



## КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

### рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Госпитальной хирургии**

Учебный план **2.1.8.2. Колопроктология**

Квалификация **Исследователь. Преподаватель-исследователь**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану **108**

в том числе:

аудиторные занятия **20**

самостоятельная работа **87,8**

Виды контроля в семестрах:

зачеты с оценкой 3

#### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	3 (2.1)		Итого	
	Неделя			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	10	10	10	10
Практические	10	10	10	10
Контактная работа в период теоретического обучения	0,2	0,2	0,2	0,2
В том числе в форме практ.подготовки	2	2	2	2
Итого ауд.	20	20	20	20
Контактная работа	20,2	20,2	20,2	20,2
Сам. работа	87,8	87,8	87,8	87,8
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

д.м.н. , *заведующий кафедрой госпитальной хирургии, профессор* , Бебезов Бахадыр Хакимович



Рецензент(ы):

д.м.н., *профессор кафедры общей и факультетской хирургии, Мадаминов Абдуматалит Моминович*



Рабочая программа дисциплины

**Колонопроктология**

разработана в соответствии с ФГТ

составлена на основании учебного плана:

Для всех направлений аспирантуры КРСУ

утвержденного учёным советом вуза от 28.06.2022 протокол № 11.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Госпитальной хирургии**

Протокол от 20 мая 2022 г № 8

Срок действия программы: 2022-2028 уч.г.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф. Бебезов Бахадыр Хакимович



<b>1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ</b>	
1.1	Цель: Обучение аспирантов методам клинической и специальной диагностики проктологических заболеваний, изучение лечебной тактики при этих болезнях и умению оказать неотложную врачебную помощь.
1.2	Задачами освоения дисциплины являются:
1.3	изучение основных организационно-методических, диагностических и лечебных методов в колопроктологии;
1.4	формирование знаний и навыков по современным методам обследования и дифференциальной
1.5	совершенствование собственного опыта практических навыков работы, теоретических знаний в колопроктологии;
1.6	приобретение специальных знаний и умений по современным высоким технологиям в колопроктологии.

<b>2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП</b>	
Цикл (раздел) ООП:	2.1.8
<b>2.1 Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>	
2.1.1	Стационарная практика
2.1.2	Хирургическая гастроэнтерология
2.1.3	Эндокринология
2.1.4	Колопроктология
2.1.5	Абдоминальная хирургия
<b>2.2 Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>	
2.2.1	Оперативная хирургия и топографическая анатомия
2.2.2	Анестезиология и реаниматология
2.2.3	Нормальная и патологическая физиология
2.2.4	Доказательная медицина
2.2.5	Общественное здоровье и здравоохранение
2.2.6	Гастроэнтерология
2.2.7	Эндокринология
2.2.8	Гепатология
2.2.9	Челюстно-лицевая хирургия
2.2.10	Медицинская реабилитация в хирургии
2.2.11	Педагогика
2.2.12	Выездная (поликлиника)
2.2.13	Научно-исследовательская практика
2.2.14	Клиническая фармакология
2.2.15	Колопроктология
2.2.16	Гнойная хирургия

### **3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1 Знать:</b>	
3.1.1	3.1.1 принципы врачебной деонтологии при проведении исследовательской работы;
3.1.2	3.1.2 клиническую анатомию и топографию органов малого таза;
3.1.3	3.1.3 физиологию внутренних органов, взаимосвязь функциональных систем организма и их регуляцию;
3.1.4	3.1.4 этиологию и механизм развития колопроктологических болезней;
3.1.5	3.1.5 клиническую симптоматику заболеваний внутренних органов малого таза, их диагностику, лечение, профилактику;
3.1.6	3.1.6 показания к хирургическому лечению больных;
3.1.7	3.1.7 вопросы диспансеризации хирургических больных;
3.1.8	3.1.8 экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности;
<b>3.2 Уметь:</b>	
3.2.1	3.2.1 собрать жалобы, анамнез заболевания и жизни;
3.2.2	3.2.2 выяснить причины и факторы риска, приведшие к развитию, прогрессированию хирургического заболевания;

