


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		



УТВЕРЖДЕНО

решением Ученого совета Института медицины, экологии и физической культуры от «19» июня 2019г., протокол № 10/210

Председатель В.И. Мидленко

подпись, расшифровка подписи

» _____ 20__ г.

утверждается в подразделении, реализующем ОПОП ВО

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

Дисциплина	Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия
Факультет	Медицинский
Кафедра	Госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии и ортопедии
Курс	6

Направление (специальность) 31.05.02 Педиатрия

код направления (специальности), полное наименование

Направленность (профиль/специализация) _____

полное наименование

Форма обучения _____ очная _____

очная, заочная, очно-заочная (указать только те, которые реализуются)

Дата введения в учебный процесс УлГУ: «1 сентября 2020г.

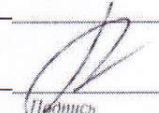

Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол №__ от ____ 2023г.


Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол №__ от ____ 2024г.

Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол №__ от ____ 2025г.

Сведения о разработчиках:

ФИО	Кафедра	Должность, ученая степень, звание
Белоногов Николай Иванович	Госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии и ортопедии	Профессор кафедры, д.м.н., доцент

СОГЛАСОВАНО	СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой, реализующей дисциплину	Зав. кафедрой педиатрии медицинского факультета ИМЭиФК
 / Мидленко В.И./ _____ / <i>Подпись</i> <i>ФИО</i>	 /Соловьёва И.Л./ _____ / <i>Подпись</i> <i>ФИО</i>
« 22 » июня 2020 г.	« 22 » июня 2020 г.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

Цели освоения дисциплины: Целью освоения учебной дисциплины «Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия» являются: формирования у студентов элементов клинического врачебного мышления, стереотипов комплекса необходимых дополнительных методов обследования, основных положений консервативной терапии и принципов хирургического лечения, складывающегося в результате теоретического и практического изучения экстренных хирургических заболеваний брюшной полости.

Процесс освоения дисциплины «Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия» направлен на формирование общепрофессиональных (ОПК-9) и профессиональных компетенций (ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11).

Задачи освоения дисциплины - обеспечить усвоение студентами программы по современным диагностическим и лечебным технологиям в абдоминальной хирургии на основе знаний, полученных на кафедрах начальных курсов;

- выработать у студентов научное представление о взаимосвязи структуры, функции органов и системы человека в зависимости от условий окружающей среды;

- научить студентов методам клинического обследования больных с хирургической патологией, правильно сформулировать диагноз и выбрать лечебно-тактические мероприятия;

- научить выработать диагностический алгоритм с применением современных методов при абдоминальных хирургических заболеваниях;

- воспитать этические нормы поведения в клинике, уважения к коллегам и больным, уважения к коллегам и больным.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП:

Дисциплина Б1.В.ДВ.4.2 «Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия» относится к дисциплинам по выбору вариативной части.

Освоение дисциплины базируется на знаниях, умениях и навыках, формируемых предшествующими дисциплинами и практиками:

История медицины:

знания: выдающиеся деятели медицины и здравоохранения, выдающиеся медицинские открытия, влияние гуманистических идей на медицину; умения: анализировать и оценивать вклад выдающихся отечественных деятелей медицины и здравоохранения в развитие методов диагностики заболеваний внутренних органов; навыки: владеть инструментом воспитания патриотизма и гражданской ответственности.


Биоэтика:

знания: учение о здоровье детского и взрослого населения, методах его сохранения, взаимоотношения «врач-пациент»; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основные этические документы международных и отечественных профессиональных медицинских ассоциаций и организаций; умения: защищать гражданские права врачей и пациентов; навыки: морально-этическая аргументация;

Психология и педагогика:

знания: основные направления психологии, общие и индивидуальные особенности психики взрослого человека, психология личности и малых групп; умения: выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива; навыки: публичной речи, ведения дискуссий и круглых столов, навыки информирования пациентов в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»;

Латинский язык:

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

знания: основная медицинская и фармацевтическая терминология на латинском языке; умения: использовать не менее 900 терминологических единиц и терминов-элементов; навыки: чтение и письмо на латинском языке клинических и фармацевтических терминов и рецептов;

Медицинская информатика:

знания: теоретические основы информатики, сбор, хранение, переработка, преобразование, распространение информации в медицинских и биологических системах, использование информационных компьютерных систем в медицине и здравоохранении; умения: использование учебной, научной, научно-популярной литературы, сети Интернет для профессиональной деятельности; статистическая обработка экспериментальных данных; навыки: базовые технологии преобразования информации: текстовые, табличные редакторы, поиск в сети Интернет;

Химия:

знания: строение и биохимические свойства основных классов биологически важных соединений, основные метаболические пути их превращения; правила техники безопасности и работы в химических лабораториях, с реактивами, приборами; умения: использование химического оборудования; навыки: соблюдение техники безопасности при работе в химических лабораториях.

Биология:

знания: общие закономерности происхождения и развития жизни; антропогенез и онтогенез человека; законы генетики, ее значение для медицины; закономерности наследственности и изменчивости в индивидуальном развитии как основы понимания патогенеза и этиологии наследственных и мультифакторных заболеваний человека; умения: пользоваться физическим и биологическим оборудованием, работать с увеличительной техникой (микроскопами, оптическими и простыми лупами); составлять схему семейной родословной на основе опроса пациентов; навыки: определять тип наследования заболеваний внутренних органов.

Биохимия:

знания: химико-биологическая сущность процессов, происходящих в живом организме, на молекулярном и клеточном уровнях; строение и биохимические свойства основных классов биологически важных соединений, основные метаболические пути их превращения; роль клеточных мембран и их транспортных систем в обмене веществ в организме детей и подростков; правила техники безопасности и работы в химических и биологических лабораториях, с реактивами, приборами, животными; умения: обоснование стандарта биохимических лабораторных исследований при различных заболеваниях внутренних органов; навыки: интерпретации результатов наиболее распространённых методов лабораторных биохимических исследований.


Анатомия человека:

знания: анатомно-физиологические особенности строения и развития организма человека; умения: соотнести топографию внутренних органов с проекцией на поверхность тела человека при клиническом исследовании больного; навыки: определять проекцию внутренних органов на поверхность тела пациента.

Гистология, эмбриология, цитология:

знания: основные закономерности развития и жизнедеятельности организма человека на основе структурной организации клеток, тканей и органов; гисто-функциональные особенности тканевых элементов; умение: анализировать гистологическое состояние различных клеточных, тканевых и органных структур человека; работа с увеличительной техникой (микроскопами, оптическими и простыми лупами); навыки: интерпретировать результаты гистологического исследования биопсийного материала нормальных органов.

Нормальная физиология, патологическая физиология:

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

знание: основные физические явления и закономерности, лежащие в основе процессов, протекающих в организме человека; функциональные системы организма человека, их регуляцию и саморегуляцию при воздействии внешней среды в норме; умение: ориентации в механизмах функциональных процессов в организме человека; навыки: интерпретации результатов нормальных инструментальных и лабораторных методов исследования.

Гигиена:

знания: основы профилактической медицины, санитарно-гигиенические требования к устройству, организации и режиму работы больниц, отделений и палат в больницах; умения: анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского и взрослого населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды, биологических и организации медицинской помощи; проводить с пациентами профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания; пропагандировать здоровый образ жизни; навыки: оценка состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп;

Микробиология, вирусология:


знания: классификацию, морфологию и физиологию микроорганизмов и вирусов, их влияние на здоровье человека, методы микробиологической диагностики, принципов применения основных антибактериальных, противовирусных и биологических препаратов, основ профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных болезней; умения: работать с увеличительной техникой (микроскопами, оптическими и простыми лупами) проводить микробиологическую и вирусологическую диагностику, проводить санитарно просветительную работу по гигиеническим вопросам; навыки: анализа и интерпретации результатов современных микробиологических и вирусологических методов диагностики для успешной лечебно-профилактической деятельности.

Иммунология:

знания: структуры и функции иммунной системы человека, ее возрастных особенности, клеточно-молекулярных механизмов развития и функционирования иммунной системы, основных этапов, типов, генетического контроля иммунного ответа, методов иммунодиагностики; методов оценки иммунного статуса, показаний и принципов его оценки, иммунопатогенеза, методов диагностики основных заболеваний иммунной системы человека, видов и показаний к применению иммуномодулирующей терапии; умения: охарактеризовать и оценить уровни организации иммунной системы человека, оценить медиаторную роль цитокинов; обосновать необходимость клинко-иммунологического обследования больного, интерпретировать результаты оценки иммунного статуса по тестам 1-го уровня; интерпретировать результаты основных диагностических аллергологических проб; обосновать необходимость применения иммунокорректирующей терапии; навыки: постановки предварительного иммунологического диагноза с последующим направлением к врачу аллергологу-иммунологу; основами врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях с иммунными нарушениями.

Фармакология:

знания: классификации и основных характеристик лекарственных средств, фармакодинамики и фармакокинетики, показаний и противопоказаний к применению лекарственных средств, побочных эффектов; общих принципов оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств; умения: анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения; выписывать рецепты лекарственных средств, использовать различные лекарственные формы при лечении

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

определенных патологических состояний, исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики; применять основные антибактериальные, противовирусные и биологические препараты; оценивать возможные проявления при передозировке лекарственных средств и способы их устранения; навыки: применения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных заболеваний и патологических состояний.

Общая хирургия и лучевая диагностика:


знания: асептики и антисептики, понятие о госпитальной инфекции, структура хирургического стационара. Методы диагностики хирургического больного; умения: обследовать пациентов при различных травматических повреждениях, с гнойно-септическим состоянием, выявить жизнеопасные нарушения при кровотечениях, наложить транспортные шины, бинтовые и косыночные повязки, ввести медикаменты через дренажи и микроирригаторы, оценить пригодность крови и ее препаратов. Перед операцией обработать руки, операционное поле, одеть стерильную маску, перчатки, халат. Определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидропневмоторакса; навыки: владеть основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях. Интерпретировать результаты рентгенологических и ультразвуковых методов исследования.

Инфекционные болезни:

знания: этиологии, патогенеза инфекционных болезней, основные клинические проявления, основные методы лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые в инфектологии; основные принципы лечения инфекционных болезней и реабилитации больных, показания к госпитализации инфекционного больного, специфическую и неспецифическую профилактику инфекционных болезней; структуру инфекционной службы, показания к амбулаторному лечению инфекционного больного, транспортировку инфекционного больного в стационар: правила изоляции при госпитализации больных, санитарно-гигиенические требования к устройству, организации работы и режиму инфекционных больниц, отделений, боксов; особенности организации работы с больными ВИЧ-инфекцией; умения: определить статус инфекционного больного; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата; провести дифференциальную диагностику по ведущему клиническому синдрому; назначить адекватную этиотропную и патогенетическую терапию; провести специфическую и неспецифическую профилактику инфекционных болезней; организовать противоэпидемические мероприятия; навыки: интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований; использовать алгоритм постановки диагноза наиболее распространенных инфекционных болезней; алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными заболеваниями; осуществления специфической и неспецифической профилактики инфекционных болезней; противоэпидемических мероприятий.

Пропедевтика внутренних болезней:

знания: закономерностей функционирования отдельных органов и систем, основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, методов объективного осмотра больного, современные методы лабораторного, инструментального обследования больных; умения: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.); оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; провести первичное обследование систем и органов;

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента; навыки: общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, применения простейших медицинских инструментов.

Госпитальная терапия, факультетская педиатрия, эндокринология:


знания: этиологии, патогенеза и мер профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний; современной классификации заболеваний; клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного, современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; критериев диагноза различных заболеваний; методов проведения неотложных мероприятий, показаний для плановой госпитализации больных; методов лечения и показания к их применению; умения: поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических действий, с учетом протекания болезни и ее лечения; сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного; определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины); навыки: правильного ведения медицинской документации; методов общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритма развернутого клинического диагноза; назначения больным адекватного терапевтического лечение в соответствии с выставленным диагнозом, оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях.

Акушерство и гинекология:

знания: организации акушерской и гинекологической помощи населению, методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики гинекологических заболеваний, физиологической и патологической беременности; методов ведения беременности и принятия родов; современные методы планирования беременности, методы антенатальной охраны плода и пренатальной диагностики; критериев оценки состояния новорождённого, критериев недоношенности; методов ведения детей с различной перинатальной патологией, недоношенных детей; методов сердечно-легочной реанимации; умения: диагностики и ведения физиологической беременности, своевременного выявления отклонений в течение беременности, осуществления алгоритма выбора терапии при патологической беременности и гинекологической патологии, принятия физиологических и патологических родов, оценки состояния новорожденного, оказания неотложной помощи при критических состояниях новорожденного; навыки: интерпретации результатов клинических, лабораторных, инструментальных методов диагностики беременности, гинекологических заболеваний; ведения физиологической беременности, принятия родов, оценки состояния доношенных и недоношенных новорожденных; использования методов антенатальной охраны плода.

Неврология, медицинской генетики и нейрохирургии:

знания: основных неврологических синдромов; клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных неврологических заболеваний; современных методов клинического, лабораторного, инструментального

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


обследования неврологических больных; методов лечения и показания к их применению; типов наследования заболеваний и клинические проявления наследственной патологии, общих характеристик болезней с наследственным предрасположением, общих принципов и особенностей диагностики наследственных заболеваний, причин происхождения и диагностическую значимость морфогенетических вариантов болезней; врожденных аномалий; умения: поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических действий; обосновать фармакотерапию у конкретного больного; провести антенатальную диагностику наследственных заболеваний; навыки: правильного ведения медицинской документации; методов общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритма развернутого клинического диагноза; назначения больным адекватного терапевтического лечения в соответствии с выставленным диагнозом, оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях; изучения наследственности у человека (цитогенетический метод, генеалогический метод, близнецовый метод), анализа роли наследственных и экзогенных факторов в развитии патологических состояний.

Общественное здоровье и организация здравоохранения:

знания: основ законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основных нормативно-технических документов; основных принципов управления и организации медицинской помощи населению; основ законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, правовых основ государственной политики в области иммунопрофилактики; социального страхования и социального обеспечения, основ организации страховой медицины в Российской Федерации; сравнительных характеристик систем здравоохранения в мире; финансировании системы здравоохранения; организации врачебного контроля за состоянием здоровья населения, вопросов экспертизы нетрудоспособности и медико-юридической помощи населению; методик расчета показателей медицинской статистики; основ применения статистического метода в медицинских исследованиях, при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; организацию работы младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; умения: планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи; использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций; использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, анализировать показатели работы их структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам; навыки: правильного ведения медицинской документации; оценки состояния общественного здоровья; расчета показателей медицинской статистики; применения статистического метода в медицинских исследованиях, при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций.

