысяч взрослого населения;*
- в) 1 ставка на 150 тысяч взрослого населения;
- г) 1 ставка на 175 тысяч взрослого населения;
- д) 1 ставка на 200 тысяч взрослого населения.

7. Средняя нагрузка врача - колопроктолога поликлиники должна составлять:

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

8. Диспансерное наблюдение не должно вестись за пациентами:

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

9. Ставка врача-ординатора-колопроктолога устанавливается на:

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

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

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

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

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

11. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

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

12. Колопроктологическая служба областной больницы призвана обеспечить оказание помощи:

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

13. Первичная медицинская статистическая документация необходима для:

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

14. Папиллит - это:

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

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

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

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

- а) свищевой ход всегда прямой;
- б) свищевой ход идёт экстрасфинктерно без затёков в параректальной клетчатке;

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

17. Пересечение анокопчиковой связки:

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

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

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

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

- а) не форсировать затягивание лигатуры;*
- б) избегать длительной тампонады раны анального канала;
- в) следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно;
- г) весь период лечения применять мази только на водорастворимой основе;
- д) ежедневно затягивать лигатуру с пятого дня после операции.

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

- а) нормальное явление после операции;
- б) 2-ю степень недостаточности анального жома;
- в) временное явление;
- г) 1-ю степень недостаточности анального жома;
- д) рецидив свища прямой кишки.*

21. Причиной развития переднего ректоцеле могут быть:

- а) разрывы промежности в родах;
- б) упорные запоры;
- в) ослабление мышц тазового дна;
- г) многократные роды;*
- д) возрастные изменения тканей промежности.

22. Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является:

- а) аденокарциноманижнеампулярного отдела прямой кишки;
- б) саркома промежности;
- в) плоскоклеточный неороговевающий рак;

- г) опухоль Бушке-Левенштейна;*
- д) анальный рак.

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

- а) выпадение кишки при каждом акте дефекации;
- б) выпадение кишки при дефекации и физической нагрузке;*
- в) недержание газов;
- г) необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки;
- д) недержание газов и жидкого кала.

24. Ректоцеле следует дифференцировать с

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

10.3. Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 2-го семестра

ЗАДАЧА 16.

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

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

ЗАДАЧА 17.

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

- А) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;
- Б) формированием межкишечного анастомоза и наложением трансверзостомы;

В) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;

Г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и наложением обычной концевой сигмостомы; *

Д) формированием межкишечного анастомоза и наложением илеостомы.

ЗАДАЧА 18.

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

А) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана; *

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

В) ушивание стенки кишки, наложение колостомы;

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

Д) сегментарную резекцию прямой кишки.

ЗАДАЧА 19.

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

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

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

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

Г) наложение колостомы и эпицистостомы;

Д) наложение илеостомы.

ЗАДАЧА 20.

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

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

ЗАДАЧА 21

Больная К., 67. жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание. Температура – 37,2°С.

1. В каком отделе толстой кишки может локализоваться опухоль?
2. Какие клинические формы рака толстой кишки можно встретить?
3. Какие инструментальные исследования необходимо выполнить, ожидаемые результаты.
4. Определите лечебную тактику при опухоли толстой кишки без рентгенологических признаков толстокишечной непроходимости.
5. Назовите основные этапы операции.
6. Назначьте послеоперационное лечение.

ЗАДАЧА 22

Больной 49 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу железодефицитной анемии и был выписан с некоторым улучшением. Последние 2 месяца беспокоит головная боль, резкая слабость, отсутствие аппетита, снижение работоспособности, потерял вес, периодические каловые массы черного цвета.

Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, безболезненный при поверхностной пальпации, при глубокой – в правом подреберье определяется опухолевидное образование 6x4 см, умеренно болезненное, смещаемое. Симптомов раздражения брюшины нет.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз у данного больного?
3. Какие лабораторные, инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты?
4. Определите тактику лечения больного с предполагаемым объемом операции.

5. На что необходимо обратить особое внимание при проведении предоперационной подготовки и что сделать?

6. Назначьте послеоперационное лечение.

ЗАДАЧА 23

Мужчина 30 лет, сварщик обратился на прием к терапевту с жалобами на жидкий стул более 9 раз в сутки с примесью слизи и крови, схваткообразные боли внизу живота, похудел на 7 кг за последние 2 месяца. Обследован в инфекционном отделении, инфекционных заболеваний не выявлено. Из анамнеза: отмечает примесь крови в кале в течение 3 мес, к врачу не обращался.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Рост 175см, вес 58 кг. При аускультации легких дыхание везикулярное. ЧСС 98 ударов в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левой фланковой и левой подвздошной области.

В общем анализе крови: эр. 3,2 x 10¹²; Нв 88 г/л; ц.п.0.8 л; лейкоц.7,0 x 10⁹; СОЭ 20 мм/ч. Железо сыворотки 6,0 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь резко положительный, бак посев кала отрицательный.

ФГДС: пищевод без изменений. Желудок: слизистая зернистая, очагово гиперемирована. Сосудистый рисунок выражен, складки обычные, свободно расправляются воздухом, не деформированы, содержимое с примесью желчи. Двенадцатиперстная кишка без изменений.

При проведении фиброколоноскопии слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан в ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

1. Ведущий синдром?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Предварительный диагноз?

4. Методы дополнительного обследования?

5. Лечение?

6. Прогноз?

ЗАДАЧА 24

Больная, 38 лет, жалуется на жидкий стул со слизью и кровью до 6-8 раз в сутки, боли в животе, больше слева в подвздошной области, тенезмы субфебрильную температуру, снижение веса, слабость. Из анамнеза известно, что страдает данным заболеванием 3 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию.

Объективно: бледность кожных покровов, умеренная тахикардия до 100 уд, мин, болезненность при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки. В анализе крови: гемоглобин 90 г/л, лейкоциты 10,0, СОЭ 30 мм/ч, гамма-глобулин 28,2%. При ирригоскопии – сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки,

отсутствие гаустраций. При ректороманоскопии кишка спазмирована, отмечается контактная кровоточивость, осмотр затруднен.

1. Ведущий синдром?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Предварительный диагноз?
4. Методы дополнительного обследования?
5. Лечение?
6. Прогноз?

10.4. Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 2-го семестра

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

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

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

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

27. В основу современной классификации хронического геморроя положены:

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

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

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

28. Противопоказанием к проведению склеротерапии является:

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

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

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

30. Хирургическое лечение анальной недостаточности выполняется при:

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

31. Глютеопластика нецелесообразна при:

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

32. Сфинктеролеваторопластику у больных выпадением прямой кишки выполняют:

- 1) как самостоятельное вмешательство для ликвидации выпадения кишки;
- 2) выполнение при недостаточности 2-3 степени;
- 3) выполняют при недостаточности 2-3 степени в качестве первого этапа лечения;
- 4) после ликвидации выпадения прямой кишки, если есть недостаточность 2-3 степени;*
- 5) только у больных не старше 40 лет.

33. Причиной неспецифического язвенного колита является:

- а) психическая травма;
- б) физическая травма;
- в) перенесенная кишечная инфекция;
- г) микробное начало;
- д) причина неизвестна.*

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

- а) кишечное кровотечение;
- б) токсическая дилатация толстой кишки;
- в) отсутствие эффекта от консервативной терапии;*
- г) перфорация толстой кишки;
- д) учащение стула до 5-6 раз сутки.

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

- а) закрытие двухствольной илеостомы после операции отключения;

- б) колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки;
- в) закрытие колостомы после операции отключения (колостомии);
- г) илеоректальный анастомоз и различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением;*
- д) илеотрансверзоанастомоз.

36. Наименее функциональным среди формируемых тонкокишечных резервуаров является:

- а) J-образный;
- б) S-образный;
- в) O-образный;*
- г) W-образный;
- д) Г-образный.

37. Классификация болезни Крона не предусматривает:

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

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

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

39. Для верификации диагноза синдрома раздраженной кишки не используется:

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

40. Диетическое лечение синдрома раздраженной кишки должно включать:

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

10.5. Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 3-го семестра

ЗАДАЧА 25

Больная, оперированная в гинекологическом отделении по поводу кисты задней стенки влагалища, на 2 сутки после операции, после выполненной очистительной клизмы, отметила выделение жидкого кала и газов через влагалище. На 4 сутки у больной

повысилась температура, появились боли внизу живота, в промежности, нарастающие явления интоксикации.

3. Наиболее вероятный диагноз:

- А) острый геморрой;
- Б) передний свищ прямой кишки;
- В) ректовагинальный свищ;
- Г) флегмона таза, ректовагинальный свищ*.

4. Дополнительное обследование?

3. Тактика дальнейшего лечения?

ЗАДАЧА 26

У больной 39 лет диагностирована тератоидная киста больших размеров, которая локализуется в ректовагинальной перегородке и достигает своим верхним полюсом тазовой брюшины.

1. Какое лечение показано данной больной и в чем заключаются его особенности?

ЗАДАЧА 27

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

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

ЗАДАЧА 28.

Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение кровотокающей геморрой с выпадением узлов. Ваша тактика:

- А) срочно госпитализировать больного с диагнозом “геморрой” для операции;
- Б) провести амбулаторное обследование, включающее узлы из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное, снижение гемоглобина до 102 г/л. При осмотре выявлен исследование толстой кишки, начать консервативное лечение анемии; *
- В) назначить больному диету, свечи;
- Г) посоветовать применять свечи и наладить стул;

Д) провести обследование в стационаре.

ЗАДАЧА 29.

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

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

ЗАДАЧА 30.

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

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

ЗАДАЧА 31

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

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

ЗАДАЧА 32.

Через несколько месяцев после операции по поводу неосложнённого эпителиального копчикового хода возник воспалительный процесс в крестцово-копчиковой области. Рана

во время операции была ушита наглухо, в нижний угол раны вводился резиновый выпускник. При осмотре выявлен абсцесс по ходу послеоперационного рубца и первичное отверстие ниже рубца в межъягодичной складке вблизи заднего прохода. Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является: Наиболее вероятная причина рецидива воспалительного процесса:

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

ЗАДАЧА 33

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

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

ЗАДАЧА 34.

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

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

ЗАДАЧА 35.

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

- А) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана;*
- Б) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии;
- В) ушивание стенки кишки, наложение колостомы;
- Г) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции;
- Д) сегментарную резекцию прямой кишки.

ЗАДАЧА 36.

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

- А) санация брюшной полости, резекция повреждённой кишки с наложением анастомоза, проведение через задний проход выше анастомоза декомпрессионной трубки, дренирование брюшной полости, налаживание фракционного орошения, массивная антибактериальная терапия во время и после операции; (ответ слишком длинный, пока тестируемый будет его читать, забудет смысл самой задачи)
- Б) наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения;*
- В) резекция повреждённой кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого таза, тщательная санация брюшной полости;
- Г) наложение колостомы и эпицистостомы;
- Д) наложение илеостомы.

ЗАДАЧА 37.

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

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

ЗАДАЧА 38

Больная К., 67 лет, жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание. Температура – 37,2°C.

1. В каком отделе толстой кишки может локализоваться опухоль?
2. Какие клинические формы рака толстой кишки можно встретить?
3. Какие инструментальные исследования необходимо выполнить, ожидаемые результаты.
4. Определите лечебную тактику при опухоли толстой кишки без рентгенологических признаков толстокишечной непроходимости.
5. Назовите основные этапы операции.
6. Назначьте послеоперационное лечение.

ЗАДАЧА 39

Больной 49 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу железодефицитной анемии и был выписан с некоторым улучшением. Последние 2 месяца беспокоит головная боль, резкая слабость, отсутствие аппетита, снижение работоспособности, потерял вес, периодические каловые массы черного цвета.

Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, безболезненный при поверхностной пальпации, при глубокой – в правом подреберье определяется опухолевидное образование 6x4 см, умеренно болезненное, смещаемое. Симптомов раздражения брюшины нет.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз у данного больного?
3. Какие лабораторные, инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты?
4. Определите тактику лечения больного с предполагаемым объемом операции.

5. На что необходимо обратить особое внимание при проведении предоперационной подготовки и что сделать?

6. Назначьте послеоперационное лечение.

ЗАДАЧА 40

Мужчина 30 лет, сварщик обратился на прием к терапевту с жалобами на жидкий стул более 9 раз в сутки с примесью слизи и крови, схваткообразные боли внизу живота, похудел на 7 кг за последние 2 месяца. Обследован в инфекционном отделении, инфекционных заболеваний не выявлено. Из анамнеза: отмечает примесь крови в кале в течение 3 мес, к врачу не обращался.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Рост 175см, вес 58 кг. При аускультации легких дыхание везикулярное. ЧСС 98 ударов в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левой фланковой и левой подвздошной области.

В общем анализе крови: эр. 3,2 x 10¹²; Нв 88 г/л; ц.п.0.8 л; лейкоц.7,0 x 10⁹; СОЭ 20 мм/ч. Железо сыворотки 6,0 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь резко положительный, бак посев кала отрицательный.

ФГДС: пищевод без изменений. Желудок: слизистая зернистая, очагово гиперемирована. Сосудистый рисунок выражен, складки обычные, свободно расправляются воздухом, не деформированы, содержимое с примесью желчи. Двенадцатиперстная кишка без изменений.

При проведении фиброколоноскопии слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан в ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

1. Ведущий синдром?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Предварительный диагноз?
4. Методы дополнительного обследования?
5. Лечение?
6. Прогноз?

10.6. Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 3-го семестра

41. Болезнь Крона необходимо дифференцировать с заболеваниями:

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

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

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

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

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

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

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

45. Ведущее значение в развитии дивертикулеза толстой кишки имеют:

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

46. К нетипичным осложнениям дивертикулярной болезни относится:

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

47. Относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни:

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

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

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

49. Стеноз илеостомы на уровне апоневроза обычно является следствием:

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

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

- 1) формирование анастомоза на участках кишки, где имеются дивертикулы;*
- 2) использование сшивающих аппаратов;
- 3) изменения кишечной стенки, характерные для дивертикулеза;*
- 4) недостаточная очистка кишки от содержимого перед операцией;
- 5) недостаточный опыт оперирующего.

51. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с:

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

52. В консервативном лечении неспецифического язвенного колита применяют:

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

53. Тератоидные образования параректальной клетчатки:

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

55. Для тератоидных образований не характерно:

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

56. При удалении пресакральных тератом нетипичным осложнением является:

- а) неполное удаление тератомы;
- б) кровотечение;
- в) перфорация стенки прямой кишки;
- г) вскрытие тазовой брюшины;
- д) ранение мочеочника;*
- д) недостаточности анального сфинктера.

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

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

58. Наиболее достоверно дифференцировать хордому от тератомы позволяет:

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

10.7. Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 4-го семестра

ЗАДАЧА 41.

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

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

ЗАДАЧА 42.

У больного 66 лет, оперированного по поводу рака сигмовидной кишки (операция была закончена резекцией кишки и анастомозом «конец в конец»), на 6-е сутки после операции появились сильные боли в животе, последний вздут, резко болезненный при пальпации, ниже пупка определяется резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,5 о, пульс – 110 в 1 минуту.

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

ЗАДАЧА 43.

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

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

ЗАДАЧА 44.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика лечения?

ЗАДАЧА 45.

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

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Выполнение какой операции предпочтительнее в данном случае?

ЗАДАЧА 46.

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

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

ЗАДАЧА 47.

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

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

ЗАДАЧА 48

Больная, оперированная в гинекологическом отделении по поводу кисты задней стенки влагалища, на 2 сутки после операции, после выполненной очистительной клизмы, отметила выделение жидкого кала и газов через влагалище. На 4 сутки у больной повысилась температура, появились боли внизу живота, в промежности, нарастающие явления интоксикации.

5. Наиболее вероятный диагноз:

- А) острый геморрой;
- Б) передний свищ прямой кишки;
- В) ректовагинальный свищ;
- Г) флегмона таза, ректовагинальный свищ*.

6. Дополнительное обследование?

3. Тактика дальнейшего лечения?

ЗАДАЧА 49

У больной 39 лет диагностирована тератоидная киста больших размеров, которая локализуется в ректовагинальной перегородке и достигает своим верхним полюсом тазовой брюшины.

1. Какое лечение показано данной больной и в чем заключаются его особенности?

ЗАДАЧА 50.

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

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

ЗАДАЧА 51.

Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение кровоточащих геморрой с выпадением узлов. Ваша тактика:

- А) срочно госпитализировать больного с диагнозом “геморрой” для операции;
- Б) провести амбулаторное обследование, включающее узлы из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное, снижение гемоглобина до 102 г/л. При осмотре выявлен исследование толстой кишки, начать консервативное лечение анемии; *
- В) назначить больному диету, свечи;

Г) посоветовать применять свечи и наладить стул;

Д) провести обследование в стационаре.

ЗАДАЧА 52.

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

А) госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать;

Б) сделать в приёмном отделении пункцию инфильтрата, при получении гноя госпитализировать больного и оперировать;

В) госпитализировать больного и выполнить операцию в неотложном порядке;*

Г) назначить ванночки, мазевые повязки и отпустить больного домой;

Д) госпитализировать больного, оперировать при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния.

ЗАДАЧА 53.

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

А) псевдомембранозный колит;

Б) воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;

В) изменение микрофлоры раны;

Г) пельвиоректальный абсцесс;*

Д) анаэробный парапроктит.

ЗАДАЧА 54

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

А) не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники;

Б) снять сразу все швы;

В) назначить антибиотики широкого спектра действия, швы не трогать;

Г) снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы;*

Д) провести курс гипербарической оксигенации.

ЗАДАЧА 55.

Через несколько месяцев после операции по поводу неосложнённого эпителиального копчикового хода возник воспалительный процесс в крестцово-копчиковой области. Рана

во время операции была ушита наглухо, в нижний угол раны вводился резиновый выпускник. При осмотре выявлен абсцесс по ходу послеоперационного рубца и первичное отверстие ниже рубца в межъягодичной складке вблизи заднего прохода. Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является: Наиболее вероятная причина рецидива воспалительного процесса:

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

ЗАДАЧА 56.

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

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

ЗАДАЧА 57.

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

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

ЗАДАЧА 58.

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

- А) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана;*
- Б) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии;
- В) ушивание стенки кишки, наложение колостомы;
- Г) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции;
- Д) сегментарную резекцию прямой кишки.

ЗАДАЧА 59.

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

- А) санация брюшной полости, резекция повреждённой кишки с наложением анастомоза, проведение через задний проход выше анастомоза декомпрессионной трубки, дренирование брюшной полости, налаживание фракционного орошения, массивная антибактериальная терапия во время и после операции; (ответ слишком длинный, пока тестируемый будет его читать, забудет смысл самой задачи)
- Б) наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения;*
- В) резекция повреждённой кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого таза, тщательная санация брюшной полости;
- Г) наложение колостомы и эпицистостомы;
- Д) наложение илеостомы.

ЗАДАЧА 60.

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

- А) лапаротомию, тщательную ревизию. Если выпавшие петли кишки жизнеспособны - санацию и промывание брюшной полости, дренирование брюшной полости, ушивание дефекта стенки прямой кишки, сигмостомию; *
- Б) обязательную резекцию выпавших петель тонкой кишки, если при этом сохранится более одного метра кишки;

В) обязательную резекцию тонкой кишки, илеостомию и резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана;

Г) резекцию тонкой кишки с формированием анастомоза, резекцию прямой кишки по Гартману;

Д) резекцию тонкой кишки с анастомозом, брюшно-анальную резекцию прямой.

ЗАДАЧА 61

Больная К., 67. жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание. Температура – 37,2°C.

1. В каком отделе толстой кишки может локализоваться опухоль?
2. Какие клинические формы рака толстой кишки можно встретить?
3. Какие инструментальные исследования необходимо выполнить, ожидаемые результаты.
4. Определите лечебную тактику при опухоли толстой кишки без рентгенологических признаков толстокишечной непроходимости.
5. Назовите основные этапы операции.
6. Назначьте послеоперационное лечение.

ЗАДАЧА 62

Больной 49 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу железодефицитной анемии и был выписан с некоторым улучшением. Последние 2 месяца беспокоит головная боль, резкая слабость, отсутствие аппетита, снижение работоспособности, потерял вес, периодические каловые массы черного цвета.

Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, безболезненный при поверхностной пальпации, при глубокой – в правом подреберье определяется опухолевидное образование 6x4 см, умеренно болезненное, смещаемое. Симптомов раздражения брюшины нет.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз у данного больного?
3. Какие лабораторные, инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты?
4. Определите тактику лечения больного с предполагаемым объёмом операции.
5. На что необходимо обратить особое внимание при проведении предоперационной подготовки и что сделать?
6. Назначьте послеоперационное лечение.

ЗАДАЧА 63

Мужчина 30 лет, сварщик обратился на прием к терапевту с жалобами на жидкий стул более 9 раз в сутки с примесью слизи и крови, схваткообразные боли внизу живота, похудел на 7 кг за последние 2 месяца. Обследован в инфекционном отделении, инфекционных заболеваний не выявлено. Из анамнеза: отмечает примесь крови в кале в течение 3 мес, к врачу не обращался.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Рост 175см, вес 58 кг. При аускультации легких дыхание везикулярное. ЧСС 98 ударов в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левой фланковой и левой подвздошной области.

В общем анализе крови: эр. $3,2 \times 10^{12}$; Нв 88 г/л; ц.п.0.8 л; лейк. $7,0 \times 10^9$; СОЭ 20 мм/ч. Железо сыворотки 6,0 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь резко положительный, бак посев кала отрицательный.

ФГДС: пищевод без изменений. Желудок: слизистая зернистая, очагово гиперемирована. Сосудистый рисунок выражен, складки обычные, свободно расправляются воздухом, не деформированы, содержимое с примесью желчи. Двенадцатиперстная кишка без изменений.

При проведении фиброколоноскопии слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан в ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

1. Ведущий синдром?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Предварительный диагноз?
4. Методы дополнительного обследования?
5. Лечение?
6. Прогноз?

ЗАДАЧА 64

Больная, 38 лет, жалуется на жидкий стул со слизью и кровью до 6-8 раз в сутки, боли в животе, больше слева в подвздошной области, тенезмы субфебрильную температуру, снижение веса, слабость. Из анамнеза известно, что страдает данным заболеванием 3 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию.

Объективно: бледность кожных покровов, умеренная тахикардия до 100 уд, мин, болезненность при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки. В анализе крови: гемоглобин 90 г/л, лейкоциты $10,0 \times 10^9$, СОЭ 30 мм/ч, гамма-глобулин 28,2%. При ирригоскопии – сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. При ректороманоскопии кишка спазмирована, отмечается контактная кровоточивость, осмотр затруднен.

1. Ведущий синдром?
2. Дифференциальный диагноз?

3. Предварительный диагноз?
4. Методы дополнительного обследования?
5. Лечение?
6. Прогноз?

10.8. Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 4-го семестра

59. Эпителиальный копчиковый ход обусловлен:

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

60. Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при:

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

61. При болезни Гиршпрунга может быть:

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

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

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

63. Течение болезни Гиршпрунга зависит от

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

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

- а) при обструктивном мегаколоне;
- б) при болезни Гиршпрунга;
- в) при мегаколоне неясной этиологии;
- г) у всех больных;*

д) при наличии жалоб на упорные запоры.

65. Аганглиоз наиболее часто бывает в:

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

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

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

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

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

68. Хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга в основном определяется:

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

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

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

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

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

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

- а) Ребейна;
- б) Дюамеля;*

- в) Свенсона;
- г) Соаве;
- д) без формирования первичного анастомоза.

72. Повторные операции при болезни Гиршпрунга приходится проводить при:

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

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

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

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах № 74-77

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

74. Характерными признаками эмбриопресакральной клетчатки при использовании контрастной проктографии являются:

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

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

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

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

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

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

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

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

- а) в подкожной клетчатке;
- б) под сухожилием наружной косой мышцы живота;
- в) между наружной и внутренней косыми мышцами;
- г) между внутренней косой и поперечной мышцей;*
- д) между поперечной мышцей и поперечной фасцией живот.

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

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

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

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

81. Нижняя прямокишечная артерия отходит:

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

82. У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены:

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

83. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:

- а) запирающего нерва;
- б) срамного нерва;*
- в) тазового нерва;
- г) бедренного нерва;
- д) промежностного нерва.

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

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

85. Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет:

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

86. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет:

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

87. Артерии сигмовидной кишки отходят:

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

88. Внутренние геморроидальные узлы располагаются:

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

89. Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид:

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

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

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

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

- а) правильные ответы 1,2 и 3

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

91. К неэпителиальным злокачественным опухолям относится:

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

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

- 1) относительное уменьшение числа ганглиев межмышечного нервного сплетения, *
- 2) склеротические изменения во всех слоях кишечной стенки, *
- 3) гипертрофия мышечных слоев, *
- 4) усиление гаустрации,
- 5) уменьшение толщины стенки кишки за счет атрофии мышечного слоя.

93. Каудальные тератомы характеризуются тем, что:

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

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

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

95. В образовании мочеполовой диафрагмы не участвует:

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

96. В ювенильных полипах:

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

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

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

98. Осложнениями кишечных стом, вызванными неправильно подобранной продукцией по уходу за стомами, является:

- 1) Ретракция стомы
- 2) Парастомальная грыжа
- 3) Кожные гипергрануляции
- 4) Гиперкератоз
- 5) Контактный дерматит*

99. Перистомальную кожу (при отсутствии осложнений) обрабатывают:

- 1) Раствором перманганата калия
- 2) Этиловым спиртом 75%
- 3) Спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- 4) Водным раствором хлоргексидина
- 5) Водой*

100. Возбудителем острого анаэробного парапроктита является:

- 1) Cl. Perfringens*
- 2) Str.pyogenes
- 3) Str.pneumoniae
- 4) Chlamydia trachomatis

11. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ», НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

11.1. Основная литература:

1. Колопроктология. Клинические рекомендации / Ю.А. Шельгин. - М.:ГЭОТАР Медиа, 2014. - 528 с.
2. Справочник по колопроктологии / Под ред. Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М.:Литтерра, 2012. – 528с.
3. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев. – М.:МИА 2006. – 432с.

11.2. Дополнительная литература:

1. Колопроктология / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, Е.А. Белоусова, - М.:ГЭОТАР Медиа, 2011. – 368с.
2. Колоректальная хирургия:руководство / Под ред. Р.К.С. Филлипса. – М.:ГЭОТАР Медиа ,2011.– 383с.
3. Колоректальная хирургия / Под ред. Р.К.С. Филлипса, пер. под ред. Г.И. Воробьева – М.:ГЭОТАР Медиа, 2009. – 352 с.
4. Колоректальная хирургия / А.М. Кайзер. - М.:Изд. Панфилова, 2011. – 737с.
5. Актуальные вопросы проктологии / Под ред. А.Н. Рыжих. - Уфа, башкирское книжное издательство, 1959. – 204с.
6. Амбулаторная проктология / А.М. Аминев. – М.:Медицина, 1964. – 232с.
7. Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг. –

- М.:ГЭОТАР Медиа, 2008. – 632с.
8. Атлас операций на прямой и толстой кишках / А.Н. Рыжих. – Москва, 1968. – 323с.
 9. Атлас практической колоректальной хирургии / В.Л. Ривкин, О.Э. Луцевич, С.Н. Файн, В.В. Лукин. – М.:Медпрактика-М, 2006. – 144с.
 10. Болезнь Гиршпрунга у взрослых: практическое руководство / Г.И. Воробьев, С.И. Ачкасов. – М.:Литтерра, 2009. – 256с.
 11. Воспалительные заболевания кишечника / Под ред. Г.И. Воробьева, И.Л.Халифа. – М.: Миклош, 2008. – 399с.
 12. Геморрой, 2-е издание, переработанное и дополненное / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М.:Литтерра, 2010. – 200с.
 13. Злокачественные опухоли анального канала / В.И. Кныш, Ю.М. Тимофеев. – М.:ОНЦ им. Блохина, 1997. – 304с.
 14. Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки / П.А. Романов. – М.:Медицина, 1987. – 192с.
 15. Клиническая оперативная колопроктология / Под ред. В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин. – Москва, 1994. – 432с.
 16. Колоректальный рак. Канцерогенез и онкопревенция / А.В. Шапошников. – М.: Форте принт, 2015. – 160с.
 17. Конституция толстой кишки и ее межорганные взаимоотношения / Н.С. Горбунов, П.А. Самотесов, И.В. Киргизов. – Красноярск, 2001. – 233с.
 18. Опухоли анального канала и перианальной кожи. Руководство / Ю.А. Шельгин, М.И. Нечушкин, Е.Г. Рыбаков. – М.:Практическая медицина, 2011. – 128с.
 19. Основы хирургии кишечных стом / Г.И. Воробьев, П.В. Царьков. – М.:Стольный град, 2002. – 160с.
 20. Прямая кишка и заднепроходной канал / А.М. Шестаков, М.Р. Сапин.- М.:ГЭОТАР Медиа, 2011. – 128 с.
 21. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. – М.: Медпрактика, 2001. – 298с.
 22. Социальная реабилитация пациентов со стомой / В.Г. Суханов. – М.:Наука, 2006. – 196с.
 23. Сфинктер-сохраняющие операции при раке прямой кишки / С.Н. Переходов, О.В. Пинчук, В.С. Татарин – М.:Наука, 2007. – 192с.
 24. Хирургия рака прямой кишки. Атлас / Т.С. Одарюк, Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин – Дедалус, 2005. – 254с.

11.3. Электронно-библиотечные системы (электронная библиотека)

Электронные библиотеки (ЭБС), обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

Центральная научная медицинская библиотека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (ЦНМБ) с Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ, договор №42/11 от «18» ноября 2017г. по «18» ноября 2018г., договор № 54/11 от 18.11.2018г. до 18.11.2019г. использованием ее электронного каталога «Российская медицина» , поставщик

12. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРАКТИКИ, ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СПРАВОЧНЫХ СИСТЕМ (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ)

12.1. Лицензионное программное обеспечение

Системное ПО: Windows 10 pro (Контракт №147А/18-44)

Общее ПО: Microsoft Office Professional 2016 (Контракт №147А/18-44), обозреватель IE (включен в пакет Windows 10 pro, 1С: Предприятие 8 (сублицензионный договор № 059/271118/003).

12.2 Современные профессиональные базы данных и информационно-справочные системы

1. Интегрированный научный информационный ресурс в сети Интернет ELIBRARY.RU, включающий базу данных «Российский индекс научного цитирования», информационно-аналитическую систему SCIENCE INDEX, поставщик ООО «НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА», договор №SIO-14931/2019 от 13. 03.2019г до 13.03.2020г.

Интегрированный научный информационный ресурс в сети Интернет SCOPUS, поставщик Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственная публичная научно-техническая библиотека России», договор №SCOPUS/218 от 10.05.2018г., до 31.12.2018г.

2. Сервис по обнаружению и профилактике заимствований «Антиплагиат. Эксперт 3.3», поставщик АО «Антиплагиат», договор №471 от 26.07.2018, до 26.07.2019г.

3. Модуль поиска текстовых заимствований по коллекции «Медицина», «Патенты», поставщик АО «Антиплагиат», договор №472 от 27.07.2018, до 27.07.2019г.

4. База данных Web of Science, поставщик Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственная публичная научно-техническая библиотека России», договор №WoS/218 от 02.04.2018г., до 31.12.2018г.

5. EastView Медицина и здравоохранение в России - <https://dlib.eastview.com/>

6. PubMed - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

7. ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА - <http://feml.scsml.rssi.ru/feml/>

8. Consilium-Medicum - <http://con-med.ru/>

9.MDTube: Медицинский видеопортал - <http://mdtube.ru/>

10.Русский медицинский журнал (РМЖ) - <https://www.rmj.ru/>

11.ЭМБ «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/>

12. ЭБС «Букап» <https://www.books-up.ru/>

13.ЭБС Библиокомплектатор «IPRBooks» <http://www.bibliocomplectator.ru>

14.ЭБС «Айбукс.ру/ibooks.ru» <https://ibooks.ru/>

15.Платформа Springer Link (журналы и книги 2005-2017)- <https://rd.springer.com/>

16.Платформа Nature - <https://www.nature.com/>

17.База данных Springer Materials - <https://materials.springer.com/>

18.База данных Springer Protocols - <https://experiments.springernature.com/springer-protocols-closure>

19.База данных Nano - <https://nano.nature.com/>

20.Cambridge University Press – журналы - <https://www.cambridge.org/core>

21.НЭИКОН поиск по архивам научных журналов <http://archive.neicon.ru/xmlui/>

12.3. Электронные библиотечные системы (Электронная библиотека)

- Центральная научная медицинская библиотека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (ЦНМБ) с Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский

13. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
<p>Лекционный класс (каб. 5) Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения</p>	<p>-столы -стулья -шкафы -учебная доска магнитно-маркерная поворотная -ноутбук, проектор, экран. -муляж толстой кишки -модель толстой кишки с патологиями 4 секции</p>
<p>Конференц-зал Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения</p>	<p>-столы -стулья -ноутбук, проектор, экран. -флипчарт -муляж видов стом -плакаты анатомии толстой кишки</p>
<p>Симуляционный класс (каб. 3,4) Аудитория, оборудованная фантомной и симуляционной техникой</p>	<p>-столы -стулья -учебная доска -ноутбук, проектор, экран -иглодержатели лапароскопические -учебные рабочие места для отработки лапароскопических навыков (тренажер, основания, 2 лотка, коврик, набор тренировочный эндоскопический, сумка, камера, эндоскоп, фиксатор камеры, компьютер, монитор, клавиатура) -учебные наборы БЭСТА</p>
<p>Симуляционный класс (каб. 9) Аудитория, оборудованная фантомной и симуляционной техникой</p>	<p>-столы -стулья -виртуальный симулятор пальпации</p>
<p>Кабинет патофизиологии</p>	<p>-столы -стулья</p>

<p>помещение, предусмотренное для работы с биологическими моделями</p>	<p>-компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет"</p>
<p>Кабинет патофизиологии помещение, предусмотренное для работы с биологическими моделями</p>	<p>-столы -стулья -компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет"</p>
<p>Операционная 9В Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам</p>	<p>-тонометр, -стетоскоп, -фонендоскоп, -термометр, -противошоковый набор, -набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, -электрокардиограф, -облучатель бактерицидный, -аппарат наркозно-дыхательный, -аппарат искусственной вентиляции легких, -инфузомат, -отсасыватель послеоперационный, -дефибриллятор с функцией синхронизации, -стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, -хирургический, микрохирургический инструментарий, -универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, -аппарат для мониторингования основных функциональных показателей, -анализатор дыхательной смеси, -хирургический набор инструментария, -электрохирургический блок, -баллонный дилататор, -расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.</p>
<p>Операционная 9Б Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам</p>	<p>-тонометр, -стетоскоп, -фонендоскоп, -термометр, -противошоковый набор, -набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, -электрокардиограф, -облучатель бактерицидный, -аппарат наркозно-дыхательный, -аппарат искусственной вентиляции легких, -инфузомат,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -отсасыватель послеоперационный, -дефибриллятор с функцией синхронизации, -стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, -хирургический, микрохирургический инструментарий, -универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, -аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, -анализатор дыхательной смеси, -хирургический набор инструментария, -электрохирургический блок, -баллонный дилататор, -расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.
<p>Операционная 9А Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам</p>	<ul style="list-style-type: none"> -тонометр, -стетоскоп, -фонендоскоп, -термометр, -противошоковый набор, -набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, -электрокардиограф, -облучатель бактерицидный, -аппарат наркозно-дыхательный, -аппарат искусственной вентиляции легких, -инфузомат, -отсасыватель послеоперационный, -дефибриллятор с функцией синхронизации, -стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, -хирургический, микрохирургический инструментарий, -универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, -аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, -анализатор дыхательной смеси, -электрохирургический блок, -хирургический набор инструментария, -баллонный дилататор, -расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.
<p>Операционная 9 Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам</p>	<ul style="list-style-type: none"> -тонометр, -стетоскоп, -фонендоскоп, -термометр, -противошоковый набор, -набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, -электрокардиограф,

	<ul style="list-style-type: none"> -облучатель бактерицидный, -аппарат наркозно-дыхательный, -аппарат искусственной вентиляции легких, -инфузомат, -отсасыватель послеоперационный, -дефибриллятор с функцией синхронизации, -стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, -хирургический, микрохирургический инструментарий, -универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, -аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, -анализатор дыхательной смеси, -электроэнцефалограф, -низкоэнергетическая лазерная установка, -аргоно-плазменный коагулятор, -электрохирургический блок, -хирургический набор инструментария, -баллонный дилататор, -расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.
<p>Ординаторская 7 этаж Помещение для самостоятельной работы обучающихся</p>	<ul style="list-style-type: none"> -столы -стулья -компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" -Доступ к ЭБС
<p>Ординаторская 6 этаж Помещение для самостоятельной работы обучающихся</p>	<ul style="list-style-type: none"> -столы -стулья -компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" -Доступ к ЭБС
<p>Библиотека Помещение для самостоятельной работы обучающихся</p>	<ul style="list-style-type: none"> -столы -стулья -компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" -Доступ к ЭБС

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ
(ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)**

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.55 «Колопроктология»
<i>Квалификация, направленность (при наличии)</i>	Врач-колопроктолог
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	производственная (клиническая)
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач. единицах)</i>	9
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	324

Рабочая программа практики разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования 31.08.55 Колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным Приказом Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 года № 1098

Программа производственной практики основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры 31.08.55 Колопроктология одобрена на заседании Ученого совета ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ

«__» _____ 2018 года протокол № __

Руководитель научно-образовательного отдела
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
к.м.н.

А.И. Москалёв

Разработчик:

Заместитель директора по научной работе
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
д.м.н.

С.А. Фролов

Руководитель научно-образовательного отдела
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
к.м.н.

А.И. Москалёв

СОДЕРЖАНИЕ

1. ЦЕЛИ ПРАКТИКИ.....	4
2. ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ.....	4
3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.....	4
4. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	4
5. ВРЕМЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ	4
6. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	4
7. ОБЪЕМ ПРАКТИКИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ И ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ.....	12
8. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ.....	112
9. ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ ПО ПРАКТИКЕ.	13
10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ	16
11. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ "ИНТЕРНЕТ", НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	00
12. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРАКТИКИ, ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СПРАВОЧНЫХ СИСТЕМ (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ).....	00
13. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	00

1. ЦЕЛИ ПРАКТИКИ.

Цель прохождения практики: закрепление теоретических знаний по специальности 31.08.55 «Колопроктология», развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-колопроктолога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач, выработку практических навыков и комплексное формирование универсальных и профессиональных компетенций обучающихся.

2. ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ

Задачи прохождения практики по специальности «Колопроктология»:

- расширение и углубление комплекса профессиональных компетенций;
- овладеть методами клинического обследования и комплексного лечения пациентов колопроктологического профиля с гастроэнтерологической патологией;
- овладеть практическими действиями по выявлению и коррекции возможных осложнений у больных колопроктологического профиля с гастроэнтерологической патологией.

3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Практика относится к вариативной части Блока 2 «Практики» ФГОС ВО по специальности 31.08.55 «Колопроктология» очной формы обучения.

4. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.

Практика проводится в следующей форме:
дискретно:

- по периодам проведения практик – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. ВРЕМЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

В соответствии с учебным планом практика проводится на втором курсе.

Место проведения – отдел общей колопроктологии с группой изучения семейного аденоматоза, отделение реабилитации стомированных больных отдел эндоскопической диагностики и хирургии, отдел ультразвуковой диагностики и консультативно-диагностическое отделение федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации

6. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения	Оценочные средства
ПК-1	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Знать: группы риска развития заболеваний (генетические, профессиональные, влияние факторов окружающей среды и др.); основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы</p> <p>Уметь: давать оценку причин и условий возникновения заболеваний у человека</p> <p>Владеть: методами выявления причин и условий возникновения, развития заболеваний; методами выявления и коррекции факторов риска развития заболеваний; методами ранней диагностики заболеваний; методами формирования здорового образа жизни</p>	<p><i>Задачи №№ 1-15</i> <i>Тесты №№ 1-40</i></p>
ПК-2	<p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>Знать: Нормативные документы, регламентирующие проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации. Сроки и объем диспансеризации взрослого населения.</p> <p>Уметь: Осуществлять профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения. Определять сроки и объем диспансеризации взрослого населения.</p> <p>Владеть: методами проведения профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и</p>	<p><i>Задачи №№ 1-15</i> <i>Тесты №№ 1-40</i></p>

		хроническими больными.	
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	<p>Знать: законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников;</p> <p>вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний;</p> <p>вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний;</p> <p>Уметь: проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме;</p>	<p><i>Задачи №№ 1-15</i></p> <p><i>Тесты №№ 1-40</i></p>

		Владеть: методами проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	Знать: методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; методики сбора статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения и подростков.	<i>Задачи №№ 1-15</i> <i>Тесты №№ 1-40</i>
		Уметь: анализировать значение и объяснять влияние различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека	
		Владеть: методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: проявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	<i>Задачи №№ 1-15</i> <i>Тесты №№ 1-40</i>
		Уметь: определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
		Владеть: методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с	

		Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи	Знать: этиологию, патогенез, клинику и диагностику основных колопроктологических заболеваний	<i>Задачи №№ 1-15</i> <i>Тесты №№ 1-40</i>
		Уметь: уметь определять показания и целесообразность использования различных лечебных и диагностических вмешательств при ведении и лечении пациентов колопроктологического профиля	
		Владеть: навыками для выполнения лечебных и диагностических вмешательств при ведении и лечении пациентов колопроктологического профиля	
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знать: основы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	<i>Задачи №№ 1-15</i> <i>Тесты №№ 1-40</i>
		Уметь: оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе участвовать в медицинской эвакуации	
		Владеть: навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации; правильного ведения медицинской документации в чрезвычайных ситуациях.	
ПК-8	готовность к применению природных	Знать: показания, противопоказания и	<i>Задачи №№ 1-15</i>

	<p>лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>современные возможности применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Уметь: применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеть: методологией применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p><i>Тесты</i> <i>№№ 1-40</i></p>
ПК-9	<p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Знать: принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы</p>	<p><i>Задачи</i> <i>№№ 1-15</i> <i>Тесты</i> <i>№№ 1-40</i></p>

		<p>снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела;</p> <p>Владеть: навыками формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ; проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для взрослого населения различных возрастных групп, направленных на формирование элементов здорового образа жизни;</p>	
ПК-10	<p>готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>Знать: законы и нормативные правовые акты РФ в сфере охраны здоровья граждан; структуру амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций; порядок взаимодействия с другими врачами-специалистами, службами, организациями, в том числе профессиональными сообществами врачей, страховыми компаниями, обществами больных и другими ведомствами</p>	<p><i>Задачи №№ 1-15</i> <i>Тесты №№ 1-40</i></p>

		<p>Уметь: организовывать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p> <p>Владеть: принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p>Знать: критерии оценки качества медицинской помощи; основные медико-статистические показатели; методы оценки качества медицинской помощи</p> <p>Уметь: оценить качество оказания медицинской помощи; применять полученные данные для совершенствования качества оказания медицинской помощи</p> <p>Владеть: методами оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p><i>Задачи №№ 1-15</i> <i>Тесты №№ 1-40</i></p>
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	<p>Знать: - методологические и правовые основы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации;</p> <p>Уметь: - ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах по вопросам организации медико-</p>	<p><i>Задачи №№ 1-15</i> <i>Тесты №№ 1-40</i></p>

	санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, применять их в конкретных практических ситуациях; - организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях	
	Владеть: навыками организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации; - методами правильного ведения медицинской документации в чрезвычайных ситуациях.	

7. ОБЪЕМ ПРАКТИКИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ И ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ.

№	Виды профессиональной деятельности	Трудоемкость, ЗЕТ	Трудоемкость, час
4 семестр			
5.	Ведение колопроктологического пациента с гастроэнтерологической патологией	9	324
Промежуточная аттестация: зачет			
Всего ЗЕТ: 9			
Всего часов: 324			

8. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ.

№	Виды профессиональной деятельности	Место работы	Трудоемкость, час	Формируемые компетенции	Форма контроля
4 семестр					
1.	Ведение	Отдел по	324	ПК-1	Тесты, задачи

	колопроктологического пациента с гастроэнтерологической патологией	изучению воспалительных и функциональных заболеваний кишечника		ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	
Промежуточная аттестация: зачет					
Всего часов: 324					

8.1. Индивидуальные задания, предусмотренные программой практики (4 семестр):

1. Участие в дежурствах.
2. Самостоятельная курация больного колопроктологического пациента с гастроэнтерологической патологией и особенности оформления медицинской документации указанных пациентов.
3. Самостоятельный приём колопроктологических пациентов с гастроэнтерологической патологией по контролю руководителя.

9. ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ ПО ПРАКТИКЕ.

Для руководства практикой, проводимой в Центре, назначается руководитель (руководители) практики от Центра из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу Центра.

Для руководства практикой, проводимой в профильной организации, назначаются руководитель (руководители) практики из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации, организующей проведение практики (далее - руководитель практики от организации), и руководитель (руководители) практики из числа работников профильной организации (далее - руководитель практики от профильной организации).

Руководитель практики от Центра:

- составляет рабочий график (план) проведения практики;
- разрабатывает индивидуальные задания для обучающихся, выполняемые в период практики;
- участвует в распределении обучающихся по рабочим местам и видам работ в Центре;
- осуществляет контроль за соблюдением сроков проведения практики и соответствием ее содержания требованиям, установленным ОПОП ВО;
- оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий, а также при сборе материалов к выпускной квалификационной работе в ходе преддипломной практики;
- оценивает результаты прохождения практики обучающимися.

Руководитель практики от профильной организации:

- согласовывает индивидуальные задания, содержание и планируемые результаты практики;

- предоставляет рабочие места обучающимся;
- обеспечивает безопасные условия прохождения практики обучающимся, отвечающие санитарным правилам и требованиям охраны труда;
- проводит инструктаж обучающихся по ознакомлению с требованиями охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности, а также правилами внутреннего трудового распорядка.

При проведении практики в профильной организации руководителем от Центра и руководителем практики от профильной организации составляется совместный рабочий график (план) проведения практики.

В качестве основной формы отчетности устанавливается дневник практики и письменный отчет.

Для проведения промежуточной аттестации Центром созданы оценочные средства. Оценочные средства включают: задачи и тесты, для проведения промежуточной аттестации. Оценочные средства разрабатываются преподавателями профильных научных отделов (руководителей отделов/научных руководителей) и утверждаются на заседании Ученого совета Центра по представлению руководителя научно-образовательного отдела.

Результаты прохождения практики оцениваются и учитываются в порядке, установленном Центром.

Результаты прохождения практики оцениваются посредством проведения промежуточной аттестации. Неудовлетворительные результаты промежуточной аттестации по практике или непрохождение промежуточной аттестации по практике при отсутствии уважительных причин признаются академической задолженностью. Промежуточная аттестация проводится в форме зачета с оценкой: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»; результаты промежуточной аттестации практики вносятся в индивидуальный план ординатора и в зачетно-аттестационную ведомость.

9.1 Критерии оценки результатов прохождения практики:

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или низкой уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать наличие знаний при решении заданий, которые были представлены преподавателем вместе с образцом их решения, отсутствие самостоятельности в применении умения к использованию методов, освоенных при прохождении программы практики по специальности «Колопроктология» и	Если обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована, но ее уровень недостаточно высок. Поскольку выявлено наличие	Способность обучающегося продемонстрировать самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных тем, которые представлял преподаватель при потенциальном формировании компетенции, подтверждает наличие сформированной компетенции, причем на более высоком уровне. Наличие сформированной	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности (допускаются консультации с преподавателем по сопутствующим вопросам) в выборе способа решения неизвестных или нестандартных заданий в рамках поставленной задачи с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения программы практики, так и

<p>неспособность самостоятельно проявить навык повторения решения поставленной задачи по стандартному образцу свидетельствуют об отсутствии сформированной компетенции. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах прохождения практики по специальности «Колопроктология». Уровень освоения программы практики, при котором у обучающегося не сформировано более 50% компетенций, требуемых в объеме на данном этапе обучения.</p>	<p>сформированной компетенции, ее следует оценивать положительно, но на низком уровне</p>	<p>компетенции, на повышенном уровне самостоятельности со стороны обучающегося при ее практической демонстрации в ходе решения аналогичных заданий следует оценивать как положительное и устойчиво закрепленное в практическом навыке Для определения уровня освоения программы практики на оценку «хорошо» обучающийся должен продемонстрировать наличие 80% сформированных компетенций, из которых не менее 1/3 оценены отметкой «хорошо».</p>	<p>смежных дисциплин, следует считать компетенцию, сформированной на высоком уровне. Присутствие сформированной компетенции на высоком уровне, способность к ее дальнейшему саморазвитию и высокой адаптивности практического применения к изменяющимся условиям профессиональной задачи</p>
---	---	--	--

9.2 Критерии оценки ответа обучающегося по результатам прохождения практики:

Критерии оценивания	Шкала оценивания
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной специальности и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах специальности, изложен профессиональным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Необходимые практические навыки работы в рамках программы практики сформированы. Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», сформированы в полном объеме.</p>	<p>5</p>
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной специальности и междисциплинарных связей. Ответ изложен профессиональным языком в терминах специальности. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p>	<p>4</p>

<p>Необходимые практические навыки работы в основном сформированы.</p> <p>Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», в основном сформированы.</p>	
<p>Дан не достаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказать на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Необходимые практические навыки работы в основном сформированы.</p> <p>Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», сформированы не в полном объеме.</p>	3
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами специальности. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы специальности</p> <p>Необходимые практические навыки работы не сформированы. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя возможно повышение качества выполнения учебных заданий.</p> <p>Необходимые компетенции, предусмотренные освоение программы практики по специальности «Колопроктология», не сформированы.</p>	2

10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ

№	Виды профессиональной деятельности	Формируемые компетенции	Оценочные средства
<i>Первый учебный год, 4 семестр</i>			
<i>Второй учебный год, 4 семестр</i>			
1.	Участие в дежурствах.	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5	Задачи №№ 1-15 Тесты №№ 1-40

		ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	
2.	Самостоятельная курация больного колопроктологического пациента с гастроэнтерологической патологией и особенности оформления медицинской документации указанных пациентов.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Задачи №№ 1-15 Тесты №№ 1-40
3.	Самостоятельный приём колопроктологических пациентов с гастроэнтерологической патологией по контролю руководителя.	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Задачи №№ 1-15 Тесты №№ 1-40

10.1. Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации, обучающихся по окончании 4-го семестра

ЗАДАЧА 1.

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

1. Какова должна быть лечебная тактика?
2. Необходимо ли выполнение биопсии?

3. Как зависит лечебная тактика от результатов биопсии?

ЗАДАЧА 2.

У больного 66 лет, оперированного по поводу рака сигмовидной кишки (операция была закончена резекцией кишки и анастомозом «конец в конец»), на 6-е сутки после операции появились сильные боли в животе, последний вздут, резко болезненный при пальпации, ниже пупка определяется резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,5 о, пульс – 110 в 1 минуту.

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

ЗАДАЧА 3.

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

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

ЗАДАЧА 4.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика лечения?

ЗАДАЧА 5.

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

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Выполнение какой операции предпочтительнее в данном случае?

ЗАДАЧА 6.

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

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

ЗАДАЧА 7.

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

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

ЗАДАЧА 8

Больная, оперированная в гинекологическом отделении по поводу кисты задней стенки влагалища, на 2 сутки после операции, после выполненной очистительной клизмы, отметила выделение жидкого кала и газов через влагалище. На 4 сутки у больной повысилась температура, появились боли внизу живота, в промежности, нарастающие явления интоксикации.

1. Наиболее вероятный диагноз:

- А) острый геморрой;
- Б) передний свищ прямой кишки;
- В) ректовагинальный свищ;
- Г) флегмона таза, ректовагинальный свищ*.

2. Дополнительное обследование?

3.Тактика дальнейшего лечения?

ЗАДАЧА 9

У больной 39 лет диагностирована тератоидная киста больших размеров, которая локализуется в ректовагинальной перегородке и достигает своим верхним полюсом тазовой брюшины.

1. Какое лечение показано данной больной и в чем заключаются его особенности?

ЗАДАЧА 10.

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

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

ЗАДАЧА 11.

Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение кровоточащей геморрой с выпадением узлов. Ваша тактика:

- А) срочно госпитализировать больного с диагнозом “геморрой” для операции;
- Б) провести амбулаторное обследование, включающее узлов из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное, снижение гемоглобина до 102 г/ л. При осмотре выявлен исследование толстой кишки, начать консервативное лечение анемии; *
- В) назначить больному диету, свечи;
- Г) посоветовать применять свечи и наладить стул;
- Д) провести обследование в стационаре.

ЗАДАЧА 12.

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

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

ЗАДАЧА 13.

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

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

ЗАДАЧА 14

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

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

ЗАДАЧА 15.

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

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

10.2. Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 1-го семестра

1. Болезнь Крона необходимо дифференцировать с заболеваниями:

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

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

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

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

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

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

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

5. Ведущее значение в развитии дивертикулеза толстой кишки имеют:

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

6. К нетипичным осложнениям дивертикулярной болезни относится:

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

7. Относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни:

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

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

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

9. Стеноз илеостомы на уровне апоневроза обычно является следствием:

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

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

- 1) формирование анастомоза на участках кишки, где имеются дивертикулы;*
- 2) использование сшивающих аппаратов;
- 3) изменения кишечной стенки, характерные для дивертикулеза;*
- 4) недостаточная очистка кишки от содержимого перед операцией;
- 5) недостаточный опыт оперирующего.

11. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с:

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

12. В консервативном лечении неспецифического язвенного колита применяют:

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

13. Тератоидные образования параректальной клетчатки:

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

14. Для тератоидных образований не характерно:

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

15. При удалении пресакральных тератом нетипичным осложнением является:

- а) неполное удаление тератомы;
- б) кровотечение;
- в) перфорация стенки прямой кишки;
- г) вскрытие тазовой брюшины;
- д) ранение мочеочника;*
- д) недостаточности анального сфинктера.

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

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

17. Наиболее достоверно дифференцировать хордому от тератомы позволяет:

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

18. Эпителиальный копчиковый ход обусловлен:

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

19. Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при:

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

20. При болезни Гиршпрунга может быть:

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

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

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

22. Течение болезни Гиршпрунга зависит от

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

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

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

24. Аганглиоз наиболее часто бывает в:

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

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

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

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

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

27. Хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга в основном определяется:

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

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

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

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

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

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

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

31. Повторные операции при болезни Гиршпрунга приходится проводить при:

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

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

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

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах № 74-77

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

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

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

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

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

35. К обязательным исследованиям у больного с неосложненным эпителиальным копчиковым ходом при первичном осмотре относится:

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

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

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

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

- а) в подкожной клетчатке;
- б) под сухожилием наружной косой мышцы живота;
- в) между наружной и внутренней косыми мышцами;
- г) между внутренней косой и поперечной мышцей;*
- д) между поперечной мышцей и поперечной фасцией живот.

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

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

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

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

40. Нижняя прямокишечная артерия отходит:

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

11. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ», НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

11.1. Основная литература:

1. Колопроктология. Клинические рекомендации / Ю.А. Шелыгин. - М.:ГЭОТАР Медиа, 2014. - 528 с.
2. Справочник по колопроктологии / Под ред. Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный. - М.:Литтерра, 2012. - 528с.
3. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев. - М.:МИА 2006. - 432с.

11.2. Дополнительная литература:

1. Колопроктология / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, Е.А. Белоусова, - М.:ГЭОТАР Медиа, 2011. - 368с.
2. Колоректальная хирургия:руководство / Под ред. Р.К.С. Филлипса. - М.:ГЭОТАР Медиа ,2011.- 383с.
3. Колоректальная хирургия / Под ред. Р.К.С. Филлипса, пер. под ред. Г.И. Воробьева - М.:ГЭОТАР Медиа, 2009. - 352 с.
4. Колоректальная хирургия / А.М. Кайзер. - М.:Изд. Панфилова, 2011. - 737с.
5. Актуальные вопросы проктологии / Под ред. А.Н. Рыжих. - Уфа, башкирское книжное издательство, 1959. - 204с.
6. Амбулаторная проктология / А.М. Аминев. - М.:Медицина, 1964. - 232с.
7. Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг. - М.:ГЭОТАР Медиа, 2008. - 632с.
8. Атлас операций на прямой и толстой кишках / А.Н. Рыжих. - Москва, 1968. - 323с.
9. Атлас практической колоректальной хирургии / В.Л. Ривкин, О.Э. Луцевич, С.Н. Файн, В.В. Лукин. - М.:Медпрактика-М, 2006. - 144с.
10. Болезнь Гиршпрунга у взрослых: практическое руководство / Г.И. Воробьев, С.И. Ачкасов. - М.:Литтерра, 2009. - 256с.
11. Воспалительные заболевания кишечника / Под ред. Г.И. Воробьева, И.Л.Халифа. - М.: Миклош, 2008. - 399с.

12. Геморрой, 2-е издание, переработанное и дополненное / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М.:Литтерра, 2010. – 200с.
13. Злокачественные опухоли анального канала / В.И. Кныш, Ю.М. Тимофеев. – М.:ОНЦ им. Блохина, 1997. – 304с.
14. Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки / П.А. Романов. – М.:Медицина, 1987. – 192с.
15. Клиническая оперативная колопроктология / Под ред. В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин. – Москва, 1994. – 432с.
16. Колоректальный рак. Канцерогенез и онкопревенция / А.В. Шапошников. – М.: Форте принт, 2015. – 160с.
17. Конституция толстой кишки и ее межорганные взаимоотношения / Н.С. Горбунов, П.А. Самоотесов, И.В. Киргизов. – Красноярск, 2001. – 233с.
18. Опухоли анального канала и перианальной кожи. Руководство / Ю.А. Шельгин, М.И. Нечушкин, Е.Г. Рыбаков. – М.:Практическая медицина, 2011. – 128с.
19. Основы хирургии кишечных стом / Г.И. Воробьев, П.В. Царьков. – М.:Стольный град, 2002. – 160с.
20. Прямая кишка и заднепроходной канал / А.М. Шестаков, М.Р. Сапин.- М.:ГЭОТАР Медиа, 2011. – 128 с.
21. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. – М.: Медпрактика, 2001. – 298с.
22. Социальная реабилитация пациентов со стомой / В.Г. Суханов. – М.:Наука, 2006. – 196с.
23. Сфинктер-сохраняющие операции при раке прямой кишки / С.Н. Переходов, О.В. Пинчук, В.С. Татарин – М.:Наука, 2007. – 192с.
24. Хирургия рака прямой кишки. Атлас / Т.С. Одарюк, Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин – Дедалус, 2005. – 254с.

11.3. Электронно-библиотечные системы (электронная библиотека)

Электронные библиотеки (ЭБС), обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

Центральная научная медицинская библиотека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (ЦНМБ) с Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ, договор №42/11 от «18» ноября 2017г. по «18» ноября 2018г., договор № 54/11 от 18.11.2018г. до 18.11.2019г.

использованием ее электронного каталога «Российская медицина» , поставщик

12. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРАКТИКИ, ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СПРАВОЧНЫХ СИСТЕМ (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ)

12.1. Лицензионное программное обеспечение

Системное ПО: Windows 10 pro (Контракт №147А/18-44)

Общее ПО: Microsoft Office Professional 2016 (Контракт №147А/18-44), обозреватель IE (включен в пакет Windows 10 pro, 1С: Предприятие 8 (сублицензионный договор № 059/271118/003).

12.2 Современные профессиональные базы данных и информационно-справочные системы

1. Интегрированный научный информационный ресурс в сети Интернет ELIBRARY.RU, включающий базу данных «Российский индекс научного цитирования», информационно-аналитическую систему SCIENCE INDEX, поставщик ООО «НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА», договор №SIO-14931/2019 от 13.03.2019г до 13.03.2020г.
Интегрированный научный информационный ресурс в сети Интернет SCOPUS, поставщик Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственная публичная научно-техническая библиотека России», договор №SCOPUS/218 от 10.05.2018г., до 31.12.2018г.
2. Сервис по обнаружению и профилактике заимствований «Антиплагиат. Эксперт 3.3», поставщик АО «Антиплагиат», договор №471 от 26.07.2018, до 26.07.2019г.
3. Модуль поиска текстовых заимствований по коллекции «Медицина», «Патенты», поставщик АО «Антиплагиат», договор №472 от 27.07.2018, до 27.07.2019г.
4. База данных Web of Science, поставщик Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственная публичная научно-техническая библиотека России», договор №WoS/218 от 02.04.2018г., до 31.12.2018г.
5. EastView Медицина и здравоохранение в России - <https://dlib.eastview.com/>
6. PubMed - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
7. ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА - <http://feml.scsml.rssi.ru/feml/>
8. Consilium-Medicum - <http://con-med.ru/>
9. MDTube: Медицинский видеопортал - <http://mdtube.ru/>
10. Русский медицинский журнал (РМЖ) - <https://www.rmj.ru/>
11. ЭМБ «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/>
12. ЭБС «Букап» <https://www.books-up.ru/>
13. ЭБС Библиокомплектатор «IPRBooks» <http://www.bibliocomplectator.ru>
14. ЭБС «Айбукс.py/ibooks.ru» <https://ibooks.ru/>
15. Платформа Springer Link (журналы и книги 2005-2017)- <https://rd.springer.com/>
16. Платформа Nature - <https://www.nature.com/>
17. База данных Springer Materials - <https://materials.springer.com/>
18. База данных Springer Protocols - <https://experiments.springernature.com/springer-protocols-closure>
19. База данных Nano - <https://nano.nature.com/>
20. Cambridge University Press – журналы - <https://www.cambridge.org/core>
21. НЭИКОН поиск по архивам научных журналов <http://archive.neicon.ru/xmlui/>

12.3. Электронные библиотечные системы (Электронная библиотека)

- Центральная научная медицинская библиотека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (ЦНМБ) с Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ, договор № 54/11 от 18.11.2018г. до 18.11.2019г.

13. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
Лекционный класс (каб. 5) Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения	-столы -стулья -шкафы -учебная доска магнитно-маркерная поворотная -ноутбук, проектор, экран. -муляж толстой кишки -модель толстой кишки с патологиями 4 секции
Конференц-зал Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения	-столы -стулья -ноутбук, проектор, экран. -флипчарт -муляж видов стом -плакаты анатомии толстой кишки
Симуляционный класс (каб. 3,4) Аудитория, оборудованная фантомной и симуляционной техникой	-столы -стулья -учебная доска -ноутбук, проектор, экран -иглодержатели лапароскопические -учебные рабочие места для отработки лапароскопических навыков (тренажер, основания, 2 лотка, коврик, набор тренировочный эндоскопический, сумка, камера, эндоскоп, фиксатор камеры, компьютер, монитор, клавиатура) -учебные наборы БЭСТА
Симуляционный класс (каб. 9) Аудитория, оборудованная фантомной и симуляционной техникой	-столы -стулья -виртуальный симулятор пальпации
Кабинет патофизиологии помещение, предусмотренное для работы с биологическими моделями	-столы -стулья -компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет"
Кабинет патофизиологии помещение,	-столы -стулья -компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет"

<p>предусмотренное для работы с биологическими моделями</p>	
<p>Операционная 9В Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам</p>	<ul style="list-style-type: none"> -тонометр, -стетоскоп, -фонендоскоп, -термометр, -противошоковый набор, -набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, -электрокардиограф, -облучатель бактерицидный, -аппарат наркозно-дыхательный, -аппарат искусственной вентиляции легких, -инфузомат, -отсасыватель послеоперационный, -дефибриллятор с функцией синхронизации, -стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, -хирургический, микрохирургический инструментарий, -универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, -аппарат для мониторингования основных функциональных показателей, -анализатор дыхательной смеси, -хирургический набор инструментария, -электрохирургический блок, -баллонный дилататор, -расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.
<p>Операционная 9Б Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам</p>	<ul style="list-style-type: none"> -тонометр, -стетоскоп, -фонендоскоп, -термометр, -противошоковый набор, -набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, -электрокардиограф, -облучатель бактерицидный, -аппарат наркозно-дыхательный, -аппарат искусственной вентиляции легких, -инфузомат, -отсасыватель послеоперационный, -дефибриллятор с функцией синхронизации, -стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, -хирургический, микрохирургический инструментарий, -универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, -аппарат для мониторингования основных функциональных

	<p>показателей, -анализатор дыхательной смеси, -хирургический набор инструментария, -электрохирургический блок, -баллонный дилататор, -расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.</p>
<p>Операционная 9А Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам</p>	<p>-тонометр, -стетоскоп, -фонендоскоп, -термометр, -противошоковый набор, -набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, -электрокардиограф, -облучатель бактерицидный, -аппарат наркозно-дыхательный, -аппарат искусственной вентиляции легких, -инфузомат, -отсасыватель послеоперационный, -дефибриллятор с функцией синхронизации, -стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, -хирургический, микрохирургический инструментарий, -универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, -аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, -анализатор дыхательной смеси, -электрохирургический блок, -хирургический набор инструментария, -баллонный дилататор, -расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.</p>
<p>Операционная 9 Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам</p>	<p>-тонометр, -стетоскоп, -фонендоскоп, -термометр, -противошоковый набор, -набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, -электрокардиограф, -облучатель бактерицидный, -аппарат наркозно-дыхательный, -аппарат искусственной вентиляции легких, -инфузомат, -отсасыватель послеоперационный, -дефибриллятор с функцией синхронизации, -стол операционный хирургический многофункциональный универсальный,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -хирургический, микрохирургический инструментарий, -универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, -аппарат для мониторингования основных функциональных показателей, -анализатор дыхательной смеси, -электроэнцефалограф, -низкоэнергетическая лазерная установка, -аргоно-плазменный коагулятор, -электрохирургический блок, -хирургический набор инструментария, -баллонный дилататор, -расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.
<p>Ординаторская 7 этаж Помещение для самостоятельной работы обучающихся</p>	<ul style="list-style-type: none"> -столы -стулья -компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" -Доступ к ЭБС
<p>Ординаторская 6 этаж Помещение для самостоятельной работы обучающихся</p>	<ul style="list-style-type: none"> -столы -стулья -компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" -Доступ к ЭБС
<p>Библиотека Помещение для самостоятельной работы обучающихся</p>	<ul style="list-style-type: none"> -столы -стулья -компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" -Доступ к ЭБС