

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОДОБРЕНО

Заседание учебно-методического совета
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Протокол № 05/2025
«20» мая 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ им. В.А.
Алмазова» Минздрава России
Е.В. Шляхто
«02» июня 2025 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина

КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

(наименование дисциплины)

Уровень
профессионального
образования

Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации

Специальность

31.08.55 Колопроктология
(код специальности и наименование)

Факультет

Лечебный факультет
(наименование факультета)

Кафедра

Кафедра общей хирургии
(наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	36 час.
Занятия семинарского типа	620 час.
Всего аудиторной работы	656 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	370 час.
Контроль	54 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет с оценкой/зачет с оценкой/ курсовая работа
Общая трудоемкость дисциплины	1080/30 (час./ зач. ед.)

Санкт-Петербург
2025

Рабочая программа дисциплины «Колопроктология» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1098 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.55 Колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 69н от 11.02.2019 «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-колопроктолог»;
- учебным планом по специальности 31.08.55 Колопроктология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Сигуа Бадри Валериевич	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой общей хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Сингаевский Андрей Борисович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры общей хирургии ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Фионик Ольга Владимировна	д.м.н., профессор	Профессор кафедры общей хирургии ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Соколова Анна Сергеевна	к.м.н.	Доцент кафедры общей хирургии ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Колопроктология» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры общей хирургии «20» февраля 2025г., протокол № 2.

Рабочая программа дисциплины «Колопроктология» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» мая 2025 г., протокол № 05/2025.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.55 Колопроктология (далее – программа ординатуры) является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения. Программа ординатуры составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО) по специальности 31.08.55 Колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённого приказом Минобрнауки России от 25 августа 2014 г. № 1098. Образовательная программа высшего образования реализуется на основании лицензии на право ведения образовательной деятельности в сфере подготовки научно-педагогических кадров высшей квалификации ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. Программа ординатуры разрабатывается самостоятельно Центром, осуществляющим образовательную деятельность.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: подготовка квалифицированного врача-колопроктолога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в современных условиях с учётом потребностей органов практического здравоохранения.

Задачи изучения дисциплины:

- углубление базовых, фундаментальных медицинских знаний, необходимых для формирования универсальных и профессиональных компетенций врача-колопроктолога, способного успешно решать все виды профессиональных задач в рамках полученной специальности;
- формирование и совершенствование профессиональной подготовки врача-колопроктолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в вариантах нормы и проблемах патологии, имеющего углублённые знания по смежным дисциплинам;
- формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов;
- подготовка врача-колопроктолога ко всем видам самостоятельной профессиональной деятельности, предусмотренных ФГОС по специальности;
- формирование и совершенствование системы общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Колопроктология» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана для специальности 31.08.55 Колопроктология.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана:

- Педагогика
- Современные IT-технологии в здравоохранении
- Медицина чрезвычайных ситуаций
- Патология
- Общественное здоровье и здравоохранение.

Дисциплина обеспечивает изучение последующих дисциплин учебного плана:

- Производственная (клиническая) практика (базовая часть)
- Обучающий симуляционный курс
- Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - методы формальной логики. Умеет: - самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - проследить возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию; - способностью формулировать и оценивать гипотезы Владеет: - способностью формулировать и оценивать гипотезы.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, П -презентация*

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Тип задач профессиональной деятельности – Профилактическая деятельность		
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Знает: - методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека с более глубоким пониманием сущности изучаемых явлений и взаимосвязей; - причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления; - основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс; - возможные типы их нарушений и принципы лечения в детском возрасте и у взрослых; - патофизиологию травмы и кровопотери, профилактики и терапии шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса; основы иммунологии, микробиологии; - основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде Умеет: - давать оценки причин и условий возникновения и развития заболеваний и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями,	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, СЗ

	толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, для оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; - проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях, проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными. Владеет: - основами профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний; - принципами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться для самостоятельной разработки программ и проектов.	
Тип задач профессиональной деятельности – Диагностическая деятельность		
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	Знает: - анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику заболеваний и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области; - жалобы, характерные для заболеваний и (или) состояний, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области; - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз заболеваний и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области; - МКБ-10; формулировки диагнозов заболеваний и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области у детей, подростков и взрослых. Умеет: - собрать анамнез и получить информацию о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие заболевания и (или) состояния, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области и поставить предварительный диагноз; - поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные; - провести дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику заболеваний и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, во времени. Владеет: методикой сбора анамнеза у больных с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области; - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, СЗ
Тип задач профессиональной деятельности – Лечебная деятельность		
ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов,	Знает: - принципы лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, контроль его эффективности и безопасности в	Для текущего контроля:

нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи	стационарных условиях; - принципы проведения и контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов; - принципы оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области. Умеет: - назначать медикаментозное и хирургическое лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, осуществлять контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях, условиях амбулаторной помощи и диспансерно-профилактической помощи. Владеет: - навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей.	КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, СЗ
ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знает: - принципы оказания колопроктологической помощи при чрезвычайных ситуациях; - правила транспортировки пациентов и оказания первой врачебной помощи при колопроктологических заболеваниях Умеет: - организовать оказание кол проктологической помощи при чрезвычайных ситуациях; - организовать транспортировку пациентов и оказать первую врачебную помощь больным колопроктологического профиля. Владеет: - навыками оказания первой медицинской помощи при колопроктологических заболеваниях	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, СЗ
ПК-12 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знает: - методологические и правовые основы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации; - общую характеристику и медико-санитарные последствия чрезвычайных ситуаций; - классификацию, определение и источники чрезвычайных ситуаций; - организацию защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях; - основы организации и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах особо опасных инфекций, в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера мирного и военного времени; - особенности оказания и организации терапевтической помощи в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах, террористических актах и локальных вооруженных конфликтах; - организацию лечебно-эвакуационных мероприятий, типичные диагностические и лечебные мероприятия первичной врачебной медико-санитарной помощи; - основы организации скорой медицинской помощи в медицине катастроф, принципы санитарно-авиационной эвакуации; - типовую учетно-отчетную медицинскую документацию в медицинских организациях в чрезвычайных ситуациях; - особенности медицинского снабжения организаций и формирований, предназначенных для медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях различного характера; Умеет: - 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 Владеет: - основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первичной врачебной медико-санитарной помощи при угрожающих жизни состояниях; - методами организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера в мирное и военное время; - методами правильного ведения медицинской документации в чрезвычайных ситуациях.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, СЗ

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы		Трудоемкость в академических часах		
		ВСЕГО	Курс 1	Курс 2
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		656	458	234
Из них:				
Занятия лекционного типа		32	26	10
Занятия семинарского типа		620	420	200
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		370	211	159
В том числе подготовка и оформление курсовой работы		40	20	20
Промежуточная аттестация –зачет с оценкой/зачет с оценкой /курсовая работа		54	27	27
Общая трудоемкость дисциплины	час.	1080	684	396
	з.е.	30	19	11
Из них на практическую подготовку в час.*		681	442	239

ПА – промежуточная аттестация

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1 Промежуточная аттестация №1					
Раздел 1. Организация колопроктологической службы	4	12	26	42	23
Раздел 2. Семiotика колопроктологических заболеваний. Диагностика колопроктологических заболеваний	10	120	133	263	163
Раздел 3. Неопухольевые заболевания анального канала и периаанальной области.	12	288	32	332	246
Подготовка курсовой работы	-	-	20	20	10
Контроль (зачет с оценкой)	-	-	-	27	-
Всего за ПА	26	420	211	684	442
Курс 1 Промежуточная аттестация №2					
Раздел 4. Онкологическая колопроктология	4	64	56	124	79
Раздел 5. Воспалительные и функциональные заболевания кишечника.	4	60	12	76	54
Раздел 6. Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности. Хирургическое лечение пациентов с кишечными стомами.	2	40	12	54	38
Раздел 7. Хирургическое лечение пациентов с	-	16	12	28	19

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
кишечными стомами					
Раздел 8. Неотложная колопроктология.	-	20	47	67	39
Подготовка курсовой работы	-	-	20	20	10
Контроль (зачет с оценкой)	-	-	-	27	-
Всего за ПА	10	200	159	396	239
ИТОГО в час.	36	620	370	1080	681

Промежуточная аттестация № 3 на втором году обучения – защита курсовой работы.

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает до 80 % от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и до 50% самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия
Курс 1 __ Промежуточная аттестация №1					
Раздел 1 Организация колопроктологической службы					
1.	Организация колопроктологической службы	2	Организация колопроктологической помощи в стационаре, врачебно-трудова экспертиза. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам по профилю «Колопроктология». Маршрутизация пациента колопроктологического профиля. Организация работы стационара. -Стандарты медицинской помощи взрослым с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области. Перспективы развития колопроктологии. Медицинская психология. Этика и деонтология.	ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
2	Правовые аспекты работы врача-колопроктолога	2	Правовые вопросы. Врачебная тайна. Взаимоотношение врача и пациента в современных условиях. Юридическая ответственность. Законодательство о здравоохранении. Правовые нормы. Ответственность должностных лиц за нарушение законодательства. Организация амбулаторно-поликлинической помощи. Планирование и финансирование. Страховая медицина.	ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
Раздел 2 Семиотика колопроктологических заболеваний.					
3.	Патологические состояния в колопроктологии	2	Боли в животе. Боли в прямой кишке. Боли в области заднего прохода. Боли других локализаций. Патологические выделения из заднего прохода. Кровь. Слизь. Гной	УК-1, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
4	Эвакуаторная способность толстой кишки. Функция сфинктеров заднего прохода	2	Запор. Понос. Многомоментная дефекация. Неполное опорожнение прямой кишки. Необходимость ручного пособия. Спазм. Недержание кишечного содержимого	УК-1, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
5	Изменения перианальной зоны.	2	Ассиметрия, выбухание, отек. Мацерация кожи. Гиперемия кожи. Сосочковые разрастания. Свищевые отверстия. Пигментные пятна.	УК-1, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
6	Диагностика колопроктологических	2	Выяснение жалоб пациента, сбор анамнеза, сопутствующие заболевания, наследственность. Особенности диагностики колопроктологических заболеваний у	УК-1, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной

	заболеваний: обязательное общеклиническое обследование		лиц пожилого и старческого возраста. Общий осмотр. Обязательные специальные методы обследования. Осмотр, перкуссия, аускультация и пальпация живота. Осмотр области заднего прохода, всей промежности и 14 крестцово-копчиковой области, пальпация. Пальцевое исследование анального канала и прямой кишки. Ректороманоскопия		презентации, П
7	Диагностика колопроктологических заболеваний: дополнительные специальные методы обследования.	2	Изучение анального рефлекса. Аноскопия. Исследование с помощью ректального зеркала. Исследование с помощью зонда. Проба с красителем. Сфинктерометрия. Миография. Баллонография. Биопсия. Биопсия “щипковая”. Биопсия пункционна. Цитологическое исследование. Эндоскопические методики. Гастродуоденоскопия. Сигмоидоскопия. Колоноскопия. Эндоскопия тонкой кишки. Рентгенологическая диагностика. Исследование с помощью бариевой клизмы. Исследование желудка. Исследование пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту. Дефекография. Ангиография. Фистулография. Лимфография. Радиоизотопная диагностика. Изучение скорости транзита по толстой кишке. Сцинтидефекография. Ультразвуковая диагностика (УЗИ). Исследование через брюшную стенку. Исследование с помощью ректального датчика. Интраоперационное УЗИ. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование	УК-1, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
Раздел 3 Неопухолевые заболевания анального канала и периаанальной области.					
8	Геморрой.	2	Анатомические сведения. Определение понятия. Классификация, этиология, лечение. Тромбоз геморроидальных узлов. Определение понятия, клиника, диагностика, лечение. Лечение хронического геморроя. Консервативное лечение начальных стадий геморроя.	УК-1, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
9	Геморрой.	2	Хирургическое лечение геморроя. Малоинвазивные методики лечения геморроя. Лечение тромбоза геморроидальных узлов. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.	УК-1, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
10	Анальная трещина.	2	Анатомические сведения. Определение понятия. Классификация, этиология, лечение. Клиника острой трещины. Клиническое течение хронической трещины. Клиническое течение хронической трещины. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.	УК-1, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
11	Парапроктит.	2	Парапроктит острый. Этиология. Патогенез. Клиника острого парапроктита. Классификация острого парапроктита. Осложнения. Диагностика. Лечение острого парапроктита. Особенности диагностики и лечения анаэробного парапроктита. Парапроктит хронический (свищи прямой кишки). Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Классификация свищей прямой кишки. Хирургическое лечение свищей прямой кишки. Результаты хирургического лечения.	УК-1, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
12	Эпителиальный копчиковый ход.	2	Этиология. Патологическая анатомия. Клиническое течение. Диагностика. Лечение.	УК-1, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
13	Анокопчиковый болевого синдром.	2	Этиология. Патологическая анатомия. Клиническое течение. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.	УК-1, ПК-5, ПК-6	
ВСЕГО ПА № 1		26			
Курс 1__ Промежуточная аттестация № 2					

Раздел 4. Заболевания прямой и ободочной кишок.					
14	Ректоцеле. Ректовагинальные свищи. Выпадение прямой кишки. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Синдром раздраженной толстой кишки.	2	Ректоцеле. Этиология. Патологическая анатомия. Клиническое течение. Диагностика. Лечение. Ректовагинальные свищи. Этиология. Патологическая анатомия. Клиническое течение. Диагностика. Лечение. Выпадение прямой кишки. Этиология. Патологическая анатомия. Клиническое течение. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Лечение больных с внутренним выпадением (инвагинацией). Лечение наружного выпадения прямой кишки. Операции на выпавшей части прямой кишки. Пластика анального канала и тазового дна. Внутривентральные резекции толстой кишки. Фиксирующие операции. Комбинированные операции. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Этиология. Патологическая анатомия. Клиническое течение. Диагностика. Клиника неосложненного дивертикулёза. Осложнения дивертикулярной болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Синдром раздраженной толстой кишки. Этиология. Патологическая анатомия. Клиническое течение. Диагностика. Лечение	УК-1, ПК-2 ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
15	Колиты.	2	Колиты. Классификация колитов. Язвенный колит. Этиология. Патогенез. Клиническое течение язвенного колита. Критерии тяжести язвенного колита. Осложнения язвенного колита. Диагностика язвенного колита. Дифференциальная диагностика. Лечение язвенного колита. Консервативное лечение язвенного колита. Хирургическое лечение язвенного колита. Показания к операции. Виды оперативных вмешательств при язвенном колите. Послеоперационные осложнения. Отдаленные результаты хирургического лечения. ВТЭ и трудовой прогноз больных язвенным колитом. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Классификация. Клиника. Общие симптомы. Местные симптомы. Осложнения. Кишечные кровотечения. Инфильтраты и абсцессы брюшной полости. Кишечная непроходимость. Токсическая дилатация. Диагностика. Лечение. Медикаментозное лечение. Лечение осложнений. Хирургическое лечение. Показания к хирургическому лечению. Виды операций. Ишемический колит. Определение. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Лечение обратимой формы ишемического колита. Лечение необратимой формы ишемического колита. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.	УК-1, ПК-2 ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
Раздел 5. Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности. Неотложная колопроктология					
16	Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности. Неотложная колопроктология	2	Аноректальная мальформация. Болезнь Гиршпрунга. Врожденная аномалия кишечника. Дивертикул Меккеля. Н-фистула (ректовезибулярный, ректовагинальный свищ). Повреждения и инородные тела толстой кишки. Классификация повреждений толстой кишки. Повреждения ободочной кишки. Ранения ободочной кишки в мирное время. Объем диагностических мероприятий. Хирургическая тактика. Показания к	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П

			наложению илеостомы, колостомы. Ранения ободочной кишки в военных условиях. Тактика с учетом объема помощи на этапах эвакуации. Тактика с учетом характера травмы. Повреждения прямой кишки. Механические повреждения прямой кишки. Ожоги прямой кишки. Диагностика повреждений прямой кишки. Хирургическая тактика при повреждениях различных отделов кишки. Операции при повреждении внутрибрюшного отдела. Операции при повреждении внебрюшного отдела кишки. Показания к отключению прямой кишки. Инородные тела толстой кишки. Пути попадания инородных тел в толстую кишку. Клиника. Диагностика инородных тел. Способы удаления инородных тел. Показания к лапаротомии		
Раздел 6. Опухоли толстой кишки и анального канала					
17	Полипты и полипозные синдромы. Рак толстой кишки. Рак анального канала.	2	Доброкачественные новообразования толстой кишки (неопластические полипты). Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Лечение больных одиночными полипами. Лечение больных множественными полипами. Лечение больных ворсинчатыми аденомами. Семейный аденоматоз толстой кишки. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Патологическая анатомия. Прогноз. Полипозные синдромы. Гарднера синдром. Олфилда синдром. Тюрко синдром. Золингера-Эллисона синдром. Пейтца-Егерса синдром. Кронкайт - Канада синдром. Линча синдром. Ювенильный полипоз. Рак толстой кишки. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диагностические методы. Алгоритм диагностических мероприятий. Лечение. Хирургическое лечение. Общие принципы хирургического лечения рака толстой кишки. Хирургическое лечение рака ободочной кишки. Хирургическое лечение рака прямой кишки. Комбинированное и комплексное лечение рака толстой кишки. Рак анального канала. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение (хирургическое, комбинированное)	УК1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	Оборудование для мультимедийной презентации, П
18	Неэпителиальные опухоли толстой кишки. Эндометриоз толстой кишки.	2	Неэпителиальные опухоли толстой кишки. Гладкомышечные опухоли. Патологическая анатомия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Карциноид. Патологическая анатомия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Мезенхимомы параректальной клетчатки. Патологическая анатомия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Злокачественная лимфома. Патологическая анатомия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Эндометриоз толстой кишки. Патогенез. Патологическая анатомия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Особенности течения и диагностики опухолевых заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности течения и диагностики опухолевых заболеваний толстой кишки. Особенности течения и диагностики опухолевых заболеваний анального канала.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	Оборудование для мультимедийной презентации, П
Всего за ПА № 2 10		10			
ИТОГО		36			

**** Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия:** П-презентация

4.4. Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП **(% или час.)	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1 — Промежуточная аттестация №1							
Раздел 1 Организация колопроктологической службы (12 час.)							
Тема 1.1	Практическое занятие	Организация колопроктологической помощи в России	6	80%	Организационные принципы оказания колопроктологической помощи. Этапы развития отечественной колопроктологии. Перспективы развития колопроктологии. Медицинская психология. Этика и деонтология.	ПК-6	КВ
Тема 1.2	Практическое занятие	Основные нормативные и правовые акты, необходимые для работы колопроктолога.	6	80%	Правовые вопросы. Врачебная тайна. Взаимоотношение врача и пациента в современных условиях. Юридическая ответственность. Законодательство о здравоохранении. Правовые нормы. Ответственность должностных лиц за нарушение законодательства. Организация амбулаторно-поликлинической помощи. Планирование и финансирование. Страховая медицина.	ПК-6	КВ
Тема (раздел) 2 Заболевания заднего прохода и промежности (120 час.)							
Тема 2.1.	Практическое занятие	Семiotика и диагностика колопроктологических заболеваний. Геморрой	12	80%	Геморрой Классификация, формулировка диагноза, диагностика – сбор анамнеза, осмотр врачом-колопроктологом, оценка анального рефлекса, пальцевое обследование прямой кишки, аноскопия. Ректороманоскопия, колоноскопия и ирригоскопия, исследование функционального состояния ЗАПК. Дифференциальная диагностика	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
			8	80%	Консервативное лечение Хирургическое лечение Профилактика. Противопоказания. Прогноз	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 2.2	Практическое занятие	Семiotика и диагностика колопроктологических заболеваний. Анальная трещина	8	80%	Анальная трещина Классификация, формулировка диагноза, диагностика – сбор анамнеза, осмотр врачом-колопроктологом, оценка анального рефлекса, пальцевое обследование прямой кишки, аноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, исследование функционального состояния ЗАПК	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ

					Дифференциальная диагностика		
			6	80%	Лечение: консервативная терапия, консервативная терапия в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера прямой кишки	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
			8	80%	Хирургическое лечение хронической анальной трещины Противопоказания. Прогнозы	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 2.3	Практическое занятие	Семiotика и диагностика колопроктологических заболеваний.	12	80%	Свищи заднего прохода Свищи заднего прохода: классификация, формулировка диагноза, клинические диагностические критерии, установление диагноза. Дифференциальная диагностика	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
			8	80%	Хирургическое лечение: показания для хирургического лечения, виды хирургических вмешательств. Противопоказания. Прогнозы	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 2.4	Практическое занятие	Семiotика и диагностика колопроктологических заболеваний.	8	80%	Эпителиальный копчиковый ход Классификация, формулировка диагноза. Диагностика: сбор анамнеза, осмотр больного, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, фистулография, УЗИ крестово-копчиковой области.	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
			12	80%	Консервативное лечение Хирургическое лечение Противопоказания. Прогноз. Профилактика.	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 2.5	Практическое занятие	Семiotика и диагностика колопроктологических заболеваний. Заболевания перianальной кожи	12	80%	Заболевания перianальной кожи Классификация. Профилактика. Скрининг. Формулировка диагноза. Диагностика: клинические диагностические критерии, установление диагноза. Дифференциальная диагностика	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
			8	80%	Лечение: медикаментозное лечение. Хирургическое лечение Противопоказания. Прогноз.	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 2.6	Практическое занятие	Семiotика и диагностика колопроктологических заболеваний. Анокопчиковый болевой синдром	10	80%	Анокопчиковый болевой синдром Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика.	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
			8	80%	Функциональная аноректальная боль. Патологически подвижный травмированный копчик	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема (раздел) 3 Неопухолевые заболевания анального канала и перianальной области (288 час.)							
Тема 3.1.	Практическое занятие	Неопухолевые заболевания анального канала и перianальной области. Ректовагинальные свищи	12	80%	Свищи прямой кишки Классификация, формулировка диагноза, диагностика – клинические диагностические критерии, установление диагноза. Дифференциальная диагностика.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ

	Практическое занятие		12	80%	Хирургическое лечение Противопоказания. Прогнозы.		
Тема 3.2.	Практическое занятие	Неопухолевые заболевания анального канала и перianальной области.	20	80%	Ректоцеле Классификация. Профилактика. Клинические проявления. Диагностика.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
	Практическое занятие	Ректоцеле	20	80%	Лечение – консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению. Прогноз Хирургическое лечение	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 3.3.	Практическое занятие	Неопухолевые заболевания анального канала и перianальной области. Пресакральные кисты	24	80%	Пресакральные кисты. Классификация, формулировка диагноза. Диагностика: сбор анамнеза, осмотр больного, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, фистулография, УЗИ крестово-копчиковой области.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
	Практическое занятие		8	80%	Консервативное лечение	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
	Практическое занятие		16	80%	Хирургическое лечение Противопоказания. Прогноз. Профилактика.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 3.4.	Практическое занятие	Неопухолевые заболевания анального канала и перianальной области. Неорганные опухоли таза		80%	Неорганные опухоли таза. Классификация, формулировка диагноза. Диагностика: сбор анамнеза, осмотр больного, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, фистулография, УЗИ крестово-копчиковой области.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
	Практическое занятие		8	80%	Консервативное лечение	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
	Практическое занятие		16	80%	Хирургическое лечение Противопоказания. Прогноз. Профилактика.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 3.5.	Практическое занятие	Неопухолевые заболевания анального канала и перianальной области.	24	80%	Выпадение прямой кишки Классификация. Профилактика. Клинические проявления. Диагностика.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
	Практическое занятие	Выпадение прямой кишки	24	80%	Лечение – консервативное лечение. Хирургическое лечение Прогноз.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 3.6.	Практическое занятие	Неопухолевые заболевания анального канала и перianальной области. Недостаточность анального сфинктера	32	80%	Недостаточность анального сфинктера Классификация, формулировка диагноза, диагностика - сбор анамнеза, осмотр больного, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, проктография с ирригоскопией, оценка функционального состояния ЗАПК, эноректальное ультразвуковое исследование.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
	Практическое занятие		12	80%	Консервативное лечение. Медикаментозное лечение.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ

	занятие					ПК-6	
	Практическое занятие		24	80%	Биологическая обратная связь. Электростимуляция анального сфинктера и мышц промежности. Лечебная физкультура. Хирургическое лечение: показания к хирургическому лечению, сфинктеропластика. Противопоказания. Прогноз. Профилактика.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
	Практическое занятие		24	80%	Дисфункция тазового дна Функциональная анатомия тазового дна у женщин. Этиопатогенез синдрома опущения промежности. Семиотика синдрома опущения тазового дна.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
	Практическое занятие		12	80%	Консервативное лечение. Хирургическое лечение.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Всего за ПА № 1 в час.			420	336 час.			
Курс 1 Промежуточная аттестация № 2							
Тема (раздел) 4 Онкологическая колопроктология (84)							
Тема 4.1.	Практическое занятие	Колоректальный рак: эпидемиология, скрининг, диагностика, стадирование	10	80%	Колоректальный рак Этиология и патогенез Классификация Клинические проявления Диагностика Осложнения	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 4.2.	Практическое занятие	Хирургическое лечение рака прямой кишки	14	80%	Хирургическое лечение Лечение. Паллиативное лечение Прогноз	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 4.3.	Практическое занятие	Хирургическое лечение рака ободочной кишки	10	80%	Рак ободочной кишки. Хирургическое лечение Лечение. Паллиативное лечение. Прогноз	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 4.4.	Практическое занятие	Комбинированное лечение колоректального рака	10	80%	Комбинированное лечение колоректального рака. Химиотерапия. Лучевая терапия. Особенности. Осложнения. Прогноз.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 4.5.	Практическое занятие	Распространённые формы колоректального рака	10	80%	Распространённые формы колоректального рака. Хирургическое лечение Лечение. Паллиативное лечение Прогноз	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 4.6.	Практическое занятие	Рак анального канала	12	80%	Рак анального канала. Хирургическое лечение. Комбинированное лечение. Реконструктивные операции. Лечение. Паллиативное лечение Прогноз	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 4.7.	Практическое занятие	Доброкачественные новообразования толстой кишки	10	80%	Доброкачественные новообразования толстой кишки. Этиология и патогенез Классификация	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ

					Клинические проявления Диагностика. Осложнения. Хирургическое лечение.		
Тема 4.8.	Практическое занятие	Семейный аденоматоз.	8	80%	Семейный аденоматоз. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления Диагностика. Осложнения. Хирургическое лечение. Прогноз.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема (раздел) 5 Воспалительные и функциональные заболевания кишечника (60 час.)							
Тема 5.1	Практическое занятие	Язвенный колит: этиология, патогенез, эпидемиология, диагностика, консервативное лечение.	8	80%	Язвенный колит Этиология и патогенез. Эпидемиология. Классификация. Диагностика: жалобы и анамнез. Физикальное обследование, лабораторная диагностика, инструментальная диагностика, иная диагностика. Лечение: консервативное лечение.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 5.2	Практическое занятие	Язвенный колит: хирургическое лечение	6	80%	Хирургическое лечение Реабилитация, профилактика и диспансерное наблюдение.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 5.3	Практическое занятие	Болезнь Крона: этиология, патогенез, эпидемиология, классификация, диагностика, консервативное лечение	8	80%	Болезнь Крона Этиология и патогенез. Эпидемиология. Классификация. Диагностика: жалобы и анамнез, обследование, лабораторная диагностика, инструментальная диагностика, иная диагностика. Лечение: консервативное лечение.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 5.4	Практическое занятие	Болезнь Крона: хирургическое лечение.	6	80%	Хирургическое лечение болезни Крона Реабилитация, Профилактика и диспансерное наблюдение.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 5.5	Практическое занятие	Недифференцированный колит и редкие виды колитов	6	80%	Недифференцированный колит и редкие виды колитов Этиология и патогенез. Эпидемиология. Классификация. Диагностика: жалобы и анамнез. Физикальное обследование, лабораторная диагностика, инструментальная диагностика, иная диагностика. Лечение: консервативное лечение. Хирургическое лечение Реабилитация. Профилактика и диспансерное наблюдение.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 5.6	Практическое занятие	Дивертикулёз и дивертикулярная болезнь: этиопатогенез, эпидемиология, классификация, неосложнённая форма.	10	80%	Дивертикулёз и дивертикулярная болезнь Этиология и патогенез. Эпидемиология. Классификация. Диагностика. Осложнённые формы. Лечение. Консервативное лечение.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 5.7	Практическое занятие	Дивертикулярная болезнь: осложнённые формы.	8	80%	Показания к хирургическому лечению; хирургическое лечение Реабилитация, профилактика и диспансерное наблюдение	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ

Тема 5.8	Практическое занятие	Хронический запор	4	80%	Хронический запор Этиология и патогенез. Эпидемиология. Классификация. Диагностика. Диагностика: жалобы и анамнез, физикальное обследование, лабораторная диагностика, инструментальная диагностика, иная диагностика. Лечение. Реабилитация. Профилактика и диспансерное наблюдение.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 5.9	Практическое занятие	Дисфункция тазового дна	4	80%	Дисфункция тазового дна. Этиология и патогенез. Эпидемиология. Классификация. Диагностика. Диагностика: жалобы и анамнез, физикальное обследование, лабораторная диагностика, инструментальная диагностика, иная диагностика. Лечение. Реабилитация. Профилактика и диспансерное наблюдение.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Раздел 6. Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности (40 час.)							
Тема 6.1.	Практическое занятие	Болезнь Гиршпрунга.	8	80%	Болезнь Гиршпрунга Классификация. Формулировка диагноза. Диагностика – клиническая картина. Инструментальные исследования. Диагностические критерии. Лечение. Хирургическое лечение Диспансерное наблюдение. Прогноз.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 6.2.	Практическое занятие	Идиопатический мегаколон.	8	80%	Идиопатический мегаколон. Классификация. Формулировка диагноза. Диагностика – клиническая картина. Инструментальные исследования. Диагностические критерии. Лечение. Хирургическое лечение Диспансерное наблюдение. Прогноз	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 6.3.	Практическое занятие	Долихоколон. Заворот	8	80%	Долихоколон. Заворот. Классификация. Формулировка диагноза. Диагностика – клиническая картина. Инструментальные исследования. Диагностические критерии. Лечение. Хирургическое лечение Диспансерное наблюдение. Прогноз. Противопоказания.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 6.4.	Практическое занятие	Аномалии положения и фиксации.	6	80%	Аномалии положения и фиксации. Классификация. Формулировка диагноза. Диагностика – клиническая картина. Инструментальные исследования. Диагностические критерии. Лечение. Хирургическое лечение Диспансерное наблюдение. Прогноз. Противопоказания.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 6.5.	Практическое занятие	Ангиодисплазия.	4	80%	Ангиодисплазия. Классификация. Диагностика (эндоскопические методы, рентгенологические методы).	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ

					Лечение		
Тема 6.6.	Практическое занятие	Аномалии заднего прохода и промежности.	6	80%	Аномалии заднего прохода и промежности Эмбриопатогенез, классификация, клинические проявления, диагностика. Лечение	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Раздел 7. Хирургическое лечение пациентов с кишечными стомами (16 час.)							
Тема 7.1.	Практическое занятие	Формирование кишечных стом: показания, общие принципы, техника операций	4	80%	Реабилитация колопроктологических больных. Виды кишечных стом. Техника формирования кишечных стом. Уход за кишечными стомами. Подбор технических средств реабилитации больных с кишечной стомой Определение вида стомы Оценка размера, конфигурации. Месторасположения стомы на передней брюшной стенке Установление психофизических особенностей пациента. Определение размера и типа калоприемника Определение нормы выдачи ТСП Диагностика осложнений кишечных стом и выбор метода лечения. Принципы колопроктологической реабилитации.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 7.2.	Практическое занятие	Колит отключённой кишки	4	80%	Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Консервативное лечение. Прогноз.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 7.3.	Практическое занятие	Операции ликвидации петлевых кишечных стом	4	80%	Выбор метода ликвидации. Особенности. Виды операций. Осложнения. Прогноз.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Тема 7.4.	Практическое занятие	Осложнения кишечных стом.	4	80%	Алгоритм диагностики осложнений кишечных стом и выбор метода лечения Алгоритм выбора метода лечения кишечной стомы Лечение осложнений кишечных стом Хирургическое лечение Лечение ранних осложнений Лечение поздних осложнений Консервативное лечение Современные принципы лечения кожных осложнений в области стомы Особенности ведения больных с кишечной стомой в амбулаторных условиях	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ
Раздел 8. Неотложная колопроктология (20 час.)							
Тема 8.1.	Практическое занятие	Острый аэробный парапроктит	4	80%	Острый аэробный парапроктит. Диагностика. Диагностические критерии Лечение. Консервативные мероприятия Хирургическое лечение	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	КВ
Тема 8.2.	Практическое занятие	Кишечная непроходимость.	4	80%	Кишечная непроходимость Диагностика. Диагностические критерии	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-	КВ

					Лечение. Консервативные мероприятия Хирургическое лечение Основные правила формирования кишечных стом Типовые объемы оперативных вмешательств при толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии	12	
Тема 8.3.	Практическое занятие	Кишечное кровотечение.	4	80%	Кишечное кровотечение. Диагностика. Диагностические критерии Лечение. Консервативные мероприятия Хирургическое лечение	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	КВ
Тема 8.4.	Практическое занятие	Гнойно-воспалительные осложнения заболеваний толстой кишки.	4	80%	Гнойно-воспалительные осложнения заболеваний толстой кишки. Этиология и патогенез. Симптоматика. Диагностика. Лечение.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	КВ
Тема 8.5.	Практическое занятие	Травмы и повреждения толстой кишки	4	80%	Травмы и повреждения толстой кишки Этиология и патогенез. Симптоматика. Диагностика. Лечение	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	КВ
Всего за ПА № 2 в час.			200	160 час.			
ИТОГО в час.			620	496 час.			

* **Формы проведения занятий семинарского типа:** практическое занятие,

. *** **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы

4.5. Тематический план занятий для самостоятельной работы

№ темы	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП в %	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства* для текущего контроля
Тема 1	Профилактическая деятельность врача-колопроктолога	26	50%	Подготовка реферата на тему: «Нормативно-правовые документы, регулирующие деятельность врача-колопроктолога в области охраны здоровья взрослого населения». Подготовка реферата на тему: «Нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения». Оформление слайд-презентации: «Основные принципы проведения профилактики колопроктологических заболеваний»	ПК-6	КВ, СЗ
Тема 2	Методы обследования и лечения пациентов с колопроктологическими заболеваниями	192	50%	Оформление слайд-презентации: «Семiotика колопроктологических заболеваний». Оформление слайд-презентации: «Диагностика колопроктологических заболеваний».	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ

				Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Острый и хронический геморрой. Обследование и тактика лечения». Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Острая и хроническая анальные трещины. Обследование и тактика лечения». Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Острый аэробный парапроктит. Диагностика и лечение». Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Острый анаэробный парапроктит. Диагностика и лечение». Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Недостаточность анального сфинктера, обследование и лечение». Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Дивертикулярная болезнь толстой кишки, обследование и лечение». Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Язвенный колит. Диагностика и тактика лечения». Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Болезнь Крона. Диагностика и тактика лечения». Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Синдром раздражённого кишечника». Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Доброкачественные опухоли прямой кишки. Виды хирургических вмешательств». Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Злокачественные опухоли прямой кишки. Виды хирургических вмешательств». Подбор клинических и учебных материалов по теме: «Рак анального канала. Диагностика и лечение». Оформление слайд-презентации: «Врожденные заболевания толстой кишки, анального канала и промежности у взрослых». Оформление слайд-презентации: «Полипы и полипозные синдромы».		
Тема 3	Операции на толстой кишке, анальном канале и промежности	76	50%	Оформление слайд-презентации: «Брюшно-полостные операции». Оформление слайд-презентации: «Брюшно-промежностные операции». Оформление слайд-презентации: «Операции на анальном канале и промежности»	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ
Тема 4	Медицинская реабилитация пациентов с колопроктологическими заболеваниями	12	50%	Оформление слайд-презентации: «Медицинская реабилитация пациентов с колопроктологическими заболеваниями». Оформление слайд-презентации: «Оценка качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей».	ПК-6	КВ, СЗ
Тема 5	Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	12	50%	Оформление слайд-презентации: «Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях».	ПК-6	КВ, СЗ
Тема 6	Медицинская помощь при стихийных бедствиях и	12	50%	Подготовка реферата на тему: «Организация медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации».	ПК-2; ПК-12	КВ, СЗ

	чрезвычайных ситуациях					
	Подготовка и оформление курсовой работы	40	50%		УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	II
		370	185 час.			

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ПН-практические навыки, П-презентация*

Оформление курсовой работы осуществляется в соответствии с локальным актом «Порядок оформления курсовой работы обучающимися по программам ординатуры».

Примерная тематика презентаций (докладов) для самостоятельной работы:

1. Клиническая анатомия передней брюшной стенки: строение, вариации и значение в хирургии.
2. Анатомия тонкой кишки: особенности кровоснабжения, лимфооттока и вариации.
3. Ободочная кишка: топографические особенности и клиническое значение.
4. Строение и функции прямой кишки: морфологические особенности и клинические аспекты.
5. Анатомия анального канала: структура, иннервация и значение для диагностики заболеваний.
8. Физиология тонкой кишки: моторика, секреция и всасывание.
9. Ободочная кишка: физиологические особенности и регуляция функций.
10. Физиология прямой кишки: механизмы формирования рефлексов и моторики.
11. Иннервация и регуляция функции анального канала.
12. Физиологические функции промежности и их роль в акте дефекации.
13. Взаимосвязь физиологических процессов тонкой и ободочной кишок с функциями прямой кишки и анального канала.
14. Нарушения физиологических механизмов кишечной моторики: причины и клиническое значение.
15. Морфологическая структура геморроя и его патологические изменения.
16. Клеточные особенности полипов прямой кишки и критерии их злокачественной трансформации.
17. Морфология свищей прямой кишки: воспалительные и структурные особенности.
18. Эпителиальные злокачественные опухоли анального канала: морфологические признаки и классификация.
19. Патологическая анатомия параректальной клетчатки при воспалительных и опухолевых процессах.
20. Основные морфологические типы заболеваний аноректальной области: воспаление, гиперплазия, опухоли.
21. Взаимосвязь морфологических изменений с диагностикой и прогнозом заболеваний аноректальной области.

Примерная тематика презентаций (докладов) для курсовых работ:

1. Анатомические особенности промежности и их влияние на развитие и лечение колопроктологических заболеваний.
2. Взаимосвязь анатомии передней брюшной стенки, кишечника и промежности в контексте хирургического планирования и выполнения операций.
3. Физиологические особенности моторики тонкой кишки и их значение при патологиях.
4. Регуляция секреции и всасывания в ободочной кишке: физиологические механизмы.
5. Механизмы формирования и функции прямой кишки: рефлекторные и моторные аспекты.
6. Физиология анального канала: иннервация, сфинктерный механизм и регуляция дефекации.
7. Роль промежности в поддержании функции тазовых органов и механизмов дефекации.
8. Взаимосвязь физиологических процессов тонкой и ободочной кишок с функциями прямой кишки и анального канала.
9. Нарушения физиологических механизмов кишечной моторики и их клиническое значение.
10. Морфологические особенности геморроя: сосудистая сеть, воспалительные изменения и признаки прогрессирования.
11. Структура и клеточные особенности полипов прямой кишки: доброкачественные и предраковые формы.
12. Морфология свищей прямой кишки: воспалительные изменения, стенозы и особенности формирования фистул.
13. Эпителиальные злокачественные новообразования анального канала: морфологическая характеристика и дифференцировка.
14. Воспалительные и гиперпластические изменения параректальной клетчатки при заболеваниях аноректальной области.
15. Варианты морфологических изменений при хроническом геморрое и их клиническое значение.
16. Связь морфологических особенностей заболеваний аноректальной области с клиническими проявлениями и прогнозом.

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии активного обучения (инновационные)
5. Технологии группового обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1 Распределение количества оценочных средств по разделам при текущем контроле

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств	
		КВ	П (д)
Текущий контроль	Раздел 1. Организация колопроктологической службы	5	Доклады и презентации по темам самостоятельных работ
	Раздел 2. Семiotика колопроктологических заболеваний. Диагностика колопроктологических заболеваний	14	
	Раздел 3. Неопухолевые заболевания анального канала и перианальной области.	13	
	Раздел 4. Онкологическая колопроктология	21	

	Раздел 5. Воспалительные и функциональные заболевания кишечника.	27	
	Раздел 6. Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности.	14	
	Раздел 7. Хирургическое лечение пациентов с кишечными стомами.	6	
	Раздел 8. Неотложная колопроктология.	21	
ИТОГО		121	

5.2 Распределение количества оценочных средств по разделам на промежуточной аттестации

Промежуточные аттестации	Общее количество оценочных средств		
	КВ	ТЗ	СЗ
Промежуточная аттестация № 1	25	90	15
Промежуточная аттестация № 2	33	90	9
ВСЕГО	62	180	24

5.3 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	ТЗ, КВ, СЗ
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	ТЗ, КВ, СЗ
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	ТЗ, КВ, СЗ
ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи	ТЗ, КВ, СЗ
ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	ТЗ, КВ, СЗ
ПК-12 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	ТЗ, КВ, СЗ

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи, П – презентации
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

5.4 Организация промежуточной аттестации

Этапы проведения промежуточной аттестации № 1 и № 2:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Код контролируемой компетенции
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7
3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 2			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7
3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-12

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

«Отлично» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

«Хорошо» - ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

«Удовлетворительно» - ответ неполный, требует наводящих вопросов. Нечёткое, сбивчивое изложение ответа с ошибками.

«Неудовлетворительно» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:

«Отлично» - ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно.

«Хорошо» - ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

«Удовлетворительно» - ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа.

«Неудовлетворительно» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания		
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы	Качество презентации и курсовой работы
Неудовлетворительно	70% и менее	При ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.	оформление презентации не выдержано в едином стиле, отсутствует наглядный материал и логика изложения, в тексте много грамматических ошибок; ординатор не отвечает на вопросы по содержанию курсовой работы (методам, полученным результатам, выводам и т.п.). Ответы не соответствуют сути заданных вопросов
Удовлетворительно	71-80%	Ответ неполный, требует наводящих вопросов. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	оформление презентации не выдержано в едином стиле, присутствует много текста, которые не несет никакой значимой информации, имеются грамматические ошибки – более 5; в ответах на вопросы к докладу ординатор показывает недостаточные знания, затрудняется в объяснении результатов собственных исследований
Хорошо	81-90%	Ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	презентация оформлена хорошо, но присутствуют отклонения от единого стиля, оформление не отвлекает от содержания; количество наглядного материала составляет не менее 40 % от общего объема презентации, грамматических ошибок не более 3; при ответах на вопросы к докладу демонстрируются полные теоретические знания, но ординатор затрудняется объяснить отдельные факты из результатов собственных исследований
Отлично	91-100%	Ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.	презентация оформлена в едином стиле, выполнено акцентирование наиболее значимой информации, оформление не отвлекает от содержания; отсутствуют грамматические ошибки; при ответах на вопросы по докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области проведенных исследований

Критерии оценки сформированности компетенций на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций

Примеры типовых контрольных вопросов:

1. Геморрой. Малоинвазивные методы лечения (ПК-6)
2. Ректовагинальные свищи. Хирургическая тактика. (ПК-6)
3. Принципы работы колопроктологического кабинета (ПК-5)
4. Анальная трещина. Патогенез. Выбор способа лечения (УК-1, ПК-5, ПК-6)

Примеры типовых тестовых заданий:

1. Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования (ПК-6):
 - а) левой и правой ветвей средней ободочной артерии
 - б) **левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии**
 - в) подвздошно-ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
 - г) левой ветви средней ободочной артерии и первой ветви сигмовидной артерии
 - д) в образовании дуги Риолана принимают участие все перечисленные артерии
2. Врачебная должность колопроктолога консультативно-диагностического центра устанавливается (ПК-6):
 - 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.
3. При недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до 1/3 окружности и локализацией по боковым сегментам показана операция (УК-1, ПК-5, ПК-6):
 1. сфинктеропластика
 2. сфинктеролеваторопластика
 3. в зависимости от выраженности рубцового процесса в мышце - сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика
 4. сфинктерогютеопластика
 5. лейомиопластика
 - а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) **если правильный ответ 4**
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложение 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно- образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<https://moodle-new.almazovcentre.ru>

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB. RU»

(www.medlib.ru)

СИС «MedbaseGeotar» (<https://mbasegeotar.ru/>)

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

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru>)

ЭБС «Лань» (<https://e.lanbook.com/>)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Научная электронная библиотека (<http://elibrary.ru/>)

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Yandex (<http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/>)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6. 2 Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

Основная литература:

1. Колопроктология : руководство для врачей / М. А. Осадчук, Т. Е. Липатова, Л. А. Тюльтеяева, Е. Д. Миронова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 336 с. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477120.html>
2. Загрядский, Е. А. Малоинвазивная хирургия геморроидальной болезни / Е. А. Загрядский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458792.html>
3. Ачкасов, С. И. Кишечные стомы / Ачкасов С. И., Калашникова И. А., Стародубов В. И., Шельгин Ю. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 304 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464694.html>
4. Геморрой. Диагностика и лечение / под ред. Ю. А. Шельгина, А. Ю. Титова, Л. А. Благодарного, С. И. Ачкасова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 216 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471487.html>

Дополнительная литература:

1. Шельгин, Ю. А. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шельгина - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 560 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443576.html>
2. Олейников, П. Н. Руководство по амбулаторной хирургической помощи / под ред. П. Н. Олейникова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 416 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444481.html>
3. Загрядский, Е. А. Трансанальная дезартеризация в лечении геморроидальной болезни / Е. А. Загрядский - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 176 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434147.html>
4. Ардатская, М. Д. Пробиотики, пребиотики и метабиотики в клинической практике: руководство для врачей / М. Д. Ардатская. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 264 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970481622.html>
5. Заболевания кожи промежности и перианальной области / А. А. Хрянин, А. В. Соколовская, Д. Р. Маркарьян [и др.]; под ред. А. А. Хрянина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970469170.html>
6. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. (Серия "Национальные руководства"). - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466315.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы для обучающихся

Методические материалы для обучающихся по выполнению самостоятельной работы: Методическое пособие для обучающихся в ординатуре/ Санкт- Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», 2022.

7.2 Учебно-методические материалы для преподавателей

Методические материалы по дисциплине «Колопроктология» для специальности 31.08.55 Колопроктология, Санкт- Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», 2025.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Колопроктология» программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.55 Колопроктология Центр Алмазова располагает материально-технической базой,

соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованные специализированной мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочим учебным программам дисциплин;
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа - укомплектованные специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации;
- учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации;
- учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации;
- учебная аудитория для курсового проектирования (выполнения курсовых работ) - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации;
- помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечено доступом в электронную информационно-образовательную среду организации;
- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами: специализированные медицинские отделения, палаты и ординаторские, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями, и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Колопроктология» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.55 Колопроктология.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Колопроктология» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и

другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»

Специальность ординатуры	31.08.55 Колопроктология
Квалификация (степень) выпускника:	Врач-колопроктолог
Срок освоения ОПОП:	2 года

Санкт-Петербург
2025

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Организация колопроктологической службы	УК-1, ПК-2, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 2. Семiotика колопроктологических заболеваний. Диагностика колопроктологических заболеваний	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 3. Неопухолевые заболевания анального канала и перianальной области.	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 4. Онкологическая колопроктология	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 5. Воспалительные и функциональные заболевания кишечника.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 6. Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности. Хирургическое лечение пациентов с кишечными стомами.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 7. Хирургическое лечение пациентов с кишечными стомами	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 8. Неотложная колопроктология.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	КВ, ТЗ, СЗ

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи*

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

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.

ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи.

ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.

ПК-12 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальные компетенции

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1	Знает: - методы формальной логики	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	Для текущего контроля: КВ: Тема 2.1-2.6 Тема 3.1-3.6 Тема 4.1-4.8 Тема 5.1-5.9 Тема 6.1-6.6 Тема 7.1-7.4 Тема 8.1-8.5 Для промежуточных аттестаций ПА № 1: КВ 1-25; ТЗ 1-90; СЗ 1-15 ПА № 2: КВ 26-62; ТЗ 1-90; СЗ 16-24
	Умеет: - самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-2	Знает: - вопросы организации диспансерного наблюдения и диетологической реабилитации больных, выписанных из стационара. - методы проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными детьми Умеет: - осуществлять диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными детьми	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	Для текущего контроля: КВ: Тема 2.1-2.6 Тема 3.1-3.6 Тема 4.1-4.8 Тема 5.1-5.9 Тема 6.1-6.6 Тема 7.1-7.4 Тема 8.1-8.5 Для промежуточных аттестаций ПА № 1: КВ 1-25; ТЗ 1-90; СЗ 1-15 ПА № 2: КВ 26-62; ТЗ 1-90; СЗ 16-24

ПК-5	Знает: - проявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем Умеет: - определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	Для текущего контроля: КВ: Тема 2.1-2.6 Тема 3.1-3.6 Тема 4.1-4.8 Тема 5.1-5.9 Тема 6.1-6.6 Тема 7.1-7.4 Тема 8.1-8.5 Для промежуточных аттестаций <u>ПА № 1:</u> КВ 1-25; ТЗ 1-90; СЗ 1-15 <u>ПА № 2:</u> КВ 26-62; ТЗ 1-90; СЗ 16-24
ПК-6	Знает: - этиологию, патогенез, клинику и диагностику основных колопроктологических заболеваний. Умеет: - уметь определять показания и целесообразность использования различных лечебных и диагностических вмешательств при ведении и лечении пациентов колопроктологического профиля.	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	Для текущего контроля: КВ: Тема 2.1-2.6 Тема 3.1-3.6 Тема 4.1-4.8 Тема 5.1-5.9 Тема 6.1-6.6 Тема 7.1-7.4 Тема 8.1-8.5 Для промежуточных аттестаций <u>ПА № 1:</u> КВ 1-25; ТЗ 1-90; СЗ 1-15 <u>ПА № 2:</u> КВ 26-62; ТЗ 1-90; СЗ 16-24
ПК-7	Знает: - принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации Умеет: - организовать обеспечение медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	Для текущего контроля: КВ: Тема 2.1-2.6 Тема 3.1-3.6 Тема 4.1-4.8 Тема 5.1-5.9 Тема 6.1-6.6 Тема 7.1-7.4 Тема 8.1-8.5 Для промежуточных аттестаций <u>ПА № 1:</u> КВ 1-25; <u>ПА № 2:</u> КВ 26-62; ТЗ 1-90;
ПК-12	Знает: - критерии оценки качества медицинской помощи; основные медико-статистические показатели; - методы оценки качества медицинской помощи. Умеет: - оценить качество оказания медицинской помощи; - применять полученные данные для совершенствования качества оказания медицинской помощи.	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	Для текущего контроля: КВ Тема 7.1-7.4 Тема 8.1-8.5 Для промежуточной аттестации: <u>ПА № 2:</u> КВ 26-62; ТЗ 1-90

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ – ситуационные задачи

ПН – практические навыки

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

«Отлично» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

«Хорошо» - ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

«Удовлетворительно» - ответ неполный, требует наводящих вопросов. Речевое оформление требует поправок, коррекции.

«Неудовлетворительно» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:

«Отлично» - ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно.

«Хорошо» - ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

«Удовлетворительно» - ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа.

«Неудовлетворительно» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу, ординатор не решил задачу.

Качество презентации и курсовой работы:

«Отлично» - презентация оформлена в едином стиле, выполнено акцентирование наиболее значимой информации, оформление не отвлекает от содержания, отсутствуют грамматические ошибки; при ответах на вопросы по докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области проведенных исследований

«Хорошо» - презентация оформлена хорошо, но присутствуют отклонения от единого стиля, оформление не отвлекает от содержания; количество наглядного материала составляет не менее 40 % от общего объема презентации, грамматических ошибок не более 3; при ответах на вопросы к докладу демонстрируются полные теоретические знания, но ординатор затрудняется объяснить отдельные факты из результатов собственных исследований

«Удовлетворительно» - оформление презентации не выдержано в едином стиле, присутствует много текста, которые не несет никакой значимой информации, имеются грамматические ошибки – более 5; в ответах на вопросы к докладу ординатор показывает недостаточные знания, затрудняется в объяснении результатов собственных исследований

«Неудовлетворительно» - оформление презентации не выдержано в едином стиле, отсутствует наглядный материал и логика изложения, в тексте много грамматических ошибок; ординатор не отвечает на вопросы по содержанию курсовой работы (методам, полученным результатам, выводам и т.п.). Ответы не соответствуют сути заданных вопросов

Сводная таблица критериев оценки знаний и умений по дисциплине

Оценка	Собеседование по контрольным вопросам	Выполнение тестовых заданий	Решение ситуационных задач	Защита презентации
Неудовлетворительно	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.	70% и менее	Неверный ответ на какой-либо вопрос, поставленный в ситуационной задаче	Тема не раскрыта
Удовлет-	При формулировке ответа упускает	71-80%	Недостаточно полный	Тема раскрыта

ворительно	отдельные ключевые моменты. Демонстрирует неполное знание терминов, концепций и теорий по дисциплине. На вопросы не всегда отвечает четко, логично, по существу.		ответ на какой-либо вопросы, поставленные в ситуационной задаче, фрагментарность знаний по теме ситуационной задачи	фрагментарно
Хорошо	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.	81-90%	Верный, но недостаточно полный ответ все вопросы, поставленные в ситуационной задаче	Тема раскрыта не полностью, имеются вопросы, не отраженные в презентации
Отлично	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу.	91-100%	Верный и полный развернутый ответ все вопросы, поставленные в ситуационной задаче	Тема раскрыта полностью

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет с оценкой

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Код контролируемой компетенции
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7

3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 2			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7
3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-12

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**

КВ – контрольные вопросы

Тема 1. Организация колопроктологической службы (ПК-6)

Контрольные вопросы:

1. Этапы развития колопроктологии, как самостоятельной клинической дисциплины.
2. Организация колопроктологической амбулаторно-поликлинической помощи
3. Штат и оснащение колопроктологического кабинета
4. Основные принципы организации стационарной колопроктологической помощи: оборудование и оснащение стационара в зависимости от объема оказываемой помощи.
5. Принцип организации реабилитации больных, перенесших операции по поводу заболеваний толстой кишки и анального канала

Тема 2. Семиотика колопроктологических заболеваний. Диагностика колопроктологических заболеваний (ПК-5)

Контрольные вопросы:

1. Клиническая семиотика геморроя: основные признаки и дифференциальная диагностика.
2. Семиотика полипов толстой кишки: симптомы, характерные для ранних стадий.
3. Признаки свищей прямой кишки и их клиническое значение.
4. Семиотика рака толстой кишки: ранние признаки и особенности клинического течения.
5. Клиническая семиотика воспалительных заболеваний анального канала и параректальной клетчатки.
6. Признаки кишечного дискомфорта при дивертикулярной болезни и их диагностическая ценность.
7. Клиническая семиотика нарушений функции сфинктеров и проявления аноректальных дисфункций.

Темы докладов:

8. Методы пальцевого исследования при диагностике заболеваний прямой и ободочной кишки: техника, показания и ограничения.
9. Ректороманоскопия: техника выполнения, диагностические возможности и особенности интерпретации результатов.
10. Ирригоскопия: методика, показания, преимущества и ограничения в диагностике колопроктологических заболеваний.
11. Функциональная колоноскопия (ФКС): особенности проведения, диагностическая ценность и сравнительная характеристика с традиционной колоноскопией.
12. Ультразвуковое исследование в колопроктологии: возможности, особенности выполнения и диагностические критерии.
13. Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) в диагностике заболеваний толстой кишки и аноректальной области.
14. Современные методы диагностики: сочетание различных методов и алгоритмы выбора оптимальной диагностической тактики.

Тема 3. Неопухольевые заболевания анального канала и перианальной области (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).

Контрольные вопросы:

Темы докладов:

1. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний толстой кишки: особенности и современные представления.
2. Механизмы развития геморроя: роль сосудистых, венозных и воспалительных факторов.
3. Диагностика и патогенетические аспекты полипов и гиперпластических образований толстой кишки.
4. Этиология и патогенез свищей прямой кишки и анального канала: воспалительные и травматические причины.
5. Современные методы диагностики и патогенетические механизмы развития дивертикулярной болезни.
6. Методы консервативного лечения воспалительных заболеваний толстой кишки: фармакотерапия и немедикаментозные подходы.
7. Хирургические методы лечения неопухолевых заболеваний толстой кишки и анального канала: показания, техники и результаты.
8. Криптит прямой кишки: морфологические особенности, патогенез и клиническое значение.
9. Геморрой: патогенетические механизмы развития, морфологические изменения и клинические проявления.
10. Трещины прямой кишки: морфологическая характеристика, патогенез и особенности диагностики.
11. Выпадение прямой кишки: морфологические изменения, патогенез и клинические аспекты.
12. Парaproктит: морфологические особенности, воспалительные процессы и особенности течения.
13. Прямокишечно-влагалищные свищи: морфология, патогенез и особенности диагностики.

Тема 4. Заболевания прямой и ободочной кишок (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).**Контрольные вопросы:**

1. Морфологические признаки проктита: структура слизистой и воспалительные изменения.
2. Патогенез и морфология острых и хронических форм проктита.
3. Дифференциальная диагностика проктита и проктосигмоидита по морфологическим признакам.
4. Воспалительные изменения слизистой при инфекционном проктите: морфологическая характеристика.
5. Морфология хронического проктита: особенности и прогностические признаки.
6. Варианты морфологических изменений при проктосигмоидите.
7. Значение морфологических исследований в диагностике и выборе тактики лечения проктита и проктосигмоидита.
8. Морфологические признаки неспецифического язвенного колита: структура слизистой и воспалительные изменения.
9. Патогенез неспецифического язвенного колита: морфологические механизмы повреждения тканей.
10. Дифференциальная диагностика неспецифического язвенного колита и других воспалительных заболеваний кишечника по морфологии.
11. Морфологические особенности воспаления при обострениях и ремиссиях заболевания.
12. Осложнения неспецифического язвенного колита: морфологические признаки и клиническое значение.
13. Влияние терапии на морфологические изменения слизистой при неспецифическом язвенном колите.

14. Значение морфологических исследований для прогноза и определения тактики лечения неспецифического язвенного колита.

Темы рефератов:

15. Морфологические признаки воспаления при болезни Крона: структура и особенности гранулем.

16. Патогенез болезни Крона: морфологические механизмы повреждения тканей.

17. Дифференциальная диагностика болезни Крона и язвенного колита по морфологическим признакам.

18. Особенности морфологии поражений при локализации в тонкой и толстой кишке.

19. Осложнения болезни Крона: морфологические признаки и клиническое значение.

20. Влияние медикаментозного лечения на морфологические изменения при болезни Крона.

21. Роль морфологических исследований в прогнозировании течения и выборе тактики терапии.

Тема 5. Колиты (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).

1. Морфологические особенности проктита: воспалительные изменения слизистой и подслизистого слоя.

2. Патогенез проктита и проктосигмоидита: основные механизмы развития воспалительных процессов.

3. Клиническая и морфологическая диагностика проктита: дифференциальные признаки и методы исследования.

4. Варианты течения проктита: острый, хронический, рецидивирующий — морфологические особенности.

5. Особенности морфологии проктосигмоидита: воспаление слизистой и стенки сигмовидной кишки.

6. Воспалительные изменения при инфекционном проктите: морфологические признаки и особенности диагностики.

7. Морфологические аспекты хронического проктита и проктосигмоидита: особенности течения и прогностические признаки.

8. Морфологические особенности слизистой оболочки при неспецифическом язвенном колите: воспаление, эрозии и язвы.

9. Патогенез неспецифического язвенного колита: морфологические механизмы воспаления и повреждения тканей.

10. Клиническая и морфологическая диагностика неспецифического язвенного колита: дифференциальные признаки.

11. Морфологические изменения при обострениях и ремиссиях неспецифического язвенного колита.

12. Особенности морфологии воспалительных процессов в толстой кишке при тяжелых формах заболевания.

13. Варианты морфологических проявлений осложнений неспецифического язвенного колита: перфорация, кровотечения, гиперплазия.

14. Значение морфологических исследований в оценке эффективности терапии и прогнозировании течения заболевания.

Морфологические особенности воспалительных изменений при болезни Крона: гранулематозное воспаление и характерные признаки.

15. Патогенез болезни Крона: морфологические механизмы развития воспаления и повреждения тканей.

16. Дифференциальная диагностика болезни Крона и язвенного колита: морфологические критерии.

17. Морфологические особенности поражения различных отделов кишечника при болезни Крона.

18. Осложнения болезни Крона: морфологические признаки стенозов, фистул, перфораций.

19. Влияние терапии на морфологические изменения при болезни Крона: особенности и

прогностическая ценность.

20. Значение морфологических исследований в оценке стадии и прогноза заболевания.

21. Морфологические особенности и патогенез функциональной кишечной диспепсии: современные представления.

22. Клиническая и морфологическая диагностика дивертикулярной болезни: особенности и дифференцировка.

23. Воспалительные и структурные изменения при дивертикулярной болезни: морфологический аспект.

24. Механизмы развития симптомов при функциональной кишечной диспепсии: морфологические основы.

25. Осложнения дивертикулярной болезни: морфологические признаки и клиническое значение.

26. Влияние терапии на морфологические изменения при дивертикулярной болезни и функциональной кишечной диспепсии.

27. Значение морфологических исследований в оценке прогноза и выборе тактики лечения.

Тема 6 Онкологическая колопроктология (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).

1. Современные подходы к брюшно-промежностным операциям при заболеваниях прямой кишки: показания и техника.

2. Техники и особенности выполнения брюшно-промежностных резекций при хронических воспалительных заболеваниях прямой кишки.

3. Восстановление аноректальной функции после брюшно-промежностных операций: методы и результаты.

4. Особенности хирургического лечения свищей и фистул при заболеваниях прямой кишки с использованием брюшно-промежностных доступов.

5. Операции при опухолевых поражениях прямой кишки: брюшно-промежностные техники и их преимущества.

6. Осложнения и профилактика после брюшно-промежностных операций: современные подходы.

7. Перспективные направления и инновационные технологии в брюшно-промежностной хирургии прямой кишки.

8. Современные эндоскопические методы резекции опухолей толстой кишки: техника и показания.

9. Эндоскопическая полипэктомия: виды, техника и осложнения.

10. Эндоскопическая субмукозальная диссекция (ESD) при лечении крупных и сложных полипов толстой кишки.

11. Эндоскопическая микроскопическая резекция (EMR): особенности и критерии выбора метода.

12. Техника и тактика выполнения эндоскопических резекций при ранних формах рака толстой кишки.

13. Возможности и ограничения эндоскопической терапии при дивертикулите и воспалительных заболеваниях.

14. Перспективные направления и инновационные технологии в эндоскопической резекции толстой кишки.

Тема 7. Хирургическое лечение пациентов с кишечными стомами (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12)

1. Виды кишечных стом. Техника формирования кишечных стом.

2. Уход за кишечными стомами. Подбор технических средств реабилитации больных с кишечной стомой

3. Оценка размера, конфигурации. Месторасположения стомы на передней брюшной стенке

4. Диагностика осложнений кишечных стом и выбор метода лечения

5. Лечение осложнений кишечных стом. Хирургическое лечение. Лечение ранних осложнений. Лечение поздних осложнений.
6. Современные принципы лечения кожных осложнений в области стомы

Тема 8. Неотложная колопроктология (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12).

1. Морфологические особенности острых парапроктитов: воспаление, гнойное расплавление и осложнения.
2. Клиническая и морфологическая характеристика острого геморроя: воспалительные и сосудистые изменения.
3. Морфологические аспекты острого воспаления эпителиального копчикового хода: особенности и патогенез.
4. Воспалительные изменения тканей при остром парапроктите: морфологическая диагностика и дифференцировка.
5. Осложнения острого парапроктита и геморроя: морфологические признаки и клиническое значение.
6. Влияние морфологических особенностей на тактику хирургического и консервативного лечения.
7. Значение морфологических исследований в прогнозировании исходов и профилактике рецидивов.

Темы докладов:

8. Морфологические особенности сосудистых поражений при кишечных кровотечениях из толстой кишки.
9. Воспалительные и дистрофические изменения слизистой оболочки при кровотечениях в толстой кишке.
10. Морфологические признаки дивертикулеза и дивертикулита как причины кишечных кровотечений.
11. Внутрисосудистые патологические изменения при ангиодисплазии и их роль в кровотечениях.
12. Осложнения и морфологические особенности кровотечений при опухолевых процессах толстой кишки.
13. Влияние воспалительных заболеваний (например, язвенного колита, болезни Крона) на морфологию сосудов и слизистой при кровотечениях.
14. Значение морфологических исследований в определении источника кровотечения и выборе тактики лечения.
15. Морфологические особенности тканей при травме промежности: механизмы повреждения и стадии воспаления.
16. Воспалительные и дистрофические изменения в тканях промежности после травмы.
17. Морфологическая характеристика повреждений мышц, сосудов и нервных структур при травме промежности.
18. Осложнения травмы промежности: морфологические признаки гематом, гнойных процессов и некроза.
19. Влияние травмы промежности на структуру и функцию мочеполовых органов.
20. Морфологические особенности повреждений при комбинированных травмах промежности и органов малого таза.
21. Значение морфологических исследований в выборе тактики лечения и прогнозировании исходов травмы промежности.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7

1. Геморрой. Малоинвазивные методы лечения.
2. Ректовагинальные свищи. Хирургическая тактика.
3. Геморрой. Патофизиология. Классификация. Провоцирующие факторы
4. Остроконечные кондиломы. Эпидемиология, этиология, патогенез.
5. Трансфринктерные свищи. Диагностика. Варианты хирургического лечения.
6. Пресакральные кисты. Классификация. Особенности клинических проявлений. Хирургическое лечение.
7. Принципы работы колопроктологического кабинета
8. Геморрой. Неинвазивные методы лечения
9. Экстрасфинктерные свищи. Диагностика. Варианты хирургического лечения.
10. Выпадение прямой кишки. Этиология, патогенез. Классификация.
11. Геморрой. Операция по Миллигану-Моргану. Операция по Лонгу
12. Анальная трещина. Классификация. Медикаментозное лечение
13. Анальная трещина. Патогенез. Выбор способа лечения.
14. Ректоцеле. Диагностические критерии.
15. Папиллит. Патогенез. Осложнения.
16. Гипертрофия анального сосочка. Тактика. Оперативное лечение.
17. Трещина анального канала - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
18. Острый парапроктит - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
19. Параректальные свищи (свищи прямой кишки) - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
20. Ректовагинальные свищи - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
21. Эпителиальный копчиковый ход - этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
22. Криптит - этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
23. Кондиломы анального канала и перианальной кожи - этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
24. Выпадение прямой кишки - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
25. Ректоцеле - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

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 °C, 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 узловатая 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 узловатая 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 37 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:

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

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

Выберите правильный ответ

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

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

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

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

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

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

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

21. Причиной развития переднего ректоцеле могут быть:

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

22. Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является:

- а) 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.

25. 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 живота

26. Прямая мышца живота:

- а) фиксирована только к переднему листку влагалища
- б) фиксирована только к заднему листку влагалища
- в) фиксирована прочно к переднему листку и рыхло к заднему листку влагалища
- г) не фиксирована к обоим листкам влагалища
- д) не имеет фасциальной оболочки

27. Нижняя надчревная артерия (a. profunda) отходит:

- а) от бедренной артерии
- б) от внутренней подвздошной артерии
- в) от пупочной артерии
- г) от наружной подвздошной артерии
- д) от запирающей артерии

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

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

29. Гной из полости таза по запирательному отверстию распространяется:
- а) на латеральную поверхность бедра
 - б) на внутреннюю поверхность бедра
 - в) под малую ягодичную мышцу
 - г) под большую ягодичную мышцу
 - д) под мышцу, напрягающую широкую фасцию бедра
30. Нижняя прямокишечная артерия отходит:
- а) от внутренней подвздошной артерии
 - б) от запирательной артерии
 - в) от внутренней срамной артерии
 - г) от нижней ягодичной артерии
 - д) от промежностной артерии
31. Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно:
- а) на грушевидной мышце
 - б) на внутренней запирательной мышце
 - в) на копчиковой мышце
 - г) на подвздошно-поясничной мышце
 - д) на лонно-прямокишечной мышце
32. Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты:
- а) в верхне-ампулярном отделе
 - б) в средне-ампулярном отделе
 - в) в нижне-ампулярном отделе
 - г) в области запирательного аппарата прямой кишки
 - д) циркулярные волокна везде развиты одинаково
33. 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
34. Основным фиксирующим элементом правого изгиба ободочной кишки является:
- а) диафрагмально-ободочная связка
 - б) печеночно-дуоденальная связка
 - в) пузырно-толстокишечная связка
 - г) правая половина большого сальника
 - д) малый сальник
35. Срамной нерв происходит:
- а) из поясничного сплетения
 - б) непосредственно из крестцового сплетения
 - в) из подчревного сплетения
 - г) из нижнего брыжеечного сплетения
 - д) из сплетения, образованного 2,3и 4 крестцовыми нервами
36. 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

37. Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является:

- а) правая ободочная артерия
- б) левая ободочная артерия
- в) правая и левая ободочная артерии
- г) средняя ободочная артерия
- д) нижняя брыжеечная артерия

38. Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования:

- а) левой и правой ветвей средней ободочной артерии
- б) левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
- в) подвздошно-ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
- г) левой ветви средней ободочной артерии и первой ветви сигмовидной артерии
- д) в образовании дуги Риолана принимают участие все перечисленные артерии

39. 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

40. К лимфатическим узлам ободочной кишки относятся: 1) надободочные, 2) околоободочные, 3) промежуточные, 4) главные, расположенные в корне брыжейки кишки, 5) лимфоузлы, расположенные у ствола нижней брыжеечной вены

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

41. Одно из названий отдела ободочной кишки не употребляется в настоящее время: 1) восходящая ободочная кишка, 2) правый изгиб ободочной кишки, 3) поперечная ободочная кишка, 4) селезеночный угол, 5) нисходящая ободочная кишка

- 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

42. 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

- 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

43. Неспецифический язвенный колит макроскопически имеет одну особенность:
- а) сегментарное поражение слизистой оболочки
 - б) воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки
 - в) блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям
 - г) гладких бугристых образований
 - д) грануляционной ткани
44. Микроскопическая картина поражения при неспецифическом язвенном колите характеризуется:
- а) воспалительным инфильтратом во всех слоях кишечной стенки
 - б) воспалительным инфильтратом, локализуемым только в слизистой оболочке
 - в) преобладанием нейтрофилов при остром развитии заболевания
 - г) развитием склероза мышечного слоя
 - д) образованием язв-трещин в дистальных отделах толстой кишки
45. 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
46. Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются:
- а) округлой правильной формой, напоминающей язву желудка
 - б) поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями
 - в) щелевидными язвами, идущими в различных направлениях
 - г) слизистая оболочка практически отсутствует и представляет собой "сплошную" язву
 - д) на слизистой оболочке толстой кишки язвенных дефектов не обнаруживается
47. Характерной особенностью макроскопической картины поражения толстой кишки при болезни Крона является:
- а) выраженный отек слизистой оболочки толстой кишки
 - б) возникновение воспалительных полипов
 - в) трансмуральное поражение толстой кишки
 - г) образование раковых опухолей
 - д) образование дивертикулов
48. К неэпителиальным злокачественным опухолям относится: 1) плоскоклеточный рак, 2) аденокарцинома из анальных желез, 3) базалиоидный рак, 4) злокачественная меланома, 5) мукоэпидермоидный рак
- 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
49. Основным отличием анального сосочка от аденомы является: 1) расположение на уровне аноректальной линии, 2) расположение выше уровня аноректальной линии, 3) выпадение из анального канала, 4) гистологическое строение 5) отсутствие выраженной ножки

- 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

50. Радикальным лечением папиллита может быть: 1) иссечение анального сосочка, 2) электрокоагуляция анального сосочка, 3) иссечение сосочка вместе с соседней криптой 4) ежедневное прижигание сосочка ляписом, 5) микроклизмы с 0,3% раствором колларгола

- 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

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

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

52. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается:

- а) в морганиевой крипте
- б) на линии Хилтона
- в) в нижне-ампулярном отделе прямой кишки
- г) в верхне-ампулярном отделе прямой кишки
- д) в средне-ампулярном отделе прямой кишки

53. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является:

- а) зуд в области промежности
- б) боль в прямой кишке пульсирующего характера
- в) кровотечение во время дефекации
- г) наличие на коже промежности рубцов
- д) наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности

54. При обследовании пациента со свищом прямой кишки обязательно выполнять:

- а) наружный осмотр и пальпацию перианальной области
- б) пальцевое исследование прямой кишки
- в) прокрашивание свищевого хода и зондирование
- г) колоноскопию
- д) ректороманоскопию

55. Вторая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:

- а) широким внутренним отверстием водной из крипт
- б) рубцовыми изменениями в стенке анального канала
- в) рубцовыми изменениями в области внутреннего отверстия свища
- г) затеками в параректальной клетчатке
- д) воспалительными изменениями в соседних криптах

56. Третья степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:

- а) широким внутренним отверстием с рубцовой деформацией
- б) внутренним отверстием без рубцовой деформации

- в) свищевым ходом без затёков и полостей
- г) наличием затёков в клетчаточном пространстве
- д) прямым свищевым ходом

57. 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, по ходу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затёки
- д) всегда есть инфильтрация стенки анального канала

58. К подковообразным относятся свищи прямой кишки, в которых имеется:

- а) два внутренних отверстия при одном наружном
- б) два наружных отверстия при одном внутреннем
- в) извилистые свищевые ходы с дополнительными затёками в одном параректальном клетчаточном пространстве
- г) свищевой ход с одним внутренним отверстием и несколькими наружными, располагающимися слева и справа от анального отверстия
- д) свищевой ход, идущий сбоку от кишки, с одним наружным и одним внутренним отверстием

59. Для интрасфинктерного свища прямой кишки характерно:

- а) наличие короткого свищевого хода
- б) наличие пальпируемого подкожного тяжа, идущего к заднепроходному отверстию
- в) свободное прохождение зонда в просвет кишки
- г) наличие гнойных полостей
- д) частое обнаружение гнойных затёков

60. При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно:

- а) иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом
- б) рассечение свищевого хода без иссечения тканей
- в) иссечение свища с низведением слизистой
- г) иссечение свища в просвет прямой кишки
- д) иссечение свища с ушиванием дна раны узловыми швами

61. Хирургическое лечение свищей прямой кишки в амбулаторных условиях:

- а) полностью исключено
- б) нецелесообразно только по причине неадекватной анестезии
- в) если есть условия, свищи прямой кишки любой степени сложности следует оперировать в поликлинике
- г) возможно при интрасфинктерном свище
- д) целесообразно при неполных внутренних

62. Анокопчиковая связка пересекается с целью:

- 1) вскрытия и дренирования постанального клетчаточного пространства
- 2) вскрытия межсфинктерного пространства
- 3) вскрытия ретроректального клетчаточного пространства
- 4) вскрытия ишиоректального клетчаточного пространства
- 5) профилактики недостаточности анального сфинктера
- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3

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

63. Вовремя операции по поводу свища прямой кишки прежде, чем провести лигатуру необходимо:

- а) иссечь наружное отверстие и свищевой ход до стенки кишки
- б) вскрыть затеки
- в) иссечь внутреннее свищевое отверстие
- г) выскоблить внутристеночную часть свищевого хода
- д) иссечь выстилку анального канала и кожу в виде узкой дорожки для лигатуры

64. Рецидивы свища прямой кишки после операции иссечения 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

65. Интраоперационное затягивание лигатуры при экстрасфинктерных свищах прямой кишки опасно:

- а) если дно раны промежности выше внутреннего свищевого отверстия
- б) при боковых свищах
- в) при передних свищах у женщин
- г) при передних свищах у мужчин
- д) при наличии инфильтрации тканей и гнойного процесса в ране промежности

66. Для уменьшения числа послеоперационных осложнений после иссечения свища с проведением лигатуры обязательно нужны:

- а) ежедневные перевязки
- б) затягивания лигатуры при её ослаблении
- в) своевременное пересечение "мостика" тканей под лигатурой
- г) бесшлаковая диета
- д) препараты для ускорения заживления ран

67. 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

68. Для уменьшения натяжения швов, наложенных на сфинктера, целесообразно:

- а) применять / образные швы на мышцу
- б) сделать послабляющие разрезы вокруг кожной раны
- в) накладывать шелковые швы на периферическую часть раны
- г) наложить дополнительные чрескожные П-образные швы на сфинктер
- д) не ушивать кожу промежностной раны

69. Расхождение концов сфинктера в послеоперационном периоде возможно вследствие:

- а) нагноения раны
- б) раннего стула вследствие плохой очистки кишечника перед операцией
- в) прохождения твёрдых каловых комков при длительной задержке стула
- г) наложения дополнительных, поддерживающих швов на сфинктер
- д) низведения слизисто-мышечного лоскута

70. Главным преимуществом операции иссечения свища и низведением слизистой передлигатурным методом является

- а) отсутствие повреждения анального сфинктера
- б) большая радикальность
- в) меньший процент нагноений раны
- г) меньшая травматичность операции
- д) уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре

71. При операции по поводу свища прямой кишки с низведением слизистой может привести к осложнению:

- а) перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища
- б) перфорация лоскута выше внутреннего отверстия
- в) выделение слизистой с внутренним сфинктером
- г) использование электрокоагуляции для гемостаза
- д) фиксация низведенного лоскута кетгутом

72. При операциях по поводу свища прямой кишки задняя дозированная сфинктеротомия:

- 1) необходима при иссечении свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера
- 2) выполняется при иссечении свища в просвет кишки
- 3) показана при иссечении свища с низведением слизисто-мышечного лоскута
- 4) выполняется при иссечении свища с проведением и натягиванием лигатуры
- 5) не показана ни при одной из перечисленных операций
- 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

73. Натягивание лигатуры интраоперационно при операции по поводу свища прямой кишки:

- а) необходимо всегда
- б) целесообразно, если нет параректальных затеков
- в) никогда не производится
- г) не производится, если очевидно, что лигатура прорежется раньше, заживет промежностная рана выше внутреннего отверстия свища
- д) не выполняется у женщин

74. Иссечение экстрасфинктерного свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера показано:

- а) при 1 степени сложности свища
- б) при 3 степени сложности свища
- в) при 2 степени сложности
- г) при 4 степени сложности свища
- д) при 3 степени, если уже есть недостаточность анального жома

75. Под термином "ректоцеле" понимают:

- а) выпадение прямой кишки
- б) избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки

- в) опущение передней стенки влагалища и матки
- г) мешковидное выпячивание стенки прямой кишки
- д) выпадение слизистой прямой кишки

76. 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

77. Ректоцеле следует дифференцировать с:

- а) кистой ретро-вагинальной перегородки
- б) выпадением слизистой прямой кишки
- в) промежностной грыжей
- г) выпадением стенок влагалища
- д) внутренним выпадением прямой кишки

78. Наиболее информативным признаком для переднего ректоцеле у женщин является:

- а) чувство неполного опорожнения прямой кишки
- б) недержание газов
- в) частые позывы на дефекацию
- г) выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище
- д) трудности при опорожнении прямой кишки

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

- а) срочно госпитализировать больного с диагнозом "геморрой" для операции
- б) провести амбулаторное обследование, включающее исследование толстой кишки
- в) назначить больному диету, свечи
- г) посоветовать применять свечи и наладить стул
- д) провести обследование в стационаре

80. Самые частые первоначальные симптомы хронического геморроя: 1. кровотечение 2. боли после дефекации 3. выпадение узлов 4. анальный зуд 5. кишечный дискомфорт

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

81. При обращении к врачу ведущими симптомами хронического геморроя являются: 1. кровотечение 2. выпадение узлов 3. боли в заднем проходе 4. кишечный дискомфорт. 5 анальный зуд

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

82. Кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуются: 1.

темным цветом крови 2. алым цветом крови 3. наличием сгустков 4. периодичностью 5. постоянством

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

83. Консервативное лечение хронического геморроя должно быть направлено на: 1. устранение боли 2. улучшение микроциркуляции 3. улучшение кровотока в геморроидальных узлах 4. уменьшение хрупкости сосудистых стенок 5. остановку кровотечения

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

84. Основные принципы действия препарата "Детралекс" :1. повышение венозного тонуса 2. купирование воспаления 3. стимуляция венозного кровотока 4. улучшение лимфодренажа 5. устранение микроциркуляторных расстройств

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

85. К малоинвазивным методикам лечения хронического геморроя относятся: 1. инфракрасная коагуляция 2. электрокоагуляция 3. склеротерапия 4. лигирование узлов латексными кольцами 5. шовное лигирование геморроидальных сосудов

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

86. Основные принципы применения малоинвазивных методик лечения геморроя: 1. они применимы только при патологическом состоянии внутренних геморроидальных узлов 2. не применяются при выраженном наружном геморрое 3. не применяются при наличии воспалительных заболеваний прямой кишки, анального канала и промежности 4. все манипуляции выполняются с применением обезболивания 5. все оборудование должно быть от известных фирм-производителей

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные е ответы 1 и 3
- в) если плавильные ответы 2 и 4
- г) если плавильные ответы 4
- д) если плавильные ответы 1,2,3,4 и 5

87. 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.

- а) если правильные ответы 1,2,3

- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

88. У больных с органической недостаточностью сфинктера заднего прохода 2 степени с дефектом жома протяженностью до $\frac{1}{3}$ окружности может быть выполнена операция: 1. только сфинктеропластика 2. сфинктероглютеопластика 3. только сфинктеролеваторопластика 4. в зависимости от состояния мышцы и локализации поражения-сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика 5. по Тиршу

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

89. При недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до $\frac{1}{3}$ окружности и локализацией по боковым сегментам показана операция: 1. сфинктеропластика 2. сфинктеролеваторопластика 3. в зависимости от выраженности рубцового процесса в мышце - сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика 4. сфинктероглютеопластика 5. лейомиопластика

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

90. При наличии дефекта сфинктера более $\frac{1}{3}$ окружности выполняются операции: 1. создания жома из длинных лоскутов ягодичных мышц формирования запирающего аппарата из нежной мышцы бедра 3. формирование запирающего аппарата из лоскута большой приводящей мышцы бедра 4. сфинктеролеваторопластика 5. сфинктеропластика

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

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 2

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12

- 26. Недостаточность анального сфинктера - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
- 27. Классификация опухоли ободочной кишки. Опухоли прямой кишки. Классификация по стадиям. Классификация Dukes C.E.
- 28. TNM – классификация злокачественных опухолей (ободочная кишка и прямая кишка).
- 29. TNM – классификация рака анального канала и перианальной кожи
- 30. Хирургическое лечение рака ободочной кишки. Виды операций.
- 31. Хирургическое лечение рака прямой кишки. Виды операций. Границы резекции. Лимфодиссекция.
- 32. Лучевая терапия рака прямой кишки
- 33. Системная химиотерапия при колоректальном раке.

34. Рак анального канала. Редкие опухоли анального канала. Опухоли перианальной кожи
35. Анатомо – физиологические сведения о прямой кишке
36. Анатомо – физиологические сведения ободочной кишки
37. Кровоснабжение ободочной кишки. Риоланова дуга
38. Кровоснабжение прямой кишки
39. Методы обследования пациентов с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности
40. Неопластические полипы и ворсинчатые аденомы толстой кишки. Этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение.
41. Семейный аденоматоз толстой кишки – этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение
42. Полипозные синдромы. Десмоидные опухоли. Ювенильный полипоз.
43. Неэпителиальные опухоли.
44. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки
45. Болезнь Гиршпрунга у взрослых
46. Параректальные тератоидные кисты
47. Язвенный колит. Показания к хирургическому лечению.
48. Болезнь Крона. Клиника. Осложнения. Хирургическое лечение.
49. Дифференциальный диагноз болезни Крона и ЯК
50. Кишечные стомы. Виды кишечных стом. Виды операций с формированием кишечных стом.
51. Осложнения кишечных стом.
52. Операции ликвидации кишечных стом
53. Колит отключенной кишки
54. Общие принципы ухода за кишечными стомами.
55. Консервативное лечение перистомальных осложнений
56. Принципы работы колопроктологического кабинета
57. Особенности амбулаторного лечения колопроктологических пациентов
58. Принципы ведения больных с кишечной непроходимостью
59. Тактика при кишечном кровотечении
60. Особенности ведения пациентов с отрым аэробным и анаэробным парапроктитами
61. Особенности ведения пациентов с травмами и повреждениями толстой кишки
62. Долихоколон. Особенности ведения пациентов.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

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 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 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;
- 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 6х4 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 175 см, 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; лейкоц. $7,0 \times 10^9$; 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 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?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12

Выберите правильный ответ

1. Химическая авария – это:
 - а) непланируемый и неуправляемый (пролив, россыпь, утечка) опасных химических веществ, вызывающих отрицательное воздействие на человека и окружающую среду;
 - б) внезапный взрыв химических реагентов;
 - в) утечка при утилизации химического оружия;
 - г) место, где произошла катастрофа.
2. Преобладающий путь поступления ядов в организм в производственных условиях:
 - а) желудочно- кишечный тракт;
 - б) дыхательные пути;
 - в) кожные покровы;
 - г) все вышеперечисленные пути поступления ядов: желудочно- кишечный тракт; дыхательные пути; кожные покровы.
3. При авариях с выбросом хлора или аммиака формируется очаг:
 - а) нестойкий, быстродействующий;
 - б) стойкий, быстродействующий;
 - в) нестойкий, медленно действующий;
 - г) стойкий, медленно действующий.
4. Эпителиальный копчиковый ход обусловлен:
 - а) постоянной травматизацией крестцово-копчиковой области;

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

5. 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.

6. 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.

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

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

8. Течение болезни Гиршпрунга зависит от

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

9. 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.

10. 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.

11. 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

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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 № 19 - 22

- 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.

19. 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.

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

28. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:

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

29. Клетчаточное пространство, ограниченное изнутри и сверху мышцами-поднимателями заднего прохода, а снаружи запирающей мышцей и седалищным бугром называется:

- а) межмышечным пространством;
- б) пельвиоректальным пространством;
- в) подкожным клетчаточным пространством;
- г) ишиоректальным пространством;
- д) ретро ректальным пространством.

30. 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.

31. 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.

32. 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.

33. 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.

34. Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид:

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

35. 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.

36. Возбудителем острого анаэробного парапроктита является:

- а) *Cl. perfringens*
- б) *Str. pyogenes*
- в) *Str. pneumoniae*
- г) *Chlamydia trachomatis*

37. Каулаальные 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

- 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

38. При гистологическом исследовании солидных тератом могут быть обнаружены: 1) структуры, характерные для органов дыхания, 2) респираторный эпителий, 3) ткань щитовидной железы, 4) ткань головного мозга, 5) хрящевая ткань

- 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

39. Характерным для липом толстой кишки является: 1) мягкая консистенция, 2) желтоватое просвечивание через слизистую оболочку, 3) гладкий округленный контур, 4) изъязвление слизистой в месте наибольшего выбухания липомы, 5) малоподвижность образования
- 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
40. Карциноиды толстой кишки характеризуются тем, что: 1) развиваются из клеток Кульчицкого, вырабатывают серотонин, 2) обычно располагаются в глубоких слоях слизистой оболочки, 3) имеют плотную консистенцию, 4) не озлокачиваются и не метастазируют, 5) никогда не обнаруживаются в правых отделах толстой кишки
- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный ответ 4
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5
41. Для эндометриоза характерно: 1) отек и гиперемия слизистой оболочки, 2) синеватые пятна и полосы на слизистой, 3) наличие плотных узлов в стенке кишки, спаянных с окружающими тканями, 4) обязательное увеличение паховых лимфатических узлов, 5) прорастание эндометрием в стенку кишки со стороны серозной оболочки
- 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
42. Причиной неспецифического язвенного колита является
- а) психическая травма
 - б) физическая травма
 - в) перенесенная кишечная инфекция
 - г) микробное начало
 - д) причина неизвестна
43. В классификацию неспецифического язвенного колита не включается фактор:
- а) этиология
 - б) локализация процесса
 - в) тяжесть заболевания
 - г) острота болезни
 - д) длительность заболевания
44. Характерными клиническими признаками неспецифического язвенного колита являются: 1. понос 2. кровь в стуле 3. боли в животе 4. тошнота и рвота 5. головные боли
- а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильные ответы 4
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
45. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с: 1. бактериальной дизентерией 2. амёбной дизентерией 3. болезнью Крона 4. опухолями толстой кишки 5.

недифференцированными колитами

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

46. Для диагностики неспецифического язвенного колита наиболее информативным является:

- а) копрология
- б) посев кала на микрофлору
- в) колоноскопия
- г) рентгенологическое исследование тонкой кишки
- д) гастроскопия

47. Причиной развития болезни Крона является:

- а) инфекционное начало
- б) эмоциональные стрессы
- в) травма живота
- г) перенесенные операции
- д) причина неизвестна

48. Классификация болезни Крона не предусматривает:

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

49. Патогномоничными клиническими признаками болезни Крона являются:

- а) запоры, вздутие живота, повышение температуры
- б) понос, боли в суставах
- в) постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температура
- г) боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале
- д) наличие инфильтратов в животе, поражение кожи, глаз и суставов

50. Рентгенологическим симптомом, не характерным для болезни Крона, является:

- а) наличие сужений и стриктур по ходу пораженных участков кишки
- б) множественные выпячивания стенки толстой кишки
- в) наличие одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке
- г) наличие стриктур по контуру кишки
- д) наличие внутренних и наружных кишечных свищей

51. 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

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

52. Для консервативного лечения болезни Крона применяются: 1. иммунорегуляторы 2. сульфаниламиды 3. гормоны 4. опиаты

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

53. Показанием к плановому оперативному лечению болезни Крона является: 1. кишечное кровотечение 2. прикрытая перфорация кишки 3. дилатация толстой кишки 4. отсутствие эффекта от консервативного лечения 5. стриктура кишки с явлениями непроходимости

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

54. Эндоскопическая картина при каудальных тератомах чаще всего характеризуется: 1. изъязвлением слизистой оболочки прямой кишки над образованием 2. наличием разрастаний на слизистой оболочке, покрывающей образование 3. отсудившем разрастаний на слизистой оболочке, покрывающей образование 4. сдавлением извне стенки кишки, сужением ее просвета и смещением прямой кишки при неизменной слизистой оболочке 5. контактной кровоточивостью слизистой оболочки прямой кишки

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

55. Характерными признаками эмбриомы 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

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

56. Наиболее эффективный способ лечения каудальных тератом:

- а) лучевая терапия
- б) хирургическое лечение с удалением эмбриомы и свищей
- в) введение склерозирующих растворов в полость кисты
- г) марсупиализация
- д) удаление опухоли и свищей единым блоком с прямой кишкой

57. Хирургическое лечение тератоидных образований необходимо:

- а) во всех случаях при установленном диагнозе
- б) только при озлокачествлении образования
- в) только в случаях нагноения тератомы
- г) при сдавлении тератомой просвета прямой кишки
- д) при появлении неврологических нарушений

58. 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

59. Наименее вероятной причиной возникновения интенсивного кровотечения при удалении пресакральных тератом является ранение:

- а) крестцовых венозных сплетений
- б) срединной крестцовой артерии
- в) маточной артерии
- г) развитых артериальных и венозных коллатералей в окружающих тканях
- д) верхней прямокишечной артерии

60. После удаления тератомы в ближайшем послеоперационном периоде труднее всего ожидать:

- а) образования свищей прямой кишки
- б) нагноения послеоперационной раны
- в) кровотечения
- г) рецидива тератомы
- д) недостаточности анального сфинктера

61. 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

62. Хирургическое вмешательство при анаэробном парапроктите не следует проводить с применением: 1. Масочного наркоза 2. Внутривенного наркоза 3. Эндотрахеального наркоза 4. Местной инфильтрационной анестезии 5. Перидуральной анестезии

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

63. При операции по поводу анаэробного парапроктита выявление и иссечение поражённой крипты и хода: 1. Всегда обязательно 2. Показано при ограниченном процессе 3. Показано при относительно удовлетворительном состоянии больного 4. Нецелесообразно 5. Противопоказано только при тяжелом состоянии пациента

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

64. При гнилостных и анаэробных парапроктитах: 1. Достаточно сделать широкие разрезы тканей 2. Необходимо рассечь и иссечь нежизнеспособные ткани 3. Достаточно сделать широкие разрезы и промывать раствором перекиси водорода 4. Раны дренировать и наладить орошение их растворами перекиси водорода, антисептиков, антибиотиков 5. Достаточно сделать широкие разрезы и назначить антибиотики

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3

- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

65. Включение в комплекс лечебных мероприятий гипербарической оксигенации показано:
1. При клостридиальном парапроктите 2. При неклостридиальном анаэробном парапроктите
3. При гнилостном парапроктите 4. Только при клостридиальном парапроктите 5. При пельвиоректальных парапроктитах

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

66. Лечение в барокамере может заменить хирургическое вмешательство:

- а) При гнилостном парапроктите
- б) При неклостридиальном анаэробном парапроктите
- в) При клостридиальном ограниченном парапроктите
- г) При локализованном гнойном процессе
- д) Не может заменить операции ни при одном из видов инфекции

67. Карантин в отделении:

- а) Устанавливается, если поступил больной с гнилостным парапроктитом
- б) При неклостридиальной анаэробной инфекции
- в) При поступлении больного с гангреной Фурнье
- г) При поступлении больного с клостридиальным процессом
- д) Не объявляется ни при каком виде парапроктита

68. При остром геморрое первичным является:

- а) Тромбоз
- б) Воспаление
- в) Только при кровоточащем геморрое — тромбоз
- г) При геморрое с выпадением узлов первичным является воспаление
- д) Единого мнения не существует

69. Синонимом острого геморроя правильнее всего можно назвать:

- а) Сфинктерит
- б) Анусит
- в) Воспаление геморроидальных узлов
- г) Острый тромбоз геморроидальных узлов
- д) Тромбофлебит геморроидальных узлов

70. Консервативная терапия острой анальной трещины:

- а) Дает положительный эффект у большинства пациентов
- б) Дает эффект, если трещина появилась у женщины после родов
- в) Не дает эффекта никогда
- г) Эффективна только на 2-3 недели
- д) Помогает очень редко

71. Хирургическое лечение острой анальной трещины показано:

- а) Сразу после установления диагноза
- б) Через две недели курса консервативной терапии
- в) Через два месяца после начала заболевания

- г) Только в случае выраженного спазма сфинктера
- д) При безуспешной консервативной терапии, когда появляется уплотнение краёв, "сторожевой бугорок"

72. Для консервативного лечения острой анальной трещины нецелесообразно применять:

- а) Ежедневные очистительные клизмы в течение 7-10 дней
- б) Свечи со спазмолитиками
- в) Инъекции гидрокортизона "под трещину"
- г) Лекарственные средства, способствующие заживлению ран
- д) Лечебные микроклизмы

73. Если консервативное лечение острой анальной трещины не ликвидировало боли, спазм сфинктера, появились признаки перехода острой трещины в хроническую, операцией выбора следует считать:

- а) Иссечение трещины, задняя дозированная сфинктеротомия
- б) Иссечение трещины
- в) Иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия
- г) Иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия только при передней трещине, при задней трещине всегда задняя сфинктеротомия
- д) Иссечение трещины, ушивание раны

74. Наиболее частый исход оперативного лечения одиночных полипов прямой кишки

- а) язвенный проктит
- б) выздоровление
- в) появление рака прямой кишки
- г) рецидив полипа прямой кишки
- д) потеря позыва на дефекацию

75. Для множественных полипов толстой кишки наиболее характерно

- а) выделение крови и слизи из прямой кишки
- б) запоры
- в) боли в животе
- г) бессимптомное течение заболевания
- д) поносы

76. Озлокачествление множественных полипов происходит

- а) в 2 — 4% наблюдений
- б) в 15 — 20% наблюдений
- в) в 30% наблюдений
- г) в 50% наблюдений
- д) в 100% наблюдений

78. Характерными клиническими признаками ворсинчатой опухоли толстой кишки являются

- а) боли в животе
- б) выделение слизи и крови из заднего прохода
- в) затруднённый стул
- г) тошнота
- д) общая слабость, недомогание

79. Эффективным методом диагностики ворсинчатой опухоли толстой кишки является

- а) пальцевое исследование прямой кишки
- б) ректороманоскопия

- в) колоноскопия
- г) ультразвуковое исследование
- д) обзорная рентгенография брюшной полости

80. Наиболее вероятные отдалённые результаты хирургического лечения ворсинчатой опухоли прямой кишки - это:

- а) всегда только выздоровление
- б) выздоровление, если не будет рецидива ворсинчатой опухоли
- в) злокачественное перерождение
- г) стриктура прямой кишки
- д) появление новых полипов прямой кишки

81. Рак толстой кишки при семейном аденоматозе наиболее часто развивается 1) в слепой и восходящей кишке 2) в прямой кишке 3) в нисходящей кишке 4) в сигмовидной кишке 5) в поперечной ободочной кишке

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

82. При ювенильной форме полипоза толстой кишки наиболее редко поражается 1) слепая и восходящая кишка 2) сигмовидная ободочная кишка 3) нисходящая ободочная кишка 4) поперечная ободочная кишка 5) прямая кишка

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

83. При гамартном полипозе желудочно-кишечного тракта полипами наиболее часто поражается 1) пищевод 2) желудок 3) ободочная кишка 4) тонкая кишка 5) прямая кишка

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

84. Диффузный полипоз толстой кишки чаще всего приходится дифференцировать с:

1) неспецифическим язвенным колитом 2) первично-множественным синхронным раком толстой кишки 3) болезнью Крона 4) множественными полипами толстой кишки 5) дивертикулёзом

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

85. При дифференциальной диагностике диффузного полипоза и множественных полипов толстой кишки необходимо учитывать 1) наличие семейного характера заболевания

2) число полипов в толстой кишке 3) возраст больного 4) пол больного 5) выраженность метаболических расстройств

- а) если правильные ответы 1,2 и 3

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

86. При раке верхнеампулярного отдела прямой кишки, осложнённого толстокишечной непроходимостью, показана

- а) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- б) операция Гартмана
- в) передняя резекция прямой кишки
- г) брюшно-анальная резекция прямой кишки
- д) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением и колоанальным анастомозом

87. Противопоказанием для выполнения передней резекции прямой кишки является

- а) расположение опухоли выше 14 см от края заднего прохода
- б) возраст больного
- в) избыточный вес больного
- г) толстокишечная непроходимость
- д) наличие сопутствующих заболеваний

88. Паллиативную резекцию прямой кишки не следует выполнять, когда

- а) имеются неудалимые отдалённые метастазы рака
- б) опухоль больших размеров
- в) есть сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
- г) имеются множественные метастазы рака в печени
- д) опухоль небольших размеров

89. Операцию двустольной колостомии в качестве симптоматической операции следует выполнять при: 1) наличии множественных метастазов в печени 2) выраженной кишечной непроходимости 3) наличии перитонита в следствии перфорации опухоли 4) невозможности удаления опухоли из-за её местного распространения 5) невозможности наложения обходного анастомоза

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

90. Под комбинированным лечением рака прямой кишки понимают: 1) лучевую терапию с последующей радикальной операцией 2) радикальную операцию с последующей лучевой терапией 3) лучевую терапию с химиотерапией и операцией 4) комбинированная операция без лучевой и химиотерапии 5) химиотерапия с лучевой терапией

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

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России	
Сертификат	266F22D1E0E84217A6B8A6F57D15D9A9
Владелец	Шляхто Евгений Владимирович
Действителен	с 04.09.2024 по 28.11.2025