Топографическая анатомия и оперативная хирургия:

знания: по пограничной, ориентирной, послышной, системной, проекционной, синтопической, скелетотопической, типичной и вариантной анатомии в возрастной аспекте в пределах изучаемой области, обращая особое внимание на особенности детского возраста; по способам и технике хирургических операций, хирургических инструментах и аппаратах; умения: научить использовать в лечебно-диагностической деятельности знания о топографической анатомии тканей и органов человеческого тела для выбора

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

рациональных хирургических доступов и видов оперативных вмешательств; навыки: использования хирургического инструментария общего назначения, владение хирургическими приемами, техникой выполнения общехирургических манипуляций и операций.

Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия: знания: по диагностике, лечению и профилактике неотложных состояний; умения: сформировать врачебное поведение и научить основам клинического мышления; умениям, обеспечивающим решение профессиональных задач и применение им алгоритма врачебной деятельности по оказанию медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных; навыки: обучение сбору и анализу информации о состоянии здоровья пациента; ведение медицинской документации, интенсивной терапии острой дыхательной недостаточности, гипербарической оксигенации, управляемой гипотермии, гипотонии и гемодилюции, длительной инфузионной терапии, экстракорпоральным методам детоксикации.

Факультетская хирургия, урология:

знания: клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп. Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного хирургического профиля; умения: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос, физикальное обследование, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи, провести обследование систем и органов. Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни для уточнения диагноза и получения достоверного результата. Подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; навыки: владеть методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, основными врачебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.


Учебная практика «Уход за больными»:

знания: виды санитарной обработки больных, типы лихорадок, особенности наблюдения и ухода за больными с заболеваниями различных систем организма; умения: санитарная обработка больного при поступлении в стационар и в период пребывания в стационаре, смена нательного и постельного белья больного, обработка пролежней; уход за больными различного возраста, страдающими заболеваниями различных органов и систем, их транспортировка; термометрия, контроль суточного диуреза, сбор биологического материала для лабораторных исследований, антропометрия, постановка различных видов клизм, кормление тяжелых больных; дезинфекция и предстерилизационная подготовка медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными; навыки: уход за больными с учетом их возраста, характера и тяжести заболевания; уход за тяжелобольными и агонирующими больными.

Результаты изучения дисциплины являются основой для изучения дисциплин: Онкология, Современные аспекты онкологии, Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия, Паллиативная медицина.

3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ), СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ


Изучение дисциплины «Актуальные вопросы госпитальной хирургии» в рамках

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

освоения образовательной программы направлено на формирование у обучающихся следующих общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

№ п/п	Индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			знать	уметь	владеть
1	ОПК-9	Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	Этиологию, патогенез, диагностику, дифференциальную диагностику, особенности клинического течения, возможные осложнения наиболее часто встречаемых заболеваний внутренних органов с хирургической точки зрения. Функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой, особенности функционирования в норме и патологии.	Давать оценку функционального состояния органов и систем при заболеваниях хирургического профиля.	Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических процедур. Алгоритмом интерпретации данных функциональных методов исследования при заболеваниях хирургического профиля.
2	ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в	Диагностическое значение изменений, выявленных при клиническом исследовании больного, использовании лабораторно-инструментальной	Проводить опрос, физикальное исследование больного; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальной диагностики и использовать в обосновании клинического	Методами клинического исследования больного, интерпретацией результатов дополнительных методов исследования, алгоритмом обоснования предварительного и клинического


		целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	диагностики.	диагноза.	диагноза
3	ПК-6	Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, синдромов, заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-10	Механизм возникновения клинических симптомов и принципы их группировки в клинические синдромы, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов с хирургической точки зрения. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с заболеваниями внутренних органов, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем,	Выделять и обосновывать клинические синдромы с учетом выявленных клинических симптомов и знаний о механизмах их развития. Выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов. Оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной	Методами общеклинического обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики основных клинических синдромов, при заболеваниях внутренних органов. Алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании международной классификации болезней

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

			связанных со здоровьем	классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования	
4	ПК-8	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Основные принципы лечения заболеваний хирургического профиля	Разработать план лечения больного с учетом течения болезни	Алгоритмом принципов лечения заболеваний хирургического профиля
5	ПК-11	Готовностью к оказанию экстренной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Алгоритм выполнения основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию экстренной медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Восстановить проходимость верхних дыхательных путей. Устранить западение корня языка путем установки воздуховода, запрокидывания головы назад, выдвижения нижней челюсти.	Проводить искусственную вентиляцию легких способом «рот в рот», «рот в нос», мехом Амбу, непрямой массаж сердца. Диагностировать терминальное состояние и проводить сердечнолегочную реанимацию

В результате изучения дисциплины студент должен:

- **Знать:**
 - Этиологию и патогенез типичных основных заболеваний, относящихся к абдоминальной хирургии;
 - Клиническую симптоматику экстренной хирургической патологии;
 - Дифференциальную диагностику острой хирургической патологии;
 - Диагностические методы исследований;
 - Основные положения консервативного лечения острой хирургической патологии;
 - Основные методы хирургического вмешательства и сроки оперативного лечения при хирургических заболеваниях.
 - Основные эндоскопические методы диагностики и лечения при хирургических заболеваниях.
- **Уметь:**
 - осуществлять целенаправленный сбор анамнеза по изучаемым нозологическим формам хирургической патологии: локализация, время возникновения, иррадиация и интенсивность боли, зависимость боли от внешних причин, периодичность возникновения боли, самочувствие пациента до заболевания,

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

связь возникновения заболевания с какими-либо факторами;

- провести объективное обследование систем и органов: положение пациента, окраску и состояние кожи и слизистых оболочек, выражения глаз, лица, речь, состояние лимфоузлов, локализация боли, локальный статус;
- выявить наиболее характерные симптомы по изучаемым нозология хирургии;
- оформить амбулаторную карту или историю болезни в стационаре;
- сформулировать клинический диагноз; разработать план хирургических действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
- поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
- интерпретировать результаты эндоскопических методов диагностики;
- сформулировать и обосновать план обследования и план лечения по хирургической патологии;
- выполнять перевязки после выполнения операций на органах брюшной полости.
- интерпретировать результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;

• **Владеть:**


- правильным ведением медицинской документации;
- перед операцией и хирургическими манипуляциями обработать руки, операционное поле, одеть стерильную хирургическую маску, одеть или сменить стерильные перчатки, стерильный халат самостоятельно и с помощью операционной сестры;
- алгоритмом развернутого клинического диагноза;
- основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных состояниях в хирургии;
- ассистенцией при операциях по поводу острого аппендицита, грыжи, осложненной язвенной болезни, острого холецистита, острого панкреатита, острой кишечной непроходимости, травмах органов брюшной и грудной полости и других хирургических патологиях.

4. ОБЩАЯ ТРУДОЕМКОСТЬ ДИСЦИПЛИНЫ

4.1. Объем дисциплины в зачетных единицах (всего): 2 ЗЕ

4.2. По видам учебной работы (в часах): 72 часа

Вид учебной работы	Количество часов 72 (форма обучения ОЧНАЯ)	
	Всего по плану	В т.ч. по семестрам
		Семестр С
1	2	3
Контактная работа обучающихся с преподавателем	54	54

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


Аудиторные занятия:	54	54
лекции	-	-
лабораторные работы (лабораторный практикум)	Не предусмотрены	Не предусмотрены
практические и семинарские занятия	54	54
Самостоятельная работа	18	18
Текущий контроль (количество и вид: конт. работа, коллоквиум, реферат)	Опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач	Опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач
Курсовая работа	Не предусмотрена	Не предусмотрена
Виды промежуточной аттестации (экзамен, зачет)	Зачет	Зачет
Всего часов по дисциплине	72	72

В случае необходимости использования в учебном процессе частично/исключительно дистанционных образовательных технологий в таблице слеш указывается количество часов работы ППС с обучающимися для проведения занятий в дистанционном формате с применением электронного обучения.


4.3. Содержание дисциплины (модуля.) Распределение часов по темам и видам учебной работы:

Форма обучения ОЧНАЯ

Название и разделов и тем	Всего	Виды учебных занятий				
		Аудиторные занятия			Занятия в интерактивной форме	Самостоятельная работа
		лекции	практические занятия, семинары	лабораторная работа		
1	2	3	4	5	6	7
1.Организационные основы эндоскопии. Нормативные документы об организации эндоскопической службы в России. Вопросы врачебной этики и деонтологии.	6	-	6	-	-	-
2.Показания и противопоказания к ФГДС. Подготовка к ФГДС, способы обезболивания эндоскопического исследования. Осложнения ФГДС. Осложнения ФГДС и ЭРПХГ. Методика ФГДС. Методика ЭРПХГ.	6	-	6	-	-	-

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


3. Нормальная эндоскопическая картина пищевода. Воспалительные заболевания. Ожоги пищевода. Постожеговые сужения. Варикозное расширение вен. Опухоли пищевода. Инородное тело. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Методика ФГДС при заболеваниях пищевода.	6	-	6	-	-	-
4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.	6	-	6	-	-	-
5. Современные методы лечения гастродуоденальных кровотечений	6	-	6	-	-	-
6. Исследование желудка. Нормальная эндоскопическая картина. Ожоги желудка. Гастриты. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Эрозивные поражения. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Острые язвы желудка. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания.	6	-	6	-	-	-
7. Синдром Меллори-Вейса. Причины развития заболевания, клиника и диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.	6	-	6	-	-	-
8. Осложнения заболеваний ободочной кишки	6	-	6	-	-	-
9. Рак желудка. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания. Малые признаки рака. Основные пути метастазирования рака желудка. Классификация. Клиника, диагностика, паллиативное и оперативное лечение.	6	-	6	-	-	6
10. Нормальная эндоскопическая картина двенадцатиперстной кишки. Ожоги двенадцатиперстной кишки. Дуодениты. Этиопатогенез, клиника и	6	-	-	-	-	6

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания. Дивертикулиты. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания, классификация.							
11. Методика фиброколоноскопии. Фиброколоноскопия. Показания и противопоказания к фиброколоноскопии. Подготовка к фиброколоноскопии, способы обезболивания эндоскопического исследования. Осложнения фиброколоноскопии. Методика проведения ФКС. Нормальная эндоскопическая картина толстого кишечника.	6	-	-	-	-	-	6
12. Малоинвазивные и малотравматические и лапароскопические и торакокопические операции	6	-	-	-	-	-	-
ВСЕГО	72	-	54	-	-	-	18

3. СОДЕРЖАНИЕ КУРСА


№ п/п	Название темы	Содержание темы
1.	Организационные основы эндоскопии. Нормативные документы об организации эндоскопической службы в России. Вопросы врачебной этики и деонтологии.	Осмотр и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Обоснование направления пациентов с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта к врачам-специалистам, при наличии медицинских показаний, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>Предоставление информации (по требованию пациента) о возможных последствиях эндоскопического обследования</p> <p>Оформление информированного согласия пациента на проведение исследования</p> <p>Обоснование отказа от проведения эндоскопического диагностического исследования, информирование лечащего врача в случае превышения риска в отношении риск/польза. Фиксация мотивированного отказа в амбулаторной карте или истории болезни</p> <p>Интерпретация и анализ информации, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта</p> <p>Интерпретация результатов осмотров, лабораторных и инструментальных исследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта</p> <p>Интерпретация результатов осмотров врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта</p> <p>Обоснование направление пациентов с заболеваниями и(или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оформление заключения с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>
2.	<p>Показания и противопоказания к ФГДС.</p> <p>Подготовка к ФГДС, способы обезболивания эндоскопического исследования. Осложнения ФГДС.</p> <p>Осложнения ФГДС и ЭРПХГ.</p> <p>Методика ФГДС.</p> <p>Методика ЭРПХГ.</p>	<p>Показания к плановой ФГДС</p> <p>Плановое обследование может назначаться пациенту при наличии следующих жалоб:</p> <ul style="list-style-type: none"> • частые или периодически возникающие боли в эпигастральной области (под ребрами, в верхней части живота или посередине); • изжога или отрыжка; • нарушения глотания; • приступы тошноты и рвоты;