3.2.3	3.2.3 оценить тяжесть состояния больного, оказать необходимую скорую медицинскую помощь;
3.2.4	3.2.4 определить необходимость специальных методов исследования и оценить их результаты;
3.2.5	3.2.5 провести дифференциальную диагностику заболеваний, обосновать диагноз и назначить лечение;
3.2.6	3.2.6 уметь проводить диспансеризацию населения, санитарно-просветительную работу;
3.2.7	3.2.7 оформить необходимую медицинскую документацию, составить отчет о своей работе;
3.2.8	3.2.8 освоить следующие виды деятельности: освоить методы исследования, используемые для реализации
3.2.9	3.2.9 уметь организовать исследовательский процесс, как при наборе материала, так и его обработке;
3.2.10	3.2.10 своевременно публиковать результаты своей НИР в рецензируемых журналах, внедрять результаты своей работы на ежегодных конференциях, в процессе производственной работы.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	3.3.1 навыками проведения осмотра больного, в том числе, требующих колопроктологической помощи;
3.3.2	3.3.2 постановки предварительного диагноза основного и сопутствующего заболевания, их осложнений, правильной формулировки клинического диагноза;
3.3.3	3.3.3 оценки тяжести состояния больного, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или колопроктологической терапии;
3.3.4	3.3.4 оказать экстренную и неотложную медицинскую помощь пациентам, в том числе по тематике диссертационной работы; при острых состояниях в хирургии;
3.3.5	3.3.5 составлять индивидуальный план обследования и лечения;
3.3.6	3.3.6 выполнять различные медицинские манипуляции, как при проведении исследовательской работы, так и в процессе производственной практической деятельности;

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте. пакт.	Пр. подг.	Примечание
	<b>Раздел 1.</b>							
1.1	/КрТО/	3	0,2					
	<b>Раздел 2. Ургентная хирургия</b>							
2.1	Острый живот в хирургии /Лек/	3	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1			
2.2	Острый живот в хирургии /Пр/	3	3		Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.3Л3.1			
2.3	Острая мезентериальная непроходимость /Ср/	3	9,8		Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.3Л3.5			
2.4	Острый аппендицит /Пр/	3	1		Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.3Л3.1			
2.5	Нагноительные заболевания промежности /Ср/	3	10		Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.3Л3.1			
2.6	Перфоративная язва прямой кишки /Ср/	3	5		Л1.1 Л1.2Л2.3 Л2.5Л3.5			
2.7	Желудочно-кишечное кровотечение /Лек/	3	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.3 Л2.5 Л2.6Л3.5			
2.8	Тактика при ЖКК /Пр/	3	1		Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.3 Л2.5Л3.5			
2.9	Дифференциальная диагностика ЖКК /Ср/	3	13		Л1.1 Л1.4Л2.2 Л2.3Л3.6			
	<b>Раздел 3. Плановая хирургия</b>							

3.1	Подготовка пациента к оперативным вмешательствам. /Лек/	3	3		Л1.1Л2.3 Л2.5Л3.2			
3.2	Копростаз /Пр/	3	1		Л1.1Л2.2 Л2.3Л3.4		1	
3.3	Хронический панкреатит в колопроктологии /Ср/	3	10		Л1.1 Л1.3Л2.3 Л2.4Л3.3 Л3.4 Л3.8			
3.4	Первичные и вторичные опухоли прямой кишки /Пр/	3	1		Л1.1Л2.3Л3.2 Л3.3 Л3.6			
3.5	диетология в проктологии /Ср/	3	10		Л1.1Л2.3Л3.7 Л3.9			
3.6	Ведение больных в ранний и поздний послеоперационный период. /Лек/	3	1		Л1.1Л2.3 Л2.5Л3.4 Л3.6			
3.7	Осложнения язвенной болезни желудка /Пр/	3	1		Л1.1Л2.2 Л2.3Л3.2			
3.8	Наружные грыжи малого таза /Ср/	3	5		Л1.1Л2.3 Л2.6Л3.4 Л3.6			
3.9	Причины возникновения, патогенез наружных кишечных свищей. /Ср/	3	5		Л1.1Л2.2 Л2.3Л3.8 Л3.9			
<b>Раздел 4. Поликлиническая хирургия</b>								
4.1	Общие принципы амбулаторной хирургии. /Лек/	3	2		Л1.1Л2.3 Л2.5Л3.6			
4.2	Принципы лечебной тактики при различных формах острых и хронических заболеваний органов брюшной полости. /Пр/	3	1		Л1.1Л2.3 Л2.4Л3.1			
4.3	Гастро и энтеропатии. /Ср/	3	5		Л1.1 Л1.3Л2.3 Л2.5Л3.4 Л3.5 Л3.6 Л3.7 Л3.9			
4.4	Принципы ведения больных с гнойными заболеваниями кожи и мягких тканей. /Ср/	3	5		Л1.1 Л1.4Л2.3 Л2.4Л3.3			
4.5	Дифференциальная диагностика различных хирургических заболеваний на первичном уровне здравоохранения. /Лек/	3	2		Л1.1Л2.3 Л2.4Л3.8 Л3.9			
4.6	Хирургическое лечение заболеваний прямой кишки /Пр/	3	1		Л1.1Л2.3Л3.6		1	
4.7	Хирургическое лечение нагноительных заболеваний кожи и мягких тканей. /Ср/	3	5		Л1.1 Л1.4Л2.3 Л2.4Л3.5 Л3.6 Л3.8			
4.8	Ведение реабилитационного периода больных после хирургических операций на органах брюшной полости. /Ср/	3	5		Л1.1Л2.3 Л2.4Л3.7			

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.  
Полипы желудка.

Рак желудка.  
 Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы).  
 Дивертикулы двенадцатиперстной и тонкой кишок.  
 Болезнь Крона.  
 Опухоли тонкой кишки.  
 Доброкачественные опухоли двенадцатиперстной кишки.  
 Опухоли и кисты брыжейки.  
 Острая кишечная непроходимость.  
 Острый аппендицит.  
 Хронический аппендицит.  
 Наружные кишечные свищи.  
 Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.  
 Непаразитарные кисты печени.  
 Паразитарные заболевания печени.  
 Рак желчного пузыря и желчных протоков  
 Рак большого дуоденального сосочка  
 Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков.  
 Постхолецистэктомический синдром.  
 Билиодигестивные соустья при посттравматических стриктурах желчных протоков.  
 Хирургические заболевания селезенки  
 Злокачественные опухоли селезенки  
 Непаразитарные кисты селезенки.  
 Острый панкреатит  
 Хронический панкреатит.

### 5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрены

### 5.3. Фонд оценочных средств

- Крипитом называется воспаление
  - 1) в морганиевых синусах
  - 2) в анальных сосочках
  - 3) в морганиевых криптах
  - 4) периаанальной кожи
  - 5) слизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки
- Хирургическое лечение при криптите показано при
  - 1) распространении процесса на слизистую оболочку в области морганиева синуса
  - 2) абсцедировании крипты и развитии острого парапроктита
  - 3) выделение фибрина из прямой кишки
  - 4) гиперемии крипты
  - 5) при болезненных ощущениях во время акта дефекации
- Папиллит - это
  - 1) спавшиеся внутренние геморроидальные узлы
  - 2) тромбированные внутренние геморроидальные узлы
  - 3) воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии
  - 4) воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине
  - 5) кондиломатозные разрастания кожи промежности
- Папиллит обычно не бывает обусловлен наличием: 1. крипты 2. геморроя 3. острого парапроктита 4. остроконечных периаанальных кондилом 5. неполного внутреннего свища Выберите правильный ответ по схеме:
  - 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
- 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 Выберите правильный ответ по схеме:
  - 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
- 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 Выберите правильный ответ по схеме:
  - 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4

- 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
7. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием
- 1) злокачественного процесса
  - 2) перианальных кондилом
  - 3) острого парапроктита
  - 4) анальной трещины
  - 5) геморроя
8. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается
- 1) в морганиевой крипте
  - 2) на линии Хилтона
  - 3) в нижеампулярном отделе прямой кишки
  - 4) в вышеампулярном отделе прямой кишки
  - 5) в среднеампулярном отделе прямой кишки
9. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является
- 1) зуд в области промежности
  - 2) боль в прямой кишке пульсирующего характера
  - 3) кровотечение во время дефекации
  - 4) наличие на коже промежности рубцов
  - 5) наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности
10. При обследовании больного со свищем прямой кишки необязательно выполнять
- 1) наружный осмотр и пальпацию периаанальной области
  - 2) пальцевое исследование прямой кишки
  - 3) прокрашивание свищевого хода и зондирование
  - 4) колоноскопию
  - 5) ректороманоскопию
11. Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по отношению
- 1) к внутреннему сфинктеру
  - 2) наружному сфинктеру заднего прохода
  - 3) к морганиевой крипте
  - 4) клетчаточному пространству
  - 5) к лонному сочленению
12. Причинами первичного анального зуда могут быть: 1. воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала 2. сахарный диабет 3. глистная инвазия 4. гепатит и пиелонефрит 5. несоблюдение гигиены Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
13. Течение хронического парапроктита может осложниться: 1. возникновением гнойника при закупорке наружного свищевого отверстия 2. распространением воспалительного процесса 3. озлокачествлением 4. развитием недостаточности анального сфинктера 5. пектенозом Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
14. При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить
- 1) посев отделяемого свища для определения микрофлоры
  - 2) посев кала на дисбактериоз
  - 3) цитологическое или гистологическое исследование
  - 4) сфинктерометрию
  - 5) рентгенографию крестцового отдела позвоночника
15. Для свища прямой кишки наиболее характерным осложнением является
- 1) кишечная непроходимость
  - 2) кровотечение
  - 3) обострение воспаления
  - 4) малигнизация
  - 5) анальный зуд
16. Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки и
- 1) рак прямой кишки
  - 2) кисту параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки
  - 3) эпителиальный копчиковый ход
  - 4) остеомиелит копчика
  - 5) свищевую форму пиодермии
17. Экстрасфинктерный свищ прямой кишки первой степени сложности характеризуется тем, что: 1. свищевой ход огибает глубокую порцию наружного сфинктера 2. свищевой ход без затеков 3. отсутствуют рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища 4. свищевой ход извилистый, есть дополнительные свищевые ходы 5. есть воспалительные

изменения в запирательном аппарате прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) если правильные ответы 1 и 3
- 3) если правильные ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

18. Вторая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется: 1. широким внутренним отверстием в одной из крипт 2. Рубцовыми изменениями в стенке анального канала 3. Рубцовыми изменениями в области внутреннего отверстия свища 4. затеками в параректальной клетчатке 5. воспалительными изменениями в соседних криптах Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) если правильные ответы 1 и 3
- 3) если правильные ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

19. Третья степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется: 1. широким внутренним отверстием с рубцовой деформацией 2. внутренним отверстием без рубцовой деформации 3. свищевым ходом без затеков и полостей 4. наличием затеков в клетчаточном пространстве 5. прямым свищевым ходом Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) если правильные ответы 1 и 3
- 3) если правильные ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

20. Четвертая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется тем, что: 1. свищевой ход всегда прямой 2. свищевой ход идет экстрасфинктерно без затеков в параректальной клетчатке 3. внутреннее отверстие маленькое без рубцовой деформации 4. внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией слизистой, по ходу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затеки 5. всегда есть инфильтрация стенки анального канала Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) если правильные ответы 1 и 3
- 3) если правильные ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

21. К подковообразным относятся свищи прямой кишки, в которых имеется: 1. два внутренних отверстия при одном наружном 2. два наружных отверстия при одном внутреннем 3. извилистые свищевые ходы с дополнительными затеками в одном параректальном клетчаточном пространстве 4. свищевой ход с одним внутренним отверстием и несколькими наружными, расположенными слева и справа от анального отверстия 5. свищевой ход, идущий сбоку от кишки, с одним наружным и одним внутренним отверстием Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) если правильные ответы 1 и 3
- 3) если правильные ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

22. Для интрасфинктерного свища прямой кишки характерно: 1. наличие короткого свищевого хода 2. наличие пальпируемого подкожного тяжа, идущего к заднепроходному отверстию 3. свободное прохождение зонда в просвет кишки 4. наличие гнойных полостей 5. частое обнаружение гнойных затеков Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) если правильные ответы 1 и 3
- 3) если правильные ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

23. При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно: 1. иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом 2. рассечение свищевого хода без иссечения тканей 3. иссечение свища с низведением слизистой 4. иссечение свища в просвет прямой кишки 5. иссечение свища с ушиванием дна раны узловыми швами Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) если правильные ответы 1 и 3
- 3) если правильные ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

24. Хирургическое лечение свищей прямой кишки в амбулаторных условиях: 1. полностью исключено 2. нецелесообразно только по причине неадекватной анестезии 3. если есть условия, свищи прямой кишки любой степени сложности следует оперировать в поликлинике 4. возможно при интрасфинктерном свище 5. целесообразно при неполных внутренних свищах Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) если правильные ответы 1 и 3
- 3) если правильные ответы 2 и 4

- 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
25. При чрессфинктерном свище прямой кишки лучше всего: 1. всегда выполнять иссечение свища в просвет кишки 2. иссечение свища с ушиванием сфинктера 3. применять лигатурный метод с использованием шелка 4. в зависимости от того, через какую порцию наружного сфинктера проходит свищевой ход, следует выполнить одну из выше перечисленных операций 5. провести латексную лигатуру Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
26. При экстрасфинктерных свищах деление на степени сложности в основном имеет значение для
- 1) дифференцированного подхода к выбору вида операции
  - 2) прогнозирования исходов лечения
  - 3) разработки мер профилактики осложнений
  - 4) выбора вида обезболивания
  - 5) для планирования сроков пребывания больного в стационаре
27. При первой степени сложности экстрасфинктерных свищей наиболее целесообразно
- 1) иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера (сфинктеропластика)
  - 2) иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением ели зистой
  - 3) иссечение свища в просвет кишки с подшиванием краев раны ко дну
  - 4) иссечение свища с проведением шелковой лигатуры и затягиванием ее
  - 5) иссечение свища с проведением латексной лигатуры
28. При сфинктеропластике после иссечения экстрасфинктерного свища в просвет кишки в качестве шовного материала целесообразнее использовать
- 1) шелк
  - 2) викрил или полисорб
  - 3) лавсан
  - 4) кетгут хромированный
  - 5) кетгут простой
29. У больного выявлен задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки IV степени сложности. Оптимальным методом операции следует считать
- 1) иссечение свища в просвет кишки с пластикой сфинктера через 3-4 месяца
  - 2) иссечение свища с проведением лигатуры, вскрытие и дренирование затеков
  - 3) иссечение свища с ушиванием сфинктера, вскрытие и дренирование затеков
  - 4) иссечение свища с подшиванием краев раны ко дну
  - 5) иссечение внутреннего отверстия свища, вскрытие затеков
30. Пересечение анокопчиковой связки
- 1) производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки в не зависимости от глубины расположения свищевоего хода
  - 2) выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера
  - 3) целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затеком
  - 4) при свищах прямой кишки никогда не производится
  - 5) не выполняется при имеющейся слабости анального сфинктера
31. Анокопчиковая связка пересекается с целью
- 1) вскрытия и дренирования постанального клетчаточного пространства
  - 2) вскрытия межсфинктерного пространства
  - 3) вскрытия ретро - ректального клетчаточного пространства
  - 4) вскрытия ишиоректального клетчаточного пространства
  - 5) профилактики недостаточности анального сфинктера
32. Во время операции по поводу свища прямой кишки прежде, чем провести лигатуру необходимо: 1. иссечь наружное отверстие и свищевой ход до стенки кишки 2. вскрыть затеки 3. иссечь внутреннее свищевое отверстие 4. выскоблить внутристеночную часть свищевоего хода 5. иссечь выстилку анального канала и кожу в виде узкой дорожки для лигатуры Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
33. Рецидивы свища прямой кишки после операции иссечения свища с низведением слизистой могут быть связаны с: 1. ретракцией лоскута слизистой 2. несостоятельностью швов, фиксирующих низведенный лоскут 3. оставлением части свищевоего хода или затека 4. наличием избытка низведенного лоскута слизистой оболочки 5. несоблюдением постельного режима в течение 7 дней Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

34. Интраоперационное затягивание лигатуры при экстрасфинктерных свищах прямой кишки опасно: 1. если дно раны промежности выше внутреннего свищевого отверстия 2. при боковых свищах 3. при передних свищах у женщин 4. при передних свищах у мужчин 5. при наличии инфильтрации тканей и гнойного процесса в ране промежности Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
35. Для уменьшения числа послеоперационных осложнений после иссечения свища с проведением лигатуры обязательно нужны: 1. ежедневные перевязки 2. затягивания лигатуры при ее ослаблении 3. своевременное пересечение "мостика" тканей под лигатурой 4. бесшлаковая диета 5. препараты для ускорения заживления ран Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
36. Для профилактики послеоперационной недостаточности анального жома при лигатурном методе нужно: 1. не форсировать затягивание лигатуры 2. избегать длительной тампонады раны анального канала 3. следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно 4. весь период лечения применять мази только на водорастворимой основе 5. ежедневно затягивать лигатуру с пятого дня после операции Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
37. Для уменьшения натяжения швов, наложенных на сфинктер целесообразно: 1. применять Z-образные швы на мышцу 2. сделать послабляющие разрезы вокруг кожной раны 3. накладывать шелковые швы на периферическую часть раны 4. наложить дополнительные чрекожные П-образные швы на сфинктер 5. не ушивать кожу промежностной раны Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
38. Расхождение концов сфинктера в послеоперационном периоде возможно вследствие: 1. нагноения раны 2. раннего стула вследствие плохой очистки кишечника перед операцией 3. прохождения твердых каловых комков при длительной задержке стула 4. наложения дополнительных, поддерживающих швов на сфинктер 5. низведения слизисто-мышечного лоскута Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
39. Первое опорожнение прямой кишки после операции иссечения свища прямой кишки и сфинктеропластики чаще всего производится с помощью: 1. солевого слабительного 2. приема внутрь касторового масла 3. приема внутрь вазелинового масла 4. очистительной клизмы 5. лаважа Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
40. Пальцевое исследование после операции по поводу свища прямой кишки с ушиванием сфинктера необходимо для: 1. определения тонуса сфинктера 2. определения волевых сокращений сфинктера 3. контроля за состоянием швов, наложенных на сфинктер 4. контроля затечением раневого процесса (наличие инфильтрата и др.) 5. предотвращения слипания краев слизистой оболочки Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
41. У больного через 3 месяца после операции по поводу свища прямой кишки отмечается недержание газов. Это следует расценивать как: 1. нормальное явление после операции 2. 2-ю степень недостаточности анального жома 3. временное явление 4. 1-ю степень недостаточности анального жома 5. рецидив свища прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3

- 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
42. При недостаточности анального сфинктера I степени следует сразу рекомендовать: 1. хирургическое лечение 2. медикаментозную стимуляцию сфинктера 3. отказ от овощей и фруктов 4. лечебную физкультуру 5. ежедневную постановку очистительных клизм Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
43. Иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизисто-мышечного лоскута при экстрасфинктерных свищах целесообразно
- 1) при 2 степени сложности свища
  - 2) при 1 степени сложности свища
  - 3) при 3 степени сложности свища
  - 4) при 4 степени сложности свища
  - 5) при любой степени сложности, если нет гнойного процесса и, есть условия для мобилизации и перемещения слизисто-мышечного лоскута
44. Главным преимуществом операции иссечения свища и низведением слизистой перед лигатурным методом является
- 1) отсутствие повреждения анального сфинктера
  - 2) большая радикальность
  - 3) меньший процент нагноений раны
  - 4) меньшая травматичность операции
  - 5) уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре
45. При операции по поводу свища прямой кишки с низведением слизистой может привести к осложнению
- 1) перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища
  - 2) перфорация лоскута выше внутреннего отверстия
  - 3) выделение слизистой с внутренним сфинктером
  - 4) использование электрокоагуляции для гемостаза
  - 5) фиксация низведенного лоскута кетгутом
46. 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 затягиванием лигатуры
  - 5) не показана ни при одной из перечисленных операций
47. Затягивание лигатуры интраоперационно при операции по поводу свища прямой кишки: 1. необходимо всегда 2. целесообразно, если нет параректальных затеков 3. никогда не производится 4. не производится, если очевидно, что лигатура прорежется раньше, чем заживет промежностная рана выше внутреннего отверстия свища 5. не выполняется у женщин Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
48. Иссечение экстрасфинктерного свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера показано: 1. при 1 степени сложности свища 2. при 3 степени сложности свища 3. при 2 степени сложности 4. при 4 степени сложности свища 5. при 3 степени, если уже есть недостаточность анального жома Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
49. Под термином "ректоцеле" понимают: 1. выпадение прямой кишки 2. избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки 3. опущение передней стенки влагалища и матки 4. мешковидное выпячивание стенки прямой кишки 5. выпадение слизистой прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3
  - 3) если правильные ответы 2 и 4
  - 4) если правильный ответ 4
  - 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
50. Причиной развития переднего ректоцеле могут быть: 1. разрывы промежности в родах 2. упорные запоры 3. ослабление мышц тазового дна 4. многократные роды 5. возрастные изменения тканей промежности Выберите правильный ответ по схеме:
- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2) если правильные ответы 1 и 3

- 3) если правильные ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

#### 5.4. Перечень видов оценочных средств

Тесты ситуационные задачи  
истории болезни курируемых больных  
данные лабораторных методов исследований (анализ крови, мочи, липидный спектр и др.)  
данные инструментальных методов исследований (УЗИ, МРТ, ЭРХПГ, КТ, и др.)

### 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

#### 6.1. Рекомендуемая литература

##### 6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Савельев В.С., Кириенко А.И	Клиническая хирургия: национальное руководство в 3 т.	«ГЭОТАР-Медиа» 2015
Л1.2	Т.А. Корнилов	Хирургические болезни : учебное пособие	Ай Пи Эр Медиа 2019
Л1.3	J. Larry Jameson	Oxford Handbook of Clinical Specialties: For students	MEDICOSIDEAS2610 2018
Л1.4	Alan Japp, Colin Robertson, Rohana Wright, Matthew Reed	Macleod's Clinical Diagnosis 2nd Edition	MEDICOSIDEAS2610 2018

##### 6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Х. С. Бебезов, Н.И. Ахунбаева, Б.Х. Бебезов, С.Б. Боронбаев	КЛИНИКА И ОСЛОЖЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА: Учебно-методическое пособие	Бишкек 2005
Л2.2	В.К. Гостищев	Общей хирургии : Общей хирургии	М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015
Л2.3	В.А. Ступина, В.В. Лаптева	Методические рекомендации Острые хирургические заболевания. : Методические рекомендации Острые хирургические заболевания.	Москва 2011
Л2.4	Черноусов А.Ф.	Хирургические болезни.	Москва
Л2.5	Р. А. Оморов, Р. К. Бейшенбаев.	Избранные лекции по клинической хирургии: учебник	ЧП "Мукай" 2015
Л2.6	John S.P. Lumley, Anil K. D'Cruz, Jamal J. Hoballah, Carol E.H. Scott-Conner	Hamilton Bailey's Demonstrations of Physical Signs in Clinical Surgery 19 Edition	MEDICOSIDEAS2610 2018

##### 6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Х.С. Бебезов, Н.И. Ахунбаева, Б.Х. Бебезов, С.Б. Боронбаев	Клиника и осложнения острого аппендицита: Учебно- методическое пособие	Бишкек.: Изд-во КРСУ 2005
Л3.2	Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко	Хирургические болезни: В 2-х т.: Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа 2006
Л3.3	Кочнева Е.А., Гладенин В.Ф.	Факультетская хирургия: Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений	М.: Владос-Пресс 2005
Л3.4	А.Г. Абдулаева	Госпитальная хирургия: Учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2013
Л3.5	Л. Н. Бисенкова, В. М. Трофимова	Госпитальная хирургия: Руководство для врачей и интернов	Лань 2005
Л3.6	Савельев С.В., М.М. Абакумов, А.А. Адамян, Р.С. Акчурин, М.С. Алексеев	80 лекций по хирургии: Учебно-практическое пособие	ГЭОТАР-Медиа, 2008
Л3.7	И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.Ф. Фадеев	Эндокринная хирургия: Учебник	Литтерра 2011

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.8	Под. Ред. проф. Богданова А.Е.	Методические рекомендации Программа и ситуационные задачи для собеседования на государственных экзаменах по хирургическим дисциплинам.: Методические рекомендации Программа и ситуационные задачи для собеседования на государственных экзаменах по хирургическим дисциплинам.	Москва 2011
ЛЗ.9	Бебезов Х.С., Бебезов Б.Х., Двумаров А.А., Ильенко Н.В.	Хирургическая эндокринология: диагностика и хирургическое лечение.	КРСУ 2010
<b>6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"</b>			
Э1			
<b>6.3. Перечень информационных и образовательных технологий</b>			
<b>6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии</b>			
6.3.1.1	традиционные словесные методы (лекции, беседы, дискуссии, объяснения);		
6.3.1.2	наглядные методы (презентации, стенды, плакаты, виды лекарственных форм, справочники, учебники, учебные пособия и др.);		
6.3.1.3	методы практического обучения – проведение практических занятий: решение ситуационных задач, тестов, работа с аутопсийными и биопсийными материалами, выполнение СРС - самостоятельная работа со справочниками и литературой (обычной и электронной), самостоятельные письменные домашние задания.		
6.3.1.4	метод проблемно-ориентированного обучения - организуются индивидуальная, парная и групповая работы используется ролевые игры, осуществляется работа с историями болезнями и различными источниками информации.		
6.3.1.5	методы устного контроля: фронтальный опрос, индивидуальный опрос, подготовка докладов по СРС;		
6.3.1.6	методы письменного контроля: контрольная и модульные работы; выполнение письменных тестовых заданий по СРС; рефераты по СРС;		
6.3.1.7	методы текущего контроля: контрольные и модульные работы.		
<b>6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения</b>			
6.3.2.1	1. <a href="http://www.consilium-medicum.com">www.consilium-medicum.com</a>		
6.3.2.2	2. <a href="http://www.bibliomed.ru">www.bibliomed.ru</a>		
6.3.2.3	3. <a href="http://www.evbmed.fbm.msu.ru">www.evbmed.fbm.msu.ru</a> (Московский центр доказательной медицины)		
6.3.2.4	4. <a href="http://www.laparoscopy.ru">www.laparoscopy.ru</a>		
6.3.2.5	5. <a href="http://www.mediashera.ru">www.mediashera.ru</a> (ЕСДМ и доказательная медицина)		
6.3.2.6	6. <a href="http://www.medlinks.ru">www.medlinks.ru</a>		
6.3.2.7	7. <a href="http://www.med-pravo.ru">www.med-pravo.ru</a>		
6.3.2.8	8. <a href="http://www.minzdrav-rf.ru">www.minzdrav-rf.ru</a>		

## 7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Клинической базой, на которой находится кафедра госпитальной хирургии КРСУ явля-ется клиника академика И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при МЗ КР. Клиника представляет собой учебно-методическую базу, располагает следующими отделениями: от-деление гнойной хирургии, отделение торакальной хирургии, отделение хирургической га-стрэнтерологии и эндокринологии, отделение сосудистой хирургии, отделение микрохирургии и отделение проктологии. Все аспиранты, обучающиеся на этой базе, принимают активное участие в операциях, лечебно-диагностических и других манипуляциях. Операционные блоки оснащены видеокамерами, обучающие могут наблюдать за ходом операции из учебных комнат.
7.2	На кафедре создан банк учебной литературы (учебники), «скачанной» из учебных пор-талов Интернета. Общее количество учебных материалов:
7.3	Для обучения в аспирантуре из материально-технического обеспечения имеются: мультимедиа, ноутбук, компьютер, принтер, сканер, аппарат ксерокопии.

## 8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

От аспирантов требуется посещение занятий, выполнение заданий руководителя дисциплины, знакомство с рекомендованной литературой и др. При аттестации обучающегося оценивается качество работы на занятиях, уровень подготовки к самостоятельной деятельности в избранной области, качество выполнения заданий руководителя дисциплины, способность к самостоятельному изучению учебного материала.

На практических занятиях и лекциях в аудиториях проводится разбор соответствующих тем, клинических ситуаций с использованием мультимедийной техники (компьютер, проектор).

Самостоятельная работа во внеаудиторные часы может проходить как в аудиториях кафедры и компьютерном классе, где аспиранты могут изучать материал по презентациям, компьютерным тестам.

Учебные пособия в электронном виде по ряду изучаемых тем размещены на компьютере кафедры, а также на локальном ресурсе электронно-библиотечной системы КРСУ.

В качестве одной из форм самостоятельной работы предусмотрена подготовка плана практического занятия, подготовка конспекта лекции, презентации по различным разделам курса.

Внеаудиторная самостоятельная работа включает в себя изучение материала по учебникам, учебным пособиям, подготовка реферативного сообщения по избранной теме, подготовка к контрольной работе, курация и прием пациентов, проведение диагностических процедур.

Для контроля текущей успеваемости студентов и промежуточной аттестации используется рейтинговая система оценки знаний. Система текущего контроля включает:

- контроль посещения и работы на семинарских/практических занятиях;
- контроль выполнения ординаторами заданий для самостоятельной работы;
- контроль знаний, умений, навыков усвоенных в данном курсе в форме тестирования, решения ситуационных задач, подготовки отчетов по итогам изучения разделов.

Работа на семинарских занятиях оценивается преподавателем (по пятибалльной шкале) по итогам подготовки и выполнения аспирантами практических заданий, активности работы в группе и самостоятельной работе. Пропуск семинарских занятий предполагает отработку по пропущенным темам. Форма отработки определяется преподавателем, ведущим семинар (письменное эссе, написание реферата по теме пропущенного семинарского занятия, письменный отчет о выполнении практического задания, конспект статьи, проведение промежуточного тестирования знаний или пр.)

Форма контроля - зачёт.

Ответ аспиранта на зачёте оценивается по каждому вопросу или заданию, затем выводится средний показатель. Ответы студентов оцениваются следующими отметками «зачтено» или «не зачтено». Качественными показателями ответа являются: полнота, глубина, прочность, системность, оперативность, сознательность, обобщенность знаний и умений студентов.

«Зачтено» выставляется аспиранту, если он показывает твердые знания по предмету в соответствии с учебной программой; хорошо ориентируется в основной и дополнительной литературе, самостоятельно и последовательно излагает учебный материал, предпринимает попытки анализировать различные научные взгляды, выразить собственную позицию; умеет увязывать теоретические положения с устойчивой практикой; отличается культурой речи, общения.

«Не зачтено» выставляется аспиранту, если он демонстрирует незнание основных положений учебного предмета в соответствии с учебной программой; не ориентируется в основных источниках по дисциплине, не в состоянии дать самостоятельный ответ на учебные вопросы и выразить собственную позицию; не умеет устанавливать связь теоретических положений с реальной практикой; речь и общение не всегда логичны и маловыразительны.

1. Самостоятельное изучение аспирантами теоретического курса.

Самостоятельная работа выполняется аспирантами на основе учебно-методических материалов дисциплины.

Самостоятельно изучаемые вопросы курса включаются в экзаменационные билеты.

Самостоятельная работа аспирантов включает в себя:

Подготовку к практическим занятиям с учетом разработанных на кафедре контроль-ных вопросов

Экспертизу медицинской документации (истории болезни дневного стационара, ме-дицинские карты амбулаторного наблюдения и др.) с количественной оценкой ведения больных терапевтического профиля на предмет соответствия стандартам и клиническим рекомендациям по ведению соответствующих категорий больных

Работу с электронной библиотекой кафедры, использование интернет-ресурсов, учеб-ной, учебно-методической литературы и инструктивно-нормативных документов, регламен-тирующих амбулаторно-поликлиническую работу.

2. Написание и презентация реферата.

Написание и презентация реферата руководителю, с последующим его (реферата) об-суждением является формой отчетности самостоятельной работы аспиранта.

Реферат выполняется с использованием учебной и научной литературы. Тему рефера-та аспирант выбирает самостоятельно из представленных ниже (или предлагает свою) и утверждает ее (тему) у преподавателя в течение первых 2-х недель обучения.

Реферат дол-жен быть оформлен в соответствии с требованиями оформления текстовых документов, объ-емом не менее 20 машинописных страниц.