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<ul style="list-style-type: none"> • ощущения тяжести и дискомфорта в желудке после еды; • вздутие живота; • ухудшение аппетита; • необъяснимая утрата веса за короткий период и др. <p>ФГДС назначается пациенту при наличии подозрений на следующие заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гастрит или гастродуоденит; • язвенная болезнь; • дуоденальный рефлюкс; • стеноз двенадцатиперстной кишки; • варикозное расширение вен пищевода; • эзофагит; • дивертикулы пищевода; • нарушения проходимости пищевода или желудка; • ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь); • анемия невыясненного происхождения; • доброкачественные или злокачественные опухоли. <p>Плановая ФГДС в диагностических целях может назначаться при некоторых заболеваниях печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы или для подготовки больного к полостным и длительным операциям.</p> <p>Кроме этого, исследование осуществляется при диспансерном наблюдении за больными с хроническими заболеваниями (гастритами, язвенной болезнью и пр.) или пациентам, перенесшим удаление новообразований. В профилактических целях ФГДС рекомендуется проходить всем людям старше 40 лет для исключения онкологических заболеваний.</p> <p>В плановом порядке ФГДС в лечебных целях выполняется при необходимости:</p> <ul style="list-style-type: none"> • введения препаратов через зонд; • удаления полипов желудка; • устранения камней в большом сосочке двенадцатиперстной кишки; • хирургического устранения стеноза сфинктера Одди; • лечения сужения пищевода. <p>Показания к экстренной ФГДС</p> <p>В срочном порядке эндоскопия верхних отделов пищеварительного тракта проводится в следующих случаях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • необходимость удаления инородных тел;
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<ul style="list-style-type: none"> • для устранения очага желудочно-кишечного кровотечения путем прицельного нанесения кровоостанавливающего препарата, наложения лигатур или тампонирования; • при подозрениях на острые хирургические заболевания или осложнениях язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки.
3.	<p>Нормальная эндоскопическая картина пищевода. Воспалительные заболевания. Ожоги пищевода. Постожеговые сужения. Варикозное расширение вен. Опухоли пищевода. Инородное тело. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Методика ФГДС при заболеваниях пищевода.</p>	<p>Классификация заболеваний пищевода</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пороки развития. К ним относятся атрезия, врожденное сужение, врожденное идиопатическое расширение, кардиальная недостаточность (или халазия), удвоение пищевода, неопущение желудка. 2. Инородные тела пищевода. 3. Функциональные заболевания пищевода (ахалазия пищевода, кардиоспазм, дискинезия пищевода – эзофагоспазм). 4. Дивертикулы пищевода. 5. Ожоги пищевода. 6. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода. 7. Рак пищевода. <p>Функциональные заболевания</p> <p>Функциональные заболевания пищевода по патофизиологическому субстрату включают разнообразные поражения пищевода и его сфинктерных механизмов и проявляются своеобразной клинической и рентгенологической картиной. Общий клинический симптом данных заболеваний пищевода – дисфагия.</p> <p>При кардиоспазме в момент глотания и расслабления пищеводной трубки выпадает важная функция раскрытия кардии.</p> <p>Кардиоспазм разделяют на три стадии: первая – непостоянный спазм кардии, вторая – гипертоническая и третья – атоническая.</p> <p>При многолетнем течении кардиоспазм не склонен переходить в рубцовый стеноз кардии, если болезнь не осложняется химическими или термическими повреждениями (алкоголь, острые, соленые, кислые блюда, горячая пища и др.), а также значительными надрывами стенки пищевода при кардиодилатации.</p> <p>Эту категорию больных лечат при помощи металлического кардиодилататора типа Штарка или пневматического дилататора. Лечение кардиоспазма с помощью кардиодилататора дает удовлетворительные отдаленные результаты, но требует повторных подкрепляющих сеансов.</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>Предложен ряд способов оперативного лечения кардиоспазма: кардиогастропластика, кардиоментопластика и др. Наибольшее распространение получила операция Б. В. Петровского – пластика кардии лоскутом диафрагмы на ножке.</p> <p>Дивертикулы пищевода Ограниченное расширение просвета пищевода в виде мешковидного выпячивания его стенки. В основе классификации дивертикулов лежат их локализация и механизм возникновения. В ранней стадии образования дивертикула характерных симптомов не наблюдается. Затем по мере увеличения дивертикула (II – III стадия) появляется характерная клиническая картина: вследствие быстрого заполнения дивертикула пищей сдавливается пищевод и наступает дисфагия. Чтобы проглотить пищу, больные давят на шею, наклоняют голову в разные стороны, делают рвотные движения и т. д. Когда мешок опорожняется, наступает заметное улучшение, больной снова может проглотить пищу. Однако часть пищи остается в дивертикуле, застаивается и разлагается, изо рта появляется зловонный запах, наблюдаются диспепсические явления.</p> <p>Диагноз дивертикула ставят на основании клинической картины и главным образом рентгенологического исследования. Дополнительные данные дает эзофагоскопия. Радикальный метод лечения дивертикулов – хирургический.</p> <p>Инородные тела Чаще всего инородные тела попадают в пищевод случайно, при поспешной еде. В подавляющем большинстве это различные кости, зубные протезы и другие предметы. Клиническая картина заболевания зависит от величины, формы и характера инородного тела, от уровня его нахождения и длительности пребывания в пищеводе, степени повреждения пищевода. Наиболее простым, доступным и совершенно безопасным диагностическим методом является рентгенологическое исследование пищевода – бесконтрастная рентгенография и исследование с контрастированием. Там, где возможно, применяют эзофагоскопию, во время которой через эзофагоскоп можно удалить инородное тело из пищевода. При безрезультатных попытках</p> <p>Ожоги пищеварительного тракта</p>
--	--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>Ожоги пищеварительного тракта кислотами и щелочами являются тяжелой патологией, о чем свидетельствует высокая летальность (10 – 20 %).</p> <p>В результате приема внутрь едких веществ поражаются не только пищевод и желудок, но и нарушаются функция и структура печени, почек, надпочечников и других органов вследствие нейротрофических расстройств и интоксикации за счет резорбции яда, всасывания продуктов распада тканей, присоединения гнойной инфекции.</p> <p>В клиническом течении ожогов выделяют три периода: острый, малосимптомный (восстановительный) и период исходов.</p> <p>Острый период, как правило, в течение 10 дней проявляется выраженным болевым синдромом, дисфагией, токсемией, повышенной температурой, расстройствами функций внутренних органов.</p> <p>Малосимптомный (восстановительный) период наступает после ликвидации острого болевого синдрома и уменьшения дисфагических расстройств к концу 2 – 3-й недели с момента ожога. Но это период мнимого восстановления.</p> <p>Период исходов характеризуется развитием стойких последствий ожога и отравления в виде рубцовых сужений пищевода, постнекротического цирроза печени, хронического эзофагита, медиастинита, хронической пневмонии, обострения туберкулезного процесса, стойких функциональных расстройств внутренних органов.</p> <p>Бытовые ожоги глотки и пищевода различными химическими веществами встречаются довольно часто. Отравления кислотами и щелочами бывают как у детей, так и у взрослых. Больные нуждаются в неотложной медицинской помощи и соответствующем лечении.</p> <p>Для этого в первые часы после отравления желудок обильно промывают теплой водой (5 – 8 л).</p> <p>При отравлении кислотами (уксусной, соляной, серной и др.) для нейтрализации можно применять 2%-ный раствор обычной пищевой соды, жженую магнезию. При отравлении щелочами (едким натром, каустической содой) – раствор столового уксуса, разведенного наполовину водой, 1%-ный раствор лимонной кислоты.</p> <p>В течение нескольких дней (3 – 4) следует назначать наркотические препараты. При нарушении сердечной деятельности вводят кофеин, кордиамин.</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>Не рекомендуется вызывать рвотный рефлекс, а если он появляется, его необходимо подавить. На область желудка кладут пузырь со льдом.</p> <p>Лечебные мероприятия проводят с учетом тяжести отравления и общего состояния больного. Для борьбы с обезвоживанием организма и для сохранения белкового баланса внутривенно вводят 5%-ный раствор глюкозы на изотоническом растворе NaCl (2 – 3 л), полиглюкин, кровь, плазму, кровезаменители. Больному назначают полноценную диету, богатую витаминами. Рекомендуют сливочное масло, рыбий жир, молоко, сливки, сырые яйца, оливковое масло. Для того чтобы предупредить развитие вторичной инфекции в полости рта, глотки и пищевода, назначают большие дозы антибиотиков. Необходим уход за полостью рта и глоткой, для чего при отравлениях кислотами назначают щелочные полоскания, при отравлениях щелочами – 2%-ный раствор борной кислоты. После того как общие явления интоксикации проходят, и острый воспалительный процесс стихает, продолжают дальнейшее лечение. В более легких случаях ожогов бужирование пищевода или дренирование его просвета трубками целесообразно начинать на 4 – 6-й, в тяжелых – на 8 – 10-й день.</p> <p>При наступлении сужения пищевода больных необходимо оперировать. Прежде чем приступить к операции, хирург обязан знать, какая часть пищевода поражена, на каком протяжении наступило рубцовое сужение, и нет ли поражения желудка, так как от этого зависит выбор оперативного вмешательства.</p> <p>Успех операции образования искусственного пищевода зависит не только от локализации и протяжения рубцового сужения, но и от анатомических особенностей сосудов, питающих отрезок кишки, из которой образуется искусственный пищевод.</p> <p>Образование искусственного пищевода является многоэтапной операцией и состоит из следующих моментов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) образования желудочного свища для временного питания больного; 2) мобилизации и проведения кишки к шейной части пищевода; 3) соединения подведенной кишки с пищеводом;
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>4) образования анастомоза между желудком и кишкой с одновременным закрытием желудочного свища.</p> <p>Рак пищевода</p> <p>Пищевод относится к органам, весьма часто поражаемым раком, поэтому проблема рака пищевода находится в центре внимания отечественных хирургов.</p> <p>Один из наиболее ранних и главных симптомов рака пищевода – дисфагия (нарушение глотания). Она связана с направлением роста опухоли: при экзофитном росте опухоли дисфагия появляется сравнительно быстрее, чем при эндофитном. При собирании анамнеза обращает на себя внимание тот факт, что появившееся расстройство глотания медленно, но неуклонно прогрессирует.</p> <p>В начале заболевания у большинства больных общее состояние остается удовлетворительным, хотя у некоторых к моменту появления дисфагии обнаруживается потеря веса.</p> <p>К другим первичным местным симптомам рака пищевода относятся боль и неприятные ощущения, возникающие за грудиной при проглатывании пищи. Это объясняется травмированием воспаленной стенки пищевода около опухоли и спазмом. К ранним местным признакам относят также чувство полноты за грудиной при глотании горячей пищи.</p> <p>При прорастании и сдавлении опухолью возвратного нерва появляется охриплость голоса, свидетельствующая о запущенной стадии рака и локализации его в верхнем отделе пищевода.</p> <p>Общий симптом рака пищевода различных локализаций – истощение и прогрессирующее похудание.</p> <p>В поздних стадиях развития опухоли, особенно при наличии метастазов, в крови отмечаются выраженная анемия, лейкопения, сдвиг лейкоцитной формулы влево, а также токсическая зернистость нейтрофилов.</p> <p>В ранней диагностике рака пищевода решающее место принадлежит рентгенологическому исследованию. Наличие спазма на определенном участке пищевода заставляет подозревать наличие патологического процесса и обязывает к повторным рентгенологическим исследованиям. По данным рентгенологического исследования можно судить о протяженности поражения и локализации опухоли по отношению к стенкам</p>
--	--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>пищевода. При неясных случаях показано тщательное эзофагоскопическое исследование. Общепризнанным методом хирургического лечения рака пищевода является широко применяемая в хирургии резекция пищевода.</p> <p>Противопоказания к радикальному хирургическому лечению рака пищевода:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отдаленные метастазы в шейные и надключичные лимфатические узлы; 2) вовлечение в раковый процесс бронха, возвратного и диафрагмального нервов, ствола симпатического нерва; 3) декомпенсация сердечно-сосудистой деятельности в связи с органическими заболеваниями сердца и гипертонической болезнью. <p>Для доступа к кардиальному отделу желудка и нижнему отделу пищевода в настоящее время применяют следующие способы: плевральный, чреплеврально-брюшинный, брюшинный, чрезбрюшинно-плевральный. Если опухоль распространилась на дно желудка, для обходного анастомоза используют петлю тонкой кишки.</p>
4.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.	<p>Морфологическим субстратом болезни является язва – глубокий дефект слизистой оболочки. Язвенная болезнь является распространенным во всем мире заболеванием, которым страдают в основном люди молодого и среднего возраста. Мужчины болеют в три раза чаще женщин. Этиология и патогенез. Существует много теорий возникновения язвенной болезни (инфекционная, сосудистая, механическая, нейротрофическая и т.п.). В настоящее время доминирует <i>пептическая</i> (от греч. <i>pepsis</i> - пищеварение) теория, согласно которой язва возникает как результат воздействия агрессивных пептических факторов (соляная кислота, пепсин, желчь) на слизистую при одновременном ослаблении ее защитных свойств (слизисто-карбонатный барьер). Сегодня немаловажная роль в развитии язвенной болезни отводится желудочной бактерии – <i>Helicobacter pylori</i> и эндокринным опухолям (<i>с-м Золлингера-Эллисона</i>). Причинами острых язв слизистой могут быть операции и травмы головного мозга, обширные ожоги, сердечно-сосудистые расстройства, некоторые лекарственные препараты (аспирин, индометацин, диклофенак и др.), злоупотребление алкоголем,</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>стресс. Язвенная болезнь имеет циклическое течение, выражающееся в смене фаз обострения (открытой язвы) и ремиссии (рубца). Обострения обычно носят сезонный осенне-весенний характер. Классификация. По локализации различают язвенную болезнь желудка и язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки (дуоденальная язва). Бывают язвы острые и хронические. По размерам их делят на малые (до 0,5 см в диаметре), средние (0,5-1,0 см), большие (1,0-3,0 см) и гигантские (более 3,0 см).</p> <p>Симптоматика. Главным симптомом язвенной болезни является боль. Она возникает либо сразу после еды (желудочная язва), либо спустя 1,5-2 часа после приема пищи (дуоденальная язва). Для последней характерны также голодные и ночные боли. Кроме того, часто наблюдаются различные диспепсические расстройства – тошнота, рвота, изжога, отрыжка.</p> <p>Осложнения если во время не проведена хирургия желудка, возникает угроза жизни больного:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кровотечение, источником которого является кровеносный сосуд в краях или в дне язвы. Сопровождается черным дегтеобразным стулом, рвотой типа "кофейной гущи"; 2. перфорация (прободение) – образование сквозного дефекта в стенке органа; 3. пенетрация – "врастание" язвы в соседние органы; 4. стеноз – сужение выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки, препятствующее продвижению пищи; 5. малигнизация - злокачественное перерождение, характерное для язв желудка. <p>Диагностика. Рентгенография желудка, эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, внутрижелудочная рН-метрия (реогастрография). Лечение. Острые язвы лечат <i>консервативно</i>, также в некоторых случаях показана операция при язве желудка (хирургия желудка). Любые неосложненные и впервые выявленные язвы также подлежат медикаментозному лечению.</p>
5.	Современные методы лечения гастродуоденальных кровотечений	<ol style="list-style-type: none"> 1. Классификация желудочно-кишечных кровотечений: <ul style="list-style-type: none"> • язвенные, • неязвенные. 2. Этиопатогенез кровотечений при заболеваниях

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>пищеварительного тракта.</p> <p>3. Неязвенные желудочно-кишечные кровотечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • варикозное расширение вен пищевода (клиника, диагностика, лечебная тактика, консервативная терапия, виды операций), • синдром Меллори-Вейса (клиника, диагностика, консервативная терапия, показания к операции), • эрозивно-геморрагический гастрит (лечебная тактика). • другие заболевания желудка, пищевода и кишечника (опухоли, полипы, дивертикулы, язвенный колит). <p>4. Диагностическая и лечебная эндоскопия.</p> <p>5. Общие гемостатические мероприятия.</p> <p>6. Активные методы локального гемостаза.</p> <p>7. Хирургическая тактика при ЖКК. Принципы основных хирургических операций (гастротомия, клиновидная резекция желудка, ваготомия, резекция желудка, операция Таннера). Клиника, диагностика желудочно-кишечных кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Классификация желудочно-кишечных кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Способы остановки желудочно-кишечных кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта.</p>
6.	<p>Исследование желудка. Нормальная эндоскопическая картина. Ожоги желудка. Гастриты . Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Эрозивные поражения. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Острые язвы желудка. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания.</p>	<p>Классифицируют три клинических стадии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • острая – омертвление пораженных тканей стенки желудка; • отторжение некротизированных участков; • рубцевание поверхности внутренней стенки желудка, стеноз пилорической области (более часто) или всего желудка. <p>Степени тяжести рассматриваются в связи с нанесенным ущербом тканям желудка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ожог первой степени (катаральный) – затронута только поверхность слизистой оболочки, она отечна и гиперчувствительна; • ожог второй степени (эрозивный) – слизистая оболочка желудка повреждена полностью, она некротизирует и отторгается; • ожог третьей степени (язвенный) – повреждены не только ткани слизистой, но и более глубокие слои стенки желудка,

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>большая вероятность ее перфорации и дальнейшего воспаления брюшной полости;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ожог четвертой степени (некротический) – нарушена целостность желудка и повреждены расположенные близко ткани и органы. <p>Тяжесть патологических изменений определяется характеристиками агрессивного вещества, его количеством и длительностью воздействия, наличием содержимого в желудке. Немаловажная роль принадлежит вовремя оказанной первой помощи.</p> <p style="text-align: center;">Формы</p> <p><i>Термический ожог желудка</i> вызывает попадание в него жидких субстанций, нагретых до температуры кипения (кипяток, раскаленное масло). Он встречается достаточно редко. Оказание первой помощи состоит в охлаждении обожженных слизистых оболочек – необходимо, чтобы потерпевший выпил не менее литра охлажденной жидкости (можно со льдом).</p> <p>Термические ожоги первой степени не обязательно лечить в стационаре, может быть достаточно грамотного ухода близких, из рациона больного исключаются соленые, острые и копченые блюда. Тем не менее, повреждения второй и, конечно, третьей-четвертой степени требуют обязательного медицинского наблюдения.</p> <p><i>Химический ожог желудка</i> вызывается разъедающими эпителий и более глубокие ткани стенок органа жидкостями, например кислотой или щелочью.</p> <p>Концентрированная кислота, попадая на слизистую оболочку, образует коагуляционный (сухой) некроз, защищающий ткани от дальнейшего ее проникновения. Если точно известно о попадании внутрь именно кислоты, пациенту дают щелочной раствор, приготовленный следующим образом: растворяют в литре отфильтрованной (кипяченой) не холодной воды чайную ложку пищевой соды. Затем вызывают рвоту.</p> <p>Попадание щелочных веществ вызывает колликвационный (влажный) некроз за счет растворения белка и омыления жира, поэтому они беспрепятственно проникают вглубь и наносят более серьезные разрушения. Но незначительное количество щелочи, попавшее в желудок, нейтрализуется находящейся там кислотой.</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>Если точно известно о попадании внутрь именно щелочи, пациенту дают кислотный раствор. На литр прохладной кипяченой воды добавляют немного кислоты (уксусной, винной либо лимонной). Затем вызывают рвоту.</p> <p><i>Ожог желудка спиртом</i>, как и кислотой, вызывает коагуляционный некроз, предотвращающий распространение повреждений. Ожог желудка алкоголем проявляется типичным болевым синдромом, отсутствием вкусовых ощущений, слабостью и головокружением. Первая помощь – промывание желудка. При таком ожоге прогнозируется, как правило, полное выздоровление.</p> <p>Раствор марганцовокислого калия применяют внутрь при отравлениях исключительно процеженный и бледно-розового цвета. Иначе при попадании непроцеженных частичек или его большой концентрации можно вызвать <i>ожог желудка марганцовкой</i>, который приводит к диспепсическим явлениям; есть риск механической асфиксии из-за отека гортани и шока.</p> <p>Симптоматика проявляется следующим образом: темно-коричневый цвет слизистой рта и глотки и ее отечность, во рту – сильное жжение, боль в за грудиной и эпигастральной зоне. Коричневые точки (ожоги) могут появиться на коже лица, шеи, груди.</p> <p>Одышка вплоть до удушья, синюшная кожа и слизистые, кровавый понос, дрожательный паралич.</p> <p>В тяжелых случаях – судороги, ожоговый шок, острая печеночная и почечная дисфункция (токсический гепатит, желтуха, анурия, уремия), коллапс. Беременность может закончиться выкидышем.</p> <p>В первую очередь делается промывание желудка с выполаскиванием рта и горла раствором: на два литра воды – 100г трехпроцентной перекиси водорода и 200г трехпроцентного уксуса. Промывание делают до полного обесцвечивания промывных вод. Полость рта, десна и язык протирают салфеткой, смоченной в том же растворе. Обязательно вызывают скорую помощь.</p> <p><i>Ожог желудка уксусом 6-9%</i> происходит при случайном его проглатывании. Степени тяжести пропорциональна объему проглоченного уксуса. Попадание внутрь одного или двух глотков обычно приводит к незначительному ожогу</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>пищевода, проходящему самостоятельно и без последствий. Если проглотить больше 50г, то помимо существенных ожоговых проявлений, вероятно отравление – всасываясь в желудке и кишечнике, уксус попадает в кровь и разрушает мембраны эритроцитов. Освобождаясь из них, гемоглобин нарушает микроциркуляцию крови в почках, нарушая их функцию. Почечная недостаточность приводит к интоксикации и дисфункции печени. Следствием употребления 200г уксуса и более может стать смерть пострадавшего.</p> <p>• Лечение</p> <p>Катаральное повреждение не требует медикаментозного лечения, однако желательно показаться врачу для уточнения диагноза и профилактики осложнений. При ожоге более тяжелой степени специализированная медицинская помощь необходима. От оперативности ее получения зависит дальнейший прогноз на выздоровление, а иногда и жизнь пострадавшего. В случае ожога желудка кипятком первоочередная помощь – побольше холодной жидкости (воды или молока) и покой.</p> <p>При попадании внутрь химического аггрессора получившему травму необходима специализированная медицинская помощь. Прибывшая по вызову бригада «скорой помощи», как правило, использует зонд для промывания желудка, что неприятно, но достаточно эффективно.</p> <p>Лечение ожога желудка основано на следующих принципах:</p> <ul style="list-style-type: none"> • назначение анальгетиков для снятия болевого синдрома; • назначение спазмолитических и успокоительных препаратов; • поддержание нормальных функций сердца, органов дыхания и выделения; • мероприятия по выведению больного из шокового состояния; • устранение и/или профилактика интоксикации. <p>Схемы терапевтического лечения врач назначает индивидуально, согласно клиническим проявлениям развития патологических процессов. Основополагающий современный способ борьбы с последствиями химического ожога II-IV степени – эндоскопическая лазерная фотостимуляция, в комбинации с назначением лекарственных средств,</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>снимающих болевой синдром, интоксикацию, воспаление, повышающих устойчивость ткани к нехватке кислорода и препятствующих развитию инфекции. Эндоскопическая лазерная фотостимуляция – это облучение обожженных слизистых пищевода и желудка низкоэнергетическим лазером (лазерным излучением с длиной волны 0,63мкм при плотности мощности 10-100мВт). Такое лечение позволяет снизить частоту развития рубцового стеноза желудка.</p> <p>Еще более перспективным методом лечения считается эндоскопическая лазерная фотостимуляция с предварительным введением мексидола, что усиливает его эффект благодаря тому, что лазерное облучение способствует улучшению микроциркуляции крови в месте воздействия.</p> <p>Мексидол обладает активным действием, препятствующим гипоксии тканей. Он увеличивает устойчивость к состояниям, связанным с недостаточной оксигенацией, в том числе шоковым, и снижает токсические эффекты. Используют его для внутримышечных или внутривенных инъекций. Длительность терапии и подбор дозирования пропорционален тяжести состояния пациента. Суточная дозировка не более 0,8г. Как правило, пациенты переносят мексидол хорошо. Изредка вероятно тошнота и сухость во рту.</p> <p>Противопоказан при печеночной и почечной недостаточности, аллергии к витамину В6 в анамнезе.</p> <p>Для предупреждения вторичного инфицирования назначаются антибиотики, например, Цефазолин, обладающий широким спектром противомикробного воздействия. Эффект основан на нарушении процесса строительства клеточной мембраны бактерий. Препарат используется для внутримышечных и внутривенных инъекций. Как и все антибиотики имеет побочные эффекты и противопоказан при аллергии к препаратам группы цефалоспоринов.</p> <p>Обезболивание проводится, как ненаркотическими, так и наркотическими анальгетиками, такими как Омнопон – комплексное лекарственное средство, состоящее из трех наркотических анальгетиков (морфин, кодеин, тебаин) и папаверина, препятствующего спастическим сокращениям гладких мышц</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>кишечника. Ингибирует любые болевые ощущения без отключения сознания, сохраняя при этом остальные ощущения.</p> <p>Больным назначают подкожные инъекции в дозировке 10мг препарата от трех до четырех раз в сутки.</p> <p>Может вызывать тошноту, рвоту, угнетение дыхания. Продолжительное применение вызывает наркотическую зависимость.</p> <p>Противопоказан при дыхательной дисфункции, дистрофии, пациентам преклонного возраста.</p> <p>Для профилактики тромбгеморрагического синдрома в области ожога назначается Гепарин, антикоагулянт, прямо действующий на факторы свертывания крови, блокирующий биосинтез тромбина; уменьшающий тромбообразование. Активизирует способность крови растворять сгустки, улучшает кровообращение в коронарных артериях. Способ применения и дозировка гепарина рассчитывается индивидуально.</p> <p>Используя этот препарат, нужно учесть вероятность кровотечений.</p> <p>Оперативное лечение</p> <p>Итогом захвативших обширную площадь и глубокие слои ткани ожоговых поражений, может стать пилоростеноз желудка либо его полная дисфункция, и как следствие – дегидратация и дистрофия пациента.</p> <p>В основном ожог желудка сочетается с ожогом пищевода. Часто следствием проведения процедуры бужирования пищевода является обнаружение патологических изменений в желудке.</p> <p>При невозможности бужирования проводят лапаротомию, в процессе которой определяют характер желудочных патологий и ход дальнейшего лечения.</p> <p>В случаях локального повреждения желудка (пилоростенозе) восстанавливают дренирование наложением гастростомы. Как правило, выполняется резекция – хирургическое удаление части желудка, в которой нарушена проходимость.</p> <p>При тотальном ожоге желудка или в остром периоде выполняют еюностомию (наложение свища на тощую кишку), чтобы обеспечить питание больного. Впоследствии выполняется операция по реконструкции желудка.</p>
--	--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		Современные хирургические методики позволяют восстановить после ожога функции верхних отделов пищеварительного тракта.
7.	<p>Синдром Меллори-Вейса. Причины развития заболевания, клиника и диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.</p>	<p>Синдром Мэллори-Вейса (Маллори-Вейсса) – острая хирургическая патология, обусловленная разрывом или продольной трещиной стенки пищевода и желудка. Это неотложное состояние, требующее оказания экстренной медицинской помощи. Заболевание преимущественно встречается у представителей сильного пола в возрасте 45-60 лет, употребляющих чрезмерное количество алкоголя. Надрыв слизистой пищеварительного тракта происходит при резком увеличении внутрибрюшного давления: при частых и сильных позывах к рвоте, во время рвотного рефлекса, сопровождающегося кровотечением. Впервые морфологические признаки заболевания описали ученые Мэллори и Вейс, основываясь на результатах вскрытия. Они обнаружили недуг у лиц, больных алкоголизмом. Синдром Мэллори-Вэйса имеет еще одно название – «банкетный пищевод». Чаще всего патология развивается у любителей обильных застолий. Это одна из самых частых причин госпитализации пациентов в хирургический стационар. Клинические признаки появляются после чрезмерного употребления спиртных напитков. По МКБ 10 патологии присвоен код K22.6 и официальное название «Желудочно-кишечный разрывно-геморрагический синдром».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Этиология <hr/> <p>Синдром Мэллори-Вейса развивается при повышении внутрибрюшного давления. Причины патологии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рвота, спровоцированная перееданием, чрезмерным приемом алкоголя, «интересным» положением больной, воспалением поджелудочной железы или желчного пузыря, • Икота, • Кашель, • Подъем тяжестей, • Повреждение пищевода при ФГДС, • Диафрагмальная грыжа, • Хронический гастрит и эзофагит, • Цирроз печени, • Приступ эпилептических конвульсий, • Травматическое повреждение живота.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>Симптоматика синдрома Мэллори-Вейса определяется величиной кровопотери и воздействием провоцирующих факторов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гематемезис — основной симптом синдрома Мэллори-Вейса, представляющий собой упорную рвоту со свежей, еще не свернувшейся кровью. Ярко-красная, алая кровь в рвотных массах – признаком профузного кровотечения. Рвота «кофейной гущей» возникает после взаимодействия крови с соляной кислотой. 2. Больные с данным недугом жалуются на постоянную острую боль в животе и черный кал. Дегтеобразный стул – наличие крови в каловых массах. В результате внутреннего кровотечения фекалии окрашиваются в черный цвет, становятся блестящими, жидкими и зловонными. Мелена является непостоянным симптомом заболевания и возникает только при большой потере крови. 3. У больных бледнеют кожные покровы, появляется вялость, слабость, тахикардия, прохладный, липкий пот, шум в ушах, потемнение и «мушки» в глазах, одышка, слабый пульс, падение артериального давления, обмороки, спутанность сознания, может развиваться шок. Резкая боль в области желудка постепенно распространяется по всему животу. Симптомы астении обусловлены анемией, развившейся вследствие обширной кровопотери. <p>Консервативное лечение Терапия синдрома Мэллори-Вейса заключается в применении холода, антацидов, коагулянтов, зондирования. В редких случаях кровотечение может прекратиться самостоятельно в течение двух-трех суток.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Коллоидные и кристаллоидные растворы вводят внутривенно капельно: физиологический раствор, глюкозу, раствор Рингера, «Реополиглюкин», альбумин. • Антацидные препараты нейтрализуют действие соляной кислоты – «Ренни», «Маалокс», «Гастал», «Алмагель». • Ингибиторы протонной помпы блокируют выработку соляной кислоты – «Омепразол», «Нольпаза», «Рабепразол». • Гемотрансфузию проводят лицам, потерявшим много крови. Обычно
--	--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

		<p>переливают эритроцитарную массу и свежемороженную плазму.</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Вазопрессин» и «Соматостатин» назначают для уменьшения кровоснабжения слизистых оболочек • Для уменьшения тошноты и позывов к рвоте назначают «Церукал». • Коагулянты прямого действия помогают остановить кровотечение – «Викасол», «Дицинон». • Зонд Блэкмора вводят в желудок, фиксируют нижний баллон и раздувают верхний, который находится в нижней части пищевода. Механическое сдавление пораженных сосудов обеспечивает стойкий гемостатический эффект. <p>Эндоскопия</p> <p>Существует несколько эндоскопических способов лечения болезни:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Место кровотечения обкалывают адреналином или норадреналином. Благодаря резкому спазму сосудов наступает гемостатический эффект. 2. Аргоноплазменная коагуляция — прижигание кровоточащего сосуда аргоном. Это технически сложный, современный и высокоэффективный метод лечения, позволяющий добиться стойкого гемостаза. Его применяют при продолжающихся кровотечениях средней и малой интенсивности. При интенсивных кровотечениях аргоноплазменная коагуляция является заключительным этапом эндоскопического лечения, которому предшествует выполнение инъекционных методик. 3. Электрокоагуляция не менее эффективный метод, особенно в сочетании с введением адреналина. Температурное воздействие на кровоточащий сосуд осуществляется с помощью переменного или постоянного высокочастотного электрического тока. 4. Криовоздействие на источник кровотечения, использование лазерного облучения. 5. Введение в очаг поражения склерозирующих веществ позволяет добиться остановки кровотечения. «Этоксисклерол» – новый и весьма эффективный препарат, который
--	--	--


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

		<p>применяется для проведения процедуры склерозирования кровотока сосудов. Действие склерозантов основано на формировании внутрисосудистого тромба, утолщении интимы и появлении фиброзной ткани.</p> <p>6. Лигирование и клипирование сосудов — наложение на кровотокающий сосуд лигатуры или металлической клипсы.</p> <p>При отсутствии эффекта от консервативной и эндоскопической терапии, при наличии глубоких разрывов и частых рецидивов переходят к оперативному вмешательству. Проводят срединную лапоротомию, гастротомию, прошивают кровотокающие сосуды, ушивают слизистую оболочку в месте разрыва. Хирургическое лечение — единственно возможный способ спасти жизнь пациента при профузных и обильных кровотечениях.</p>
8.	Осложнения заболеваний ободочной кишки	<p>Основные клинические проявления заболеваний ободочной кишки;</p> <p>1 Боли в животе - постоянные или схваткообразные с иррадиацией в поясничную область, редко - в надключичную область.</p> <p>Постоянные боли более характерны для воспалительного процесса, схваткообразные - при сужении просвета.</p> <p>2 Выделения слизи и гноя - может отмечаться только при дефекации или носит постоянный характер. Примесь слизи и гноя к каловым массам обычно наблюдается при хр. и о. проктосигмоидите, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, ворсинчатых опухолях, раке сигмовидной кишки.</p> <p>3 Кровотечение - явное или в виде примеси к испражнениям. Чем проксимальнее расположен источник кровотечения, тем однороднее примесь крови к каловым массам и тем темнее ее цвет. Профузные кровотечения редки и чаще при дивертикулезе, реже при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона.</p> <p>4 Анемия - носит гипохромный характер, чаще при поражении опухолями правых отделов ободочной кишки</p> <p>5 Запор - задержка стула от нескольких дней и недель как симптом функциональных, так и органических поражений. Если функциональный запор, то выделяют атонический</p>


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

		<p>и спастический запоры, которые протекают с менее или более выраженным болевым синдромом. При органических сужениях толстой кишки - запор предшествует боли и является одним из симптомов частичной кишечной непроходимости.</p> <p>6 Непроходимость толстой кишки - симптом нарушения пассажа содержимого по толстой кишке. Формируется частичная или полная кишечная непроходимость</p> <p>7 Вздутие живота - возможно при запоре, а также при врожденной или приобретенной ферментативной недостаточности, дисбактериозе</p> <p>8 Понос - симптом ряда неинфекционных заболеваний толстой кишки (колиты, диффузный полипоз)</p> <p>9 Тенезмы - частые ложные позывы к дефекации, изнуряющие больных, могут сопровождаться мацерацией перианальной кожи, трещинами, эрозиями. Это ответ на воспаление сенсорной зоны слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки</p> <p>Критерии синдрома раздраженного кишечника (А.Н.Окороков, 1999):</p> <ul style="list-style-type: none"> - боль или дискомфорт в животе (боли уменьшаются после дефекации, сопровождаются изменениями частоты и консистенции стула) - изменение частоты стула (1 и более 3 раз в день или меньше 3 раз в неделю) - изменение формы стула - нарушение пассажа стула (напряжение, императивные позывы, ощущение неполного опорожнения кишечника) - выделение слизи - вздутие живота
9.	<p>Рак желудка. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания. Малые признаки рака. Основные пути метастазирования рака желудка. Классификация. Клиника, диагностика,</p>	<p>Общая часть</p> <p>Рак желудка – злокачественное новообразование желудка, опухоль, исходящая из эпителия слизистой оболочки желудка.</p> <p>Рак желудка – полиэтиологичное заболевание, но считается, что большую роль в его возникновении и развитии играет <i>Helicobacter pylori</i>. Клинические проявления включают в себя: потерю аппетита, непроходимость желудка и кровотечения.</p> <p>Диагностируется с помощью эндоскопии с взятием</p>


	<p>паллиативное и оперативное лечение.</p>	<p>биопсии, рентгенологического исследования, компьютерной томографии и ультразвукового исследования. Лечение, как правило, хирургическое, химиотерапия дает временное улучшение. Долгосрочный прогноз обычно неблагоприятен.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Эпидемиология рака желудка <p>Во многих странах рак желудка – самая частая злокачественная опухоль.</p> <p>На долю рака желудка приходится около 15,5% от всех злокачественных новообразований и 20,8% умерших от злокачественных новообразований. По распространенности занимает 4-ое место после рака легкого, молочной железы и колоректального рака.</p> <p>Аденокарцинома желудка стоит на втором месте как причина смертности от онкозаболеваний в мире. В 2001 году от рака желудка умерло 850,000 людей среди которых 522,000 мужчин и 328,000 женщин. Согласно данным, полученным Всемирной Организацией Здравоохранения, наиболее распространенные формы рака во всем мире (за исключением немеланомных опухолей кожи) это рак легких (12,3%), рак молочной железы (10,4%), и толстого кишечника (9,4%). Среди причин смерти при раковых заболеваниях первые три места занимают соответственно рак легких (17,8%), рак желудка (10,4%) и рак печени (8,8%).</p> <p>Наблюдаются значительные географические различия в частоте возникновения этого заболевания. Наиболее высокая смертность зафиксирована в Чили, Японии, Южной Америке и странах бывшего СССР.</p> <p>Мужчины болеют раком желудка в 2 раза чаще женщин.</p> <p>С возрастом уровень заболеваемости повышается. Наиболее поражаемый возраст – после 60 лет (в среднем 63 года).</p> <p>В последние десятилетия отмечается тенденция к снижению заболеваемости раком желудка.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Классификации рака желудка <ul style="list-style-type: none"> ○ По локализации: <ul style="list-style-type: none"> ▪ антральный отдел – 60-70%. ▪ по малой кривизне – 10-15%. ▪ кардиальный отдел – 8-10%. ▪ на передней и задней стенках желудка – 2-5%. ▪ по большой кривизне – 1%.
--	--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<ul style="list-style-type: none"> ▪ на дне желудка – 1%. ○ По внешнему виду: <ul style="list-style-type: none"> ▪ полипозный (грибовидный). ▪ блюдцеобразный. ▪ диффузный. ▪ язвенно-инфильтративный. ○ По микроскопической картине: <ul style="list-style-type: none"> ▪ недифференцированный. Мелко- и крупноклеточный рак. ▪ дифференцированный. Железистый рак (аденокарцинома), фиброзный рак (скирр), смешанные и редкие формы. • Стадии рака желудка <ul style="list-style-type: none"> ○ Первая стадия – опухоль протяженностью до 3 см, прорастающая слизистую оболочку и подслизистый слой. Метастазы в лимфатические узлы отсутствуют. ○ Вторая стадия – опухоль протяженностью более 3 см, но без прорастания в мышечный слой или опухоль любых размеров, прорастающая мышечный слой, но без поражения серозного. Стадия 2А - метастазы в лимфатические узлы отсутствуют. Стадия 2Б – метастазы одиночные (не более 2) в регионарные лимфатические узлы. ○ Третья стадия – опухоль любого размера, прорастающая всю стенку желудка или переходящая на пищевод или двенадцатиперстную кишку. Стадия 3А - метастазы в лимфатические узлы отсутствуют. Стадия 3Б – имеются множественные метастазы в регионарных лимфатических узлах. ○ Четвертая стадия – опухоль, прорастающая в окружающие органы и ткани или опухоль с метастазами в отдаленные органы. • Классификация TNM Стадии рака желудка устанавливаются по классификации TNM. Т (tumor) - опухоль (ее размеры), N (nodulus) - узлы (наличие метастазов в
--	--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


	<p>лимфатических узлах), М (metastasis) - наличие отдаленных метастазов.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Опухоль T1 проникает в стенку до подслизистой основы. ○ Опухоль T2 проникает до субсерозной оболочки. ○ Опухоль T3 прорастает серозную оболочку. ○ Опухоль T4 распространяется на прилежащие структуры. ○ N0 – нет признаков метастатического поражения лимфатических узлов. ○ N1 – имеются метастазы в перигастральные лимфатические узлы. ○ N2 – имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы. ○ M0 – метастазы отсутствуют. ○ M1 – имеются отдаленные метастазы. ○ Стадия I: T1N0, T1N1, T2N0, все – M0. ○ Стадия II: T1N2, T2N1, T3N0, все – M0. ○ Стадия III: T2N2, T3N1, T4N0, все – M0. ○ Стадия IV: T4N0M0, любые варианты с M1. <p>Клиника и осложнения</p> <p>Специфических симптомов рака желудка не существует. Многое в клинической картине зависит от локализации процесса и стадии заболевания. Часто заболевание протекает бессимптомно до поздних стадий.</p> <p>При раке желудка могут наблюдаться следующие симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Боли в эпигастрии. • Диспепсия. • Снижение аппетита вплоть до анорексии. • Похудание. • Общая слабость. • Дисфагия. • Чувство тяжести после еды. • Регургитация (срыгивание) во время еды. • Рвота съеденной за несколько часов или накануне пищей. • Плохой запах изо рта. • Отрыжка тухлым. • На поздних стадиях заболевания истощение и обезвоживание больных. <p>При наличии нескольких из этих симптомов необходимо обратиться к врачу и провести</p>
--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>диагностические исследования с целью исключения или подтверждения онкологического диагноза.</p> <p>Диагностика</p> <p>Заподозрить наличие рака желудка возможно при наличии диспептических явлений, снижении массы тела больного и ухудшении общего состояния. При малейшем подозрении на заболевание необходимо провести ЭГДС с биопсией.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Методы диагностики рака желудка <ul style="list-style-type: none"> ○ Сбор жалоб и анамнеза. ○ Осмотр больного. Тщательная пальпация пупка, надключичных лимфатических узлов (чаще поражаются левые узлы – вирховские метастазы). ○ Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией. Важнейшее и обязательное исследование при подозрении на рак желудка. ○ Рентгенологические исследования пищевода и желудка. ○ Клинический анализ крови. Характерны: Анемия, ускорение СОЭ . ○ УЗИ органов брюшной полости. Этот метод помогает исключить наличие метастазов в печени. ○ Рентгенография легких. Этот метод помогает исключить наличие метастазов в легких. ○ Биохимическое исследование крови. Может наблюдаться неспецифичное повышение активности щелочной фосфатазы ,АСТ , АЛТ . ○ КТ брюшной полости. ○ Диагностическая лапаратомия. ○ Ректальное исследование с целью исключения метастазов лимфатических узлов в параректальную клетчатку (шницлеровские метастазы). ○ Вагинальное исследование и УЗИ яичников. С целью исключения метастатических опухолей Крукенберга. ○ Определение онкомаркеров в крови. Раковоэмбриональный антиген (РЭА) повышается в 45-50%
--	--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>случаев. СА-19-9повышается в 20% случаев.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка. <p>В 90-95% случаев всех злокачественных образований желудка обнаруживается аденокарцинома.Аденокарцинома желудка подразделяется по гистологическим критериям на: тубулярную, папиллярную, муциноидную, перстневидноклеточную, и недифференцированную.</p> <p>Второе по распространенности новообразование это лимфома.Гастроинтестинальные стромальные опухоли, обычно классифицируемые как лейомиомы или лейомиосаркомы, составляют 2%. В остальных случаях диагностируются карциноид (1%), аденоакантомы (1%), и чешуйчатоклеточный рак (1%).</p> <p>Исследователями были предложены различные способы классификации рака желудка. По системе предложенной Лауреном рак желудка классифицируется на тип I (кишечный) и тип II (диффузный). Эти два типа развития заболевания проявляются у пациентов совершенно по-разному.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I тип кишечный. Экспансивный, эпидемический, кишечный тип рака желудка. Характеризуется наличием хронического атрофического гастрита, сохраненной функции желез, небольшой инвазивностью и четкими краями. По классификации Лаурена он назван эпидемическим потому, что развивается обычно в результате действия факторов внешней среды, прогноз у него лучше, и отсутствует наследственная предрасположенность. ▪ II тип диффузный. Диффузный, инфильтративный, эндемический рак. Состоит из разрозненных скоплений клеток со слабой дифференцировкой и
--	--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>нечёткими краями. Края опухоли, которые могли показаться чистыми оперирующими хирургу и исследующему гистологу, часто ретроспективно оказываются обсемененными. Опухоли эндемического типа проникают в ткани желудка на большом протяжении. Этот тип опухолей вероятно не обусловлен влияниями окружающей среды или диеты, чаще развивается у женщин, и поражает относительно молодых пациентов. Отмечена взаимосвязь с генетическими факторами (например E-кадхерином), группами крови, и наследственной предрасположенностью.</p> <p>Лечение</p> <p>Решение о способе лечения принимается на основании стадии опухоли и желания пациента (некоторые пациенты могут предпочесть более или менее радикальную терапию). Только хирургическое лечение дает ощутимый эффект при раке желудка. Вспомогательная химиотерапия или комбинированная химиотерапия, а также радиотерапия не оказывают выраженного эффекта при отсутствии хирургического лечения.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Методы лечения <ul style="list-style-type: none"> ○ Немедикаментозное лечение <p>Пациенты с раком желудка должны придерживаться основ лечебного питания. Подробнее: Лечебное питание при заболеваниях желудка .</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Хирургическое лечение <p>Существуют радикальные и паллиативные операции при раке желудка. Радикальными считаются 2 типа операций: субтотальная резекция желудка и гастрэктомия. Чаще всего проводят тотальную гастрэктомию (до здоровых тканей), и эзофагогастрэктомию при опухолях кардии и места перехода пищевода в желудок. При опухолях дистальной части желудка проводят субтотальную гастрэктомию.</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>Радикальные операции - это удаление большей части или всего желудка и прилежащих лимфатических узлов, оправданы у пациентов с патологическим процессом, ограниченным желудком и региональными лимфатическими узлами (менее 50% пациентов). Рекомендуется иссекать ткани на расстоянии 5 см проксимальнее и дистальнее края опухоли, так как сеть лимфатических сосудов желудка хорошо развита и опухоль склонна к метастазированию. Радикальное лечение показано соматически сохранным больным в возрасте до 75 лет, при отсутствии метастазов – примерно 1/3 всех больных.</p> <p>При резекции локализованного патологического образования наблюдается 10-летняя средняя выживаемость (без резекции 3-4 года). При сравнении субтотальной и тотальной гастрэктомии при дистальном раке желудка в рандомизированном исследовании существенных различий в склонности к рецидивам, смертности и 5-летней выживаемости выявлено не было.</p> <p>Тотальная гастрэктомия. Субтотальная гастрэктомия.</p>
10	<p>Нормальная эндоскопическая картина двенадцатиперстной кишки. Ожоги двенадцатиперстной кишки. Дуодениты. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания. Дивертикулиты. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания, классификация.</p>	<p>Классификация</p> <p>Дуодениты подразделяются на несколько типов, которые отличаются по наличию возбудителя, течению болезни и месту локализации.</p> <p>По этиологии дуоденит подразделяется на 2 вида: Острый, при котором ярко-выраженная симптоматика болезни двенадцатиперстной кишки. Признаки болезни появляются неожиданно и имеют короткое течение.</p> <p>Хронический дуоденит длится на протяжении многих лет. При данной форме симптомы слабые и проявляются в большинстве случаев из-за других патологий пищеварительной системы.</p> <p>По расположению дуоденит бывает:</p> <p>Диффузным с множественными воспалительными очагами в двенадцатиперстной кишке.</p> <p>Локальным с незначительными воспалениями, которые напоминают сосочки на стенках двенадцатиперстной кишки.</p> <p>По глубине поражения:</p> <p>Поверхностный, при котором наблюдается отечность или гиперемия.</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>Интерстициальный, который затрагивает глубокие слои тканей.</p> <p>Атрофический, когда отсутствует оболочка слизистой или заметно ее сильное истончение.</p> <p>Эрозивный, для которого характерны ранки и эрозии на стенках двенадцатиперстной кишки.</p> <p>Эрозия двенадцатиперстной кишки Это дефект внутренней слизистой оболочки, не доходящий до мышечного слоя. От язвы эрозия отличается тем, что заживает без формирования рубца. Опасность эрозии – в возможности кровотечения, если затрагивается проходящий в слизистой сосуд.</p> <p>Причиной может быть не только затяжное и глубокое воспаление, но и активный гепатит или цирроз, хроническое нарушение сердечного ритма, при котором изменяются все параметры кровообращения, а также болезни почек, нарушающие все виды обмена. Эрозии – частое последствие стресса и бесконтрольного приема нестероидных противовоспалительных средств.</p>
11	<p>Методика фиброколоноскопии. Фиброколоноскопия. Показания и противопоказания к фиброколоноскопии. Подготовка к фиброколоноскопии, способы обезболивания эндоскопического исследования. Осложнения фиброколоноскопии. Методика проведения ФКС. Нормальная эндоскопическая картина толстого кишечника.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Тревожные симптомы, как-то: кровяные или слизистые выделения из прямой кишки, нарушения стула хронического характера, боли в брюшной полости, вздутие и т. д.; • получение тревожных результатов клинических анализов крови и кала: повышение определённых онкомаркеров, повышение скорости оседания эритроцитов, кровь в кале и другие; • нахождение пациента в группе риска: так, плановое обследование назначают при болезни Крона, язвенном колите, «плохой» генетике; • необходимость убедиться в отсутствии опухоли при полипах, а также при подготовке к некоторым операциям на других органах. <p>Многие пациенты задаются вопросом: зачем нужно делать колоноскопию, если есть менее дискомфортные для пациента методы диагностики заболеваний кишечника? Дело в том, что ФКС отличается повышенной информативностью. Врач может с высокой точностью оценить состояние слизистой от прямой кишки до слепой, а при необходимости провести биопсию и отправить материал на гистологию. Помимо диагностических целей ФКС может преследовать и терапевтические.распад белка.</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>Среди противопоказаний для проведения колоноскопии стоит выделить следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность; • коматозные состояния; • гипертония; • ишемическая болезнь; • инсульт; • инфаркт; • язвенный колит в тяжёлой форме. <p>Врач-эндоскопист в своей работе стремится к возможно более точному описанию уровня или границ расположения в толстой кишке зоны патологических изменений. Описание локализации патологического образования производится стандартными анатомическими терминами (слепая, ободочная, сигмовидная кишка и т.д.).</p> <p>Прямая кишка Начальной границей прямой кишки служит складка, расположенная на расстоянии 15-16 см. от ануса, конечная часть примыкает к анальному каналу, протяженность которого 3-4 см. В прямой кишке выделяют ампулу и надампулярную часть. В свою очередь ампула подразделяется на верхний и нижний ампулярный отделы.</p> <p>Сигмовидная кишка Особенностью этого отдела является переходный тип складок от небольших до циркулярных. Слизистая оболочка сигмовидной кишки всегда сочная, интенсивно окрашенная; она обычно розового цвета, но встречаются различные оттенки красного цвета. В большинстве случаев сигмовидная кишка содержит около 13 гаустр, но в ряде случаев отмечается удлинение сигмовидной кишки (чаще врожденное), когда количество гаустр увеличено. К удлинению кишки близко понятие долихосигмы, однако данный диагноз не должен ставиться на основании только эндоскопической картины удлинения сигмовидной кишки (являющейся вариантом нормы), диагностика данного состояния производится с обязательным учетом клинических проявлений, воспалительных изменений и нарушений кишечного тонуса.</p> <p>Нисходящая кишка</p>
--	--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>Нисходящая кишка обычно сразу прослеживается до селезеночного изгиба. Складки ее хорошо выражены, полностью циркулярно охватывают просвет, который выглядит в виде треугольника. Она содержит 6-8 гаустр. Слизистая оболочка нисходящей кишки имеет более светлую окраску.</p> <p>Селезеночный изгиб Особенностью селезеночного изгиба являются складки, идущие перпендикулярно оптической оси эндоскопа. В ряде случаев на стенке кишки может быть определено синеватое пятно, обусловленное тесным прилеганием селезенки.</p> <p>Поперечно-ободочная кишка Обычно складки поперечной ободочной кишки высокие. Она содержит, как правило, 22-24 гаустры (в ряде случаев при врожденном удлинении поперечной ободочной кишки количество гаустр увеличено). Слизистая оболочка ее почти всегда жемчужно-белого цвета.</p> <p>Печеночный изгиб В качестве ориентира служит синеватое темное пятно, обусловленное тесным прилеганием к толстой кишке печени.</p> <p>Восходящая кишка Обычно короткая и видна на всем протяжении, просвет ее также имеет форму треугольника. Содержит 8-10 гастр. Границей восходящего отдела является баугиниевая заслонка.</p> <p>Слепая кишка Отличительной особенностью этого отдела кишки являются сходящиеся тени, образующие в 90% случаев треугольную площадку, в центре которой видно отверстие червеобразного отростка.</p> <p>Баугиниевая заслонка Формы и варианты баугиниевой заслонки разнообразны. Она выступает в просвет кишки на 1,5-2 см.</p> <p>Подвздошная кишка Просвет тонкой кишки округлый, видны мелкие тонкие циркулярные складки, при введении воздуха эти складки, в отличие от гаустр толстой кишки, полностью разглаживаются. При наблюдении хорошо</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

		видны периодические перистальтические сокращения. Слизистая оболочка тонкой кишки мелкозерниста, желтоватого цвета, поверхность ее тусклая, матовая, сосудистый рисунок обычно не определяется.
12	Малоинвазивные и малотравматические лапароскопические и торакокопические операции	<p>1. Диагностическая фиброгастроуденоскопия. Биопсия. Условия выполнения. Показания и противопоказания. Подготовка больного.</p> <p>2. Лечебная эндоскопия. Основные виды манипуляций. Условия их применения. Эффективность.</p> <p>3. Лечебно-диагностическое эндоскопическое пособие при ХКК. Методика, инструментарий, показания, противопоказания, условия выполнения, осложнения и ошибки.</p> <p>4. Лечебно-диагностическое эндоскопическое пособие при доброкачественных опухолях и полипах верхних отделов ЖКТ. Полипэктомия. Методика инструментарий, показания, противопоказания, условия выполнения. Осложнения и ошибки.</p> <p>5. Лечебно-диагностическое эндоскопическое пособие при стриктурах и стенозах верхних отделов ЖКТ. Требования к аппаратуре и инструментарию. Методика, инструментарий, показания, противопоказания, условия выполнения, осложнения и ошибки</p> <p>6. Лечебно-диагностическое эндоскопическое пособие при инородных телах ЖКТ. Методика, инструментарий, показания, противопоказания, условия выполнения, осложнения и ошибки</p> <p>7. Лечебно-диагностическое эндоскопическое пособие при болезнях оперированного желудка. Методика, инструментарий, показания, противопоказания, условия выполнения, осложнения и ошибки.</p> <p>8. Понятие об эндобилиарных вмешательствах. Роль в этапном лечении билиарной патологии.</p> <p>9. Дуоденоскопия, эндоскопические вмешательства на БДС, РПХГ. Папиллотомия. Методика, инструментарий, показания, противопоказания, условия выполнения, осложнения и ошибки. Аппаратура, инструменты. Арсенал вмешательств. Дальнейшая тактика после вмешательств на БДС.</p> <p>10. Холедохоскопия. Интраоперационные вмешательства и чресфистульные вмешательства. Способы создания доступа в просвет холедоха.</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>Диагностические и лечебные манипуляции. Эндоскопическая тактика при наружных билиарных свищах. Методика, инструментарий, показания, противопоказания, условия выполнения.</p> <p>11. Ректороманоскопия. Основные диагностические и лечебные манипуляции. Биопсия. Методика, инструментарий, способы подготовки больного. Премедикация. Показания, противопоказания, условия выполнения, осложнения и ошибки. Типовой протокол, описание, заключение. Основные виды патологии, их проявления при РРС.</p> <p>12. Колоноскопия. Основные диагностические и лечебные манипуляции. Биопсия. Методика, инструментарий, способы подготовки больного. Премедикация. Показания, противопоказания, условия выполнения, осложнения и ошибки. Типовой протокол, описание, заключение. Основные виды патологии, их проявления.</p> <p>13. Проблема доброкачественных опухолей и полипов нижних отделов ЖКТ. Тактика эндоскописта. Полипэктомия. Варианты методики. Основные технические приемы. Методика, инструментарий, способы подготовки больного. Премедикация. Показания, противопоказания, условия выполнения, осложнения и ошибки. Тактические варианты после выполнения эндоскопических вмешательств.</p> <p>14. Бронхоскопия. Ригидная и фиброволоконная бронхоскопия. Методика. Аппаратура. Инструментарий. Сравнительная эффективность. Анестезиологическое пособие при бронхоскопии. Сравнительная выполнимость, основные трудности и ограничения; осложнения и ошибки.</p> <p>15. Биопсия при ФБС и ригидной бронхоскопии (виды, методика, инструментарий, осложнения). Лечебные манипуляции при ФБС. Лаваж. Санация. Тактика при инородных телах, эндохирургические манипуляции. Методика, инструментарий, показания, противопоказания, условия выполнения, осложнения и ошибки.</p> <p>16. Лапароскопия. Этапы лапароскопического вмешательства. Показания и противопоказания, основные ошибки, опасности, осложнения. Тактика хирурга-эндоскописта при использовании лапароскопических вмешательств, в плановой и экстренной абдоминальной хирургии. Подготовка больного.</p> <p>17. Лечебная лапароскопия. Блокады и канюляция КСП. Дренирование брюшной полости. Варианты</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

	<p>методики и инструментарий.</p> <p>18. Лапароскопические дополненные вмешательства по И.Д. Прудкову. Органостомии. Холецистостомии. Гастростомия. Варианты методики и инструментарий. Использование их в этапном лечении острой билиарной патологии и острого панкреатита. Варианты тактических решений.</p> <p>19. Операции с лапароскопической поддержкой. Аппендэктомия с лапароскопической поддержкой.</p> <p>20. Основные типы лапароскопических операций. Лапароскопическая холецистэктомия (демонстрация видеофильма).</p> <p>21. Торакоскопия. Показания и противопоказания, условия выполнения. Диагностические и лечебные возможности.</p> <p>22. Оперативная торакоскопия. Арсенал методов. Варианты вмешательств. Аппаратура, осложнения и ошибки.</p>
--	--

5. ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ И СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

1. Организационные основы эндоскопии. Нормативные документы об организации эндоскопической службы в России. Вопросы врачебной этики и деонтологии.
2. Показания и противопоказания к ФГДС. Подготовка к ФГДС, способы обезболивания эндоскопического исследования. Осложнения ФГДС. Осложнения ФГДС и ЭРПХГ. Методика ФГДС. Методика ЭРПХГ.
3. Нормальная эндоскопическая картина пищевода. Воспалительные заболевания. Ожоги пищевода. Постожоговые сужения. Варикозное расширение вен. Опухоли пищевода. Инородное тело. Гастрозофагальная рефлюксная болезнь. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Методика ФГДС при заболеваниях пищевода.
4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Современные методы лечения гастродуоденальных кровотечений
6. Исследование желудка. Нормальная эндоскопическая картина. Ожоги желудка. Гастриты. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Эрозивные поражения. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Острые язвы желудка. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания.
7. Синдром Меллори-Вейса. Причины развития заболевания, клиника и диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
8. Осложнения заболеваний ободочной кишки
9. Рак желудка. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания. Малые признаки рака. Основные пути метастазирования рака желудка. Классификация. Клиника, диагностика, паллиативное и оперативное лечение.
10. Нормальная эндоскопическая картина двенадцатиперстной кишки. Ожоги двенадцатиперстной кишки. Дуодениты. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания. Дивертикулиты. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания, классификация.
11. Методика фиброколоноскопии. Фиброколоноскопия. Показания и противопоказания к фиброколоноскопии. Подготовка к фиброколоноскопии, способы обезболивания эндоскопического исследования. Осложнения фиброколоноскопии. Методика проведения ФКС. Нормальная эндоскопическая картина толстого кишечника.
12. Малоинвазивные и малотравматические лапароскопические и торакоскопические операции

Тема 1 .Организационные основы эндоскопии. Нормативные документы об организации эндоскопической службы в России. Вопросы врачебной этики и деонтологии. Современные тенденции развития эндоскопии.

Содержание темы: 1. История развития эндоскопии.

2. Организация эндоскопической службы.

Возможности эндоскопических методов. Стандартная терминология в эндоскопии.

Вопросы к теме:

- Современные требования по обработке эндоскопической аппаратуры.
- Эндоскопическая аппаратура.
- Устройство и принципы действия. Правила хранения и эксплуатации эндоскопов. Оформление протоколов эндоскопического исследования.
- Минимальная стандартная терминология в практике врача-эндоскописта.
- Организационные основы эндоскопии.
- Нормативные документы об организации эндоскопической службы в России. Вопросы врачебной этики и деонтологии.

Тема 2. Показания и противопоказания к ФГДС. Подготовка к ФГДС, способы обезболивания эндоскопического исследования. Осложнения ФГДС.

Осложнения ФГДС и ЭРПХГ.

Методика ФГДС. Методика ЭРПХГ.

Вопросы к теме:

Показания к плановой ФГДС

Показания к экстренной ФГДС

Противопоказания к ФГДС

Тема 3. Нормальная эндоскопическая картина пищевода. Воспалительные заболевания. Ожоги пищевода. Постожеговые сужения. Варикозное расширение вен. Опухоли пищевода. Инородное тело. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Методика ФГДС при заболеваниях пищевода.

Вопросы к теме: Классификация заболеваний пищевода

1. Пороки развития. К ним относятся атрезия, врожденное сужение, врожденное идиопатическое расширение, кардиальная недостаточность (или халазия), удвоение пищевода, неопущение желудка.


2. Инородные тела пищевода.

3. Функциональные заболевания пищевода (ахалазия пищевода, кардиоспазм, дискинезия пищевода – эзофагоспазм).

4. Дивертикулы пищевода.

5. Ожоги пищевода.

6. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

7. Рак пищевода.
Клиника, диагностика, лечение.

Тема 4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Вопросы к теме:

Этиология и патогенез.
Классификация. Симптоматика. Осложнения
Диагностика.
Лечение.

Тема 5. Современные методы лечения гастродуоденальных кровотечений

Вопросы к теме:

1. Язвенная болезнь желудка и ДПК, осложненная кровотечением.
Современные эндоскопические методы лечения гастродуоденальных кровотечений
2. Портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода.
Современные методы лечения кровотечений с варикозно - расширенных вен пищевода
3. эрозивный гастрит.

Э

Тема 6 Исследование желудка. Нормальная эндоскопическая картина. Ожоги желудка. Гастриты . Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Эрозивные поражения. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Острые язвы желудка. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания.

Вопросы к теме:

Классифицируют три клинических стадии:

- острая – омертвление пораженных тканей стенки желудка;
- отторжение некротизированных участков;
- рубцевание поверхности внутренней стенки желудка, стеноз пилорической области (более часто) или всего желудка.

Степени тяжести рассматриваются в связи с нанесенным ущербом тканям желудка:

- ожог первой степени (катаральный) – затронута только поверхность слизистой оболочки, она отечна и гиперчувствительна;
- ожог второй степени (эрозивный) – слизистая оболочка желудка повреждена полностью, она некротизирует и отторгается;
- ожог третьей степени (язвенный) – повреждены не только ткани слизистой, но и более глубокие слои стенки желудка, большая вероятность ее перфорации и дальнейшего воспаления брюшной полости;
- ожог четвертой степени (некротический) – нарушена целостность желудка и повреждены расположенные близко ткани и органы.


Тема 7. Синдром Меллори-Вейса. Причины развития заболевания, клиника и диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.

Вопросы к теме:

эндоскопические способы лечения болезни:

- Место кровотечения обкалывают адреналином или норадреналином.

Благодаря резкому спазму сосудов наступает гемостатический эффект.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

- Аргоноплазменная коагуляция — прижигание кровоточащего сосуда аргонном. Это технически сложный, современный и высокоэффективный метод лечения, позволяющий добиться стойкого гемостаза. Его применяют при продолжающихся кровотечениях средней и малой интенсивности. При интенсивных кровотечениях аргоноплазменная коагуляция является заключительным этапом эндоскопического лечения, которому предшествует выполнение инъекционных методик.

- Электрокоагуляция не менее эффективный метод, особенно в сочетании с введением адреналина. Температурное воздействие на кровоточащий сосуд осуществляется с помощью переменного или постоянного высокочастотного электрического тока.

- Криовоздействие на источник кровотечения, использование лазерного облучения.

- Введение в очаг поражения склерозирующих веществ позволяет добиться остановки кровотечения. «Этоксисклерол» – новый и весьма эффективный препарат, который применяется для проведения процедуры склерозирования кровоточащих сосудов. Действие склерозантов основано на формировании внутрисосудистого тромба, утолщении интимы и появлении фиброзной ткани.

- Лигирование и клипирование сосудов — наложение на кровоточащий сосуд лигатуры или металлической клипсы.

Тема 8 Осложнения заболеваний ободочной кишки

Вопросы к теме: Основные клинические проявления заболеваний ободочной кишки.

Современные лапароскопические методы лечения заболеваний ободочной кишки.


Тема 9 Рак желудка. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания. Малые признаки рака. Основные пути метастазирования рака желудка. Классификация. Клиника, диагностика, паллиативное и оперативное лечение.

Вопросы к теме:

- Классификация TNM

Стадии рака желудка устанавливают по классификации TNM. Т (tumor) - опухоль (ее размеры), N (nodulus) - узлы (наличие метастазов в лимфатических узлах), М (metastasis) - наличие отдаленных метастазов.

- Опухоль T1 проникает в стенку до подслизистой основы.
- Опухоль T2 проникает до субсерозной оболочки.
- Опухоль T3 прорастает серозную оболочку.
- Опухоль T4 распространяется на прилежащие структуры.
- N0 – нет признаков метастатического поражения лимфатических узлов.
- N1 – имеются метастазы в перигастральные лимфатические узлы.
- N2 – имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы.
- M0 – метастазы отсутствуют.
- M1 – имеются отдаленные метастазы.
- Стадия I: T1N0, T1N1, T2N0, все – M0.
- Стадия II: T1N2, T2N1, T3N0, все – M0.
- Стадия III: T2N2, T3N1, T4N0, все – M0.
- Стадия IV: T4N0M0, любые варианты с M1.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

Тема 10. 10. Нормальная эндоскопическая картина двенадцатиперстной кишки. Ожоги двенадцатиперстной кишки. Дуодениты. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания.

Дивертикулиты. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания, классификация.

Вопросы к теме Классификация:

Дуодениты подразделяются на несколько типов, которые отличаются по наличию возбудителя, течению болезни и месту локализации.

По этиологии дуоденит подразделяется на 2 вида:

- Острый, при котором ярко-выраженная симптоматика болезни двенадцатиперстной кишки. Признаки болезни появляются неожиданно и имеют короткое течение.
- Хронический дуоденит длится на протяжении многих лет. При данной форме симптомы слабые и проявляются в большинстве случаев из-за других патологий пищеварительной системы.

Тема 11 Методика фиброколоноскопии. Фиброколоноскопия. Показания и противопоказания к фиброколоноскопии. Подготовка к фиброколоноскопии, способы обезболивания эндоскопического исследования. Осложнения фиброколоноскопии.

Методика проведения ФКС. Нормальная эндоскопическая картина толстого кишечника.

Вопросы к теме:

среди противопоказаний для проведения колоноскопии стоит выделить следующие:

- дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность;
- коматозные состояния;
- гипертония;
- ишемическая болезнь;
- инсульт;
- инфаркт;
- язвенный колит в тяжёлой форме.

Тема 12. Малоинвазивные и малотравматические лапароскопические и торакоскопические операции.

Вопросы к теме:


1. Лечебная эндоскопия. Основные виды манипуляций. Условия их применения. Эффективность.

2. Дуоденоскопия, эндоскопические вмешательства на БДС, РПХГ. Папиллотомия. Методика, инструментарий, показания, противопоказания, условия выполнения, осложнения и ошибки. Аппаратура, инструменты. Арсенал вмешательств. Дальнейшая тактика после вмешательств на БДС.

3. Холедохоскопия. Интраоперационные вмешательства и чресфистульные вмешательства. Способы создания доступа в просвет холедоха. Диагностические и лечебные манипуляции. Эндоскопическая тактика при наружных билиарных свищах. Методика, инструментарий, показания, противопоказания, условия выполнения.

4. Торакоскопия. Показания и противопоказания, условия выполнения. Диагностические и лечебные возможности.

5. Оперативная торакоскопия. Арсенал методов. Варианты

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

вмешательств. Аппаратура, осложнения и ошибки.

6. ЛАБОРАТОРНЫЕ РАБОТЫ (ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРАКТИКУМ) Не предусмотрены.

7. ТЕМАТИКА КУРСОВЫХ, КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ, РЕФЕРАТОВ

Рефераты пишутся по основным темам практических занятий по пропущенным занятиям и темам самостоятельной работы.

Цель и основные задачи написания рефератов направлены на достижение наиболее полного освоения программного материала по изучаемой дисциплине.

Требования к оформлению реферата

Структура – это тот же план, которого желательно придерживаться, чтобы на выходе получилась хорошая и понятная научная работа. В обязательном порядке реферат должен включать в себя

- титульный лист;
- содержание;
- введение;
- основную часть;
- заключение;
- список литературы.

Можно включить в структуру реферата также следующие элементы:

- цель работы;
- методология проведения работы;
- результаты работы;
- приложения (если они есть).


Темы для написания реферата

- Бронхоскопия в диагностике заболеваний трахеи и бронхов.
- Гастроскопия в диагностике заболеваний пищевода.
- Дуоденоскопия в диагностике заболеваний двенадцатиперстной кишки.
- Извлечение инородных тел из желудочно-кишечного тракта.
- Лапароскопия в диагностике заболеваний органов брюшной полости.
- Местный гемостаз при желудочно-кишечных кровотечениях.
- Ректоскопия и колоноскопия в диагностике заболеваний прямой и ободочной кишки.

8. ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ.

1. Этиология и патогенез язвенной болезни желудка и кишки. Патологоанатомические изменения. Стадия развития язвенной болезни. Клиника и диагностика. Особенности клинического течения в зависимости от локализации язвы, показания к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнения язвенной болезни, способы резекции желудка, их модификации, преимущества, недостатки.

2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённая кровотечением. Классификация по Форрест. Клиника,

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

диагностика. Симптомы. Современные методы эндоскопического гемостаза. Методы хирургического лечения.

3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённая перфорацией. Классификация, клиника, диагностика. Симптомы. Методы хирургического лечения. Лечение по Тейлору.

4. Синдром Меллори-Вейса. Причины развития заболевания, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.

5. Малигнизация язвы. Частота малигнизации. Клиника, диагностика. Методы массового скрининга. Роль гастроскопии в диагностике. Рак желудка. Клиника, малые признаки по Савицкому. Лечение.

6. Пилородуоденальный стеноз, классификация. Клиника, осложнения, лечение.

7. Анатомия желчного пузыря и внепеченочных желчных путей. Методики обследования при патологии желчного пузыря и внепеченочных желчных путей. Острый холецистит.

8. Клиника, диагностика, лечение.

9. Желчнокаменная болезнь. Эпидемиология, частота. Этиология, патогенез, Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение: показание к операции. Современные малоинвазивные методы оперативного лечения.

10. Острый холецистит, дифференциальная диагностика различных видов желтухи. Клиника, диагностика, тактика хирурга. Осложнения острого холецистита. Особенности тактики хирурга у больных с деструктивными холециститами в пожилом возрасте. Современные методы лечения механической желтухи.

11. Особенности ведения послеоперационного периода при различных ситуациях.

12. Анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе. Актуальные вопросы острого панкреатита. Этиология, патогенез, клиника. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение в зависимости от стадии заболевания. Исходы заболеваний. Диагностика деструктивных форм панкреатита. Показания к хирургическому лечению и виды операций.

13. Осложнения острого панкреатита, диагностика, лечение. Оперативные доступы. Методы дренирования при деструкции поджелудочной железы.


14. Спаечная болезнь, клинические формы. Диагноз и дифференциальная диагностика спаечной непроходимости. Хирургическая тактика. Диагностические и тактические ошибки при лечении спаечной кишечной непроходимости.

15. Послеоперационные грыжи. Клиника, диагностика, лечение.

16. Грыжи белой линии. Клиника, диагностика, лечение.

17. Определение понятия перитонита. Анатомо-физиологические сведения о брюшине. Классификация перитонитов (по клиническому течению, локализации, характеру выпота, по характеру возбудителя, по стадии)

18. Тактика хирурга и методы ранней диагностики перитонитов. Особенности течения послеоперационных перитонитов. Третичный

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

перитонит. Подготовка больных к операции. Принципы хирургического лечения различных перитонитов.

19. Травмы груди: классификация, осложнения. Пневмоторакс и гидроторакс. Клиника и диагностика. Методы лечения. Классификация политравмы. Сочетанные травмы груди и живота: классификация, осложнения. Клиника и диагностика. Методы лечения. Торакоскопия. Лапароскопия. Бронхоскопия.

20. Травмы живота: классификация, осложнения. Клиника и диагностика. Методы лечения.


21. Классификация политравмы. Сочетанные травмы груди и живота: классификация, осложнения. Клиника и диагностика. Методы лечения.

22. Ишемическая болезнь органов пищеварения. Нарушение мезентериального кровообращения. Мезентериальная ишемия. Клиника и диагностика. Методы лечения.


23. Заболевания ободочной кишки. Клиника и диагностика. Методы лечения. Колоноскопия.

9. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ


№	Тема раздела	Вид самостоятельной работы	Объем в часах	Форма контроля
1	Организационные основы эндоскопии. Нормативные документы об организации эндоскопической службы в России. Вопросы врачебной этики и деонтологии.	Создание мультимедийных презентаций, просмотр учебных видеофильмов по темам занятий с последующим обсуждением и ответами на вопросы, решение ситуационных задач,	2	Рефераты и их доклад. Собеседование.
2	Показания и противопоказания к ФГДС. Подготовка к ФГДС, способы обезболивания эндоскопического исследования. Осложнения ФГДС. Осложнения ФГДС и ЭРПХГ. Методика ФГДС. Методика ЭРПХГ.		2	Демонстрация презентаций, ответы и разбор ситуационных задач
3	Нормальная эндоскопическая картина пищевода. Воспалительные		2	Рефераты и их защита. Собеседование.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

	заболевания. Ожоги пищевода. Постожеговые сужения. Варикозное расширение вен. Опухоли пищевода. Инородное тело. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Методика ФГДС при заболеваниях пищевода.			
4	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Осложнения		2	Демонстрация презентаций, ответы и разбор ситуационных задач
5	Современные методы лечения гастродуоденальных кровотечений		2	Рефераты и их защита Собеседование.
6	Исследование желудка. Нормальная эндоскопическая картина. Ожоги желудка. Гастриты . Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Эрозивные поражения. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Острые язвы желудка. Этиопатогенез,		2	Демонстрация презентаций, ответы и разбор ситуационных задач

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

	клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания.			
7	Синдром Меллори-Вейса. Причины развития заболевания, клиника и диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.		2	Рефераты и их защита Собеседование.
8	Осложнения заболеваний (ободочной кишки)		2	Демонстрация презентаций, ответы и разбор ситуационных задач
9	Рак желудка. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания. Малые признаки рака. Основные пути метастазирования рака желудка. Классификация. Клиника, диагностика, паллиативное и оперативное лечение.		2	Рефераты и их защита Собеседование.
10	Нормальная эндоскопическая картина двенадцатиперстной кишки. Ожоги двенадцатиперстной кишки. Дуодениты. Этиопатогенез,		2	Демонстрация презентаций, ответы и разбор ситуационных задач


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

	<p>клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания. Дивертикулиты. Этиопатогенез, клиника и эндоскопическая картина. Эндоскопическое консервативное лечение. Стадии заболевания, классификация.</p>			
11	<p>Методика фиброколоноскопии. Фиброколоноскопия. Показания и противопоказания к фиброколоноскопии. Подготовка к фиброколоноскопии, способы обезболивания эндоскопического исследования. Осложнения фиброколоноскопии. Методика проведения ФКС. Нормальная эндоскопическая картина толстого кишечника.</p>		2	<p>Рефераты и их защита Собеседование.</p>
12	<p>Малоинвазивные и малотравматические лапароскопические и торакоскопические операции.</p>		2	<p>Демонстрация презентаций, ответы и разбор ситуационных задач</p>
Всего			24	


10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Список рекомендуемой литературы:

а) основная литература

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

1. Факультетская хирургия в 2 ч. Часть 1 : учебник для вузов / Н. Ю. Коханенко [и др.] ; под редакцией Н. Ю. Коханенко. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 296 с. — (Специалист). — ISBN 978-5-9916-6796-8. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/433264> (дата обращения: 10.06.2019).
2. Факультетская хирургия в 2 ч. Часть 2 : учебник для вузов / Н. Ю. Коханенко [и др.] ; ответственный редактор Н. Ю. Коханенко. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 329 с. — (Специалист). — ISBN 978-5-9916-6797-5. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/434195> (дата обращения: 10.06.2019).
3. Основы сестринского дела. В 2 т. Том 1 : учебник и практикум для академического бакалавриата / В. Р. Вебер [и др.] ; под редакцией Г. И. Чувакова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 330 с. — (Бакалавр. Академический курс). — ISBN 978-5-534-08742-0. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/434242> (дата обращения: 10.06.2019).
4. Основы сестринского дела. В 2 т. Том 2 : учебник и практикум для академического бакалавриата / В. Р. Вебер [и др.] ; под редакцией Г. И. Чувакова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 186 с. — (Бакалавр. Академический курс). — ISBN 978-5-534-08744-4. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/437528> (дата обращения: 10.06.2019).
5. Ильина, И. В. Медицинская реабилитация. Практикум : учебное пособие для вузов / И. В. Ильина. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 393 с. — (Специалист). — ISBN 978-5-534-01250-7. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/437763> (дата обращения: 10.06.2019).
6. Ильина, И. В. Медицинская реабилитация : учебник для вузов / И. В. Ильина. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 276 с. — (Специалист). — ISBN 978-5-534-00383-3. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/433818> (дата обращения: 10.06.2019).
7. Акопов, В. И. Медицинское право : учебник и практикум для вузов / В. И. Акопов. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 287 с. — (Специалист). — ISBN 978-5-534-01259-0. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/434123> (дата обращения: 10.06.2019).
8. Коноплева, Е. В. Клиническая фармакология в 2 ч. Часть 1 : учебник и практикум для вузов / Е. В. Коноплева. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 346 с. — (Специалист). — ISBN 978-5-534-03999-3. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/434348> (дата обращения: 10.06.2019).
9. Коноплева, Е. В. Клиническая фармакология в 2 ч. Часть 2 : учебник и практикум для вузов / Е. В. Коноплева. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 340 с. — (Специалист). — ISBN 978-5-534-04001-2. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/434349> (дата обращения: 10.06.2019).
10. Коноплева, Е. В. Фармакология : учебник и практикум для вузов / Е. В. Коноплева. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 446 с. — (Специалист). — ISBN 978-5-534-01500-3. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/433068> (дата обращения: 10.06.2019).
11. Корячкин, В. А. Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия. Клинико-лабораторная диагностика : учебник для вузов / В. А. Корячкин, В. Л. Эмануэль, В.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

И. Страшнов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 507 с. — (Специалист). — ISBN 978-5-534-10809-5. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/431585> (дата обращения: 10.06.2019).


12. Силуянова, И. В. Биомедицинская этика : учебник и практикум для вузов / И. В. Силуянова. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 312 с. — (Специалист). — ISBN 978-5-534-06472-8. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/433188> (дата обращения: 10.06.2019).

б) дополнительная литература

1. Оконенко, Т. И. Сестринское дело в хирургии : учебник и практикум для среднего профессионального образования / Т. И. Оконенко, Г. И. Чуваков. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 158 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-01241-5. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/434707> (дата обращения: 10.06.2019).
2. Оконенко, Т. И. Сестринское дело в хирургии : учебник и практикум для академического бакалавриата / Т. И. Оконенко, Г. И. Чуваков. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 158 с. — (Бакалавр. Академический курс). — ISBN 978-5-534-00929-3. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/434243> (дата обращения: 10.06.2019).
3. Горохов, Д. Е. Детская хирургия в 3 ч. Часть 1 / Д. Е. Горохов. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 194 с. — (Антология мысли). — ISBN 978-5-534-07396-6. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/423013> (дата обращения: 10.06.2019).
4. Горохов, Д. Е. Детская хирургия в 3 ч. Часть 2 / Д. Е. Горохов. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 319 с. — (Антология мысли). — ISBN 978-5-534-07398-0. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/423014> (дата обращения: 10.06.2019).

Учебно-методическая:

Желудочно-кишечные кровотечения (Учебно-методическое пособие)	Печатная	Ульяновск, УлГУ, 2017. – 19 с.	3/1	Белоногов Н.И Мидленко В.И., Платонов С.С.
Желчнокаменная болезнь и ее осложнения	Печатная	Ульяновск: УлГУ, 2017. – 28 с.	2/1	Белоногов Н.И Мидленко В.И.
Хирургические аспекты в лечении осложнений желчнокаменной болезни (Учебно-методическое пособие)	Электронная	Ульяновск: УлГУ, 2017. 1 опт. диск. Систем. Требования: операционная система MS Windows XP; браузер MS Internet Explorer 6.0 и выше; оперативная память не менее 256 Мб; видеорежим 1024x768, 32 бит, Загл. с экрана.		Белоногов Н.И Мидленко В.И.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

Эрозивно-язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки (Учебно-методическое пособие)	Электронная	Ульяновск: УлГУ, 2017. 1 опт. диск. Систем. Требования: операционная система MS Windows XP; браузер MS Internet Explorer 6.0 и выше; оперативная память не менее 256 Мб; видеорежим 1024x768, 32 бит. Загл. с экрана,		Белоногов Н.И Мидленко В.И., Платонов С.С.
Методические указания для самостоятельной работы студентов по дисциплине «госпитальная хирургия» (Учебно-методическое пособие)	Печатная	Ульяновск, УлГУ, 2015. – 11 с.	2/1	Белоногов Н.И

Согласовано:

ДИРЕКТОР НБ / БУРХАНОВА М.М. /  /

в) программное обеспечение

<http://www.surgery.ru> (Информационные ресурсы Национального медико-хирургического центра)

http://medicinform.net/surgery/surg_spec.htm (Медицинская информационная сеть. Раздел Хирургия)

<http://window.edu.ru/window/library> (Федеральный портал. Российское образование)


www.cir.ru/index.jsp (Университетская информационная система России)

<http://diss.rsl.ru> (Российская государственная библиотека. Электронная библиотека диссертаций)

www.scsml.rssi.ru (информационные ресурсы центральной научной медицинской библиотеки),

<http://medlib.tomsk.ru> (Информационные ресурсы /научно- медицинской библиотеки Сибирского ГМУ)

<http://science.viniti.ru/> (информационные ресурсы научного портала ВИНТИ, раздел

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

медицина).

<http://www1.fips.ru> (информационные ресурсы Роспатента),

<http://www.webmedinfo.ru/library/hirurgija.php> (Электронные ресурсы по хирургии библиотеки медицинского образовательного портала)

г) базы данных, информационно-справочные и поисковые системы.

1. ЭБС «IPRbooks» (www.iprbookshop.ru). Контракт №937 от 11.12.2015 г.

2. ЭБС «Консультант студента» (www.studmedlib.ru). Контракт № 348КС/10-25 от 19.11.2015 г.

Согласовано:

Зам. нач. УИТТ | Клюквина Ю.В. | 19.11.2015
 Должность сотрудника УИТТ | ФИО | подпись | дата

- Учебно-методические материалы (методические разработки, пособия, типовые задачи и т.д.) - на каждое занятие - на кафедре имеются.
- Нормативные документы (рабочая программа, типовая программа, учебная программа, образовательный гос. стандарт) - на кафедре имеются.
- Компьютерные обучающие программы, презентации на каждое занятие - на кафедре имеются.
- Тестовый контроль уровня знаний, рентгенограммы, задачи на каждое занятие - на кафедре имеется.


11.МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:

Инвентаризационная ведомость


- Учебно-методические материалы (методические разработки для студентов, методические разработки для преподавателей, учебные пособия для студентов, методические разработки для самостоятельной работы студентов) на каждое занятие - на кафедре имеются.
- Нормативные документы (рабочая программа и образовательный гос. стандарт) - на кафедре имеются.
- Компьютерные обучающие программы, презентации на каждое занятие - на кафедре имеются.
- Выход в Интернет – на кафедре имеется.

Клиническая база (ГУЗ "Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи") оснащена необходимым инструментарием и оборудованием для осуществления амбулаторно-поликлинической, квалифицированной и специализированной хирургической помощи, в т.ч. ультразвуковой, эндоскопической техникой, оборудованием для компьютерной и магнитно-резонансной томографии, рентгенохирургической аппаратурой, оборудованием для выполнения малоинвазивных вмешательств. Отдельные смотровые кабинеты, оборудованные для приема и показа больных.

Приложение


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

№ п/п	ОС
1	Кресло руководителя 1260-1350x750x540x510мм
2	Принтер HP LJ 5
3	Принтер Samsung ML-1210
4	Приставка к принтеру HP DURLEX. LASERJET 5.5 N
5	Компьютер Intel Pentium Dual Core E 5500 Монитор 19 " Samsung E 1920N
6	"Гастроскан-"ГЭМ (ГКМ-01) без компьютера
7	Видеоплеер
8	Многофункциональное устройство тип 1 Kyocera FS-1028MFP
9	Компьютер Intel Celeron 2,0GHz,256Mb,40Gb
10	Компьютер IS Mechanics Crown MG. Intel@ Pentium Crleron@430.монитор19"Samsung 943N(ESB)
11	Компьютер ASUS A6BOOR Cel-M1.7GHz(390).512Mb.60Gb DVD/CD-RW.15.4
12	Компьютер Kraftway Credo KC36.Intel Pentium Dual Core E5200,Монитор"19 Samsung 943N
13	Компьютер PIII-866 EB
14	Проектор "Overchad"
15	Телевизор Daewoo 20Q3M
16	Вешалка гардеробная на 11 мест
17	Вешалка гардеробная на 11 мест
18	Вешалка гардеробная на 26 мест
19	Вешалка гардеробная на 26 мест
20	Вешалка гардеробная на 26 мест
21	Диван "Виктория 3"
22	Кресло
23	Стол письменный
24	Тумба 2-ух двер.
25	Тумба приставная
26	Шкаф д/д с/ст ольха П/Ш4
27	Шкаф для документов полуоткрытый(1942*800*384)
28	Шкаф для документов полуоткрытый(1942*800*384)
29	Шкаф для документов полуоткрытый(1942*800*384)
30	Шкаф для документов полуоткрытый(1942*800*384)
31	Шкаф для документов полуоткрытый(1942*800*384)
32	Шкаф для одежды
33	Шкаф для одежды"Дин-Р"орех
34	Шкаф для одежды(1942*800*600)
35	Шкаф для одежды(1942*800*600)
36	Шкаф для одежды(1942*800*600)
37	Шкаф книж.
38	Шкаф пожарный
39	Аппарат электролазерный
40	Кабель световой волоконный. 3,5мм длиной 1800 мм

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

41	Осветитель ООЭ ис 150 "Линза"
42	Урологич. аппарат АМВЛ-01 "Яровит"
43	Цистоуретроскоп
44	Шкаф для документов со стеклом
45	Шкаф для документов со стеклом
46	Шкаф для документов со стеклом
47	Шкаф для одежды
48	Шкаф для одежды
49	Шкаф для одежды
50	Аппарат цифровой ультразвуковой диагностический AcuVista RS880b с принадлежностями: датчик конвексный, линейный
51	Комплекс многофункциональный лазерный диагностический "ЛАКК-М"
52	Облучатель медицинский бактерицидный ОБПе-300 Азов
53	Облучатель медицинский бактерицидный ОБПе-300 Азов
54	Стенд 1,33*1,5м
55	Стенд 1,33*1,5м
56	Стенд 1,33*1,5м
57	Стенд 1,33*1,83 м
58	Стенд 1,3*1,5м, 26 карманов Ф-А5, 1 карман Ф-А04
59	Стенд информационный 1,5*1,3 м (пластик ПВХ4 мм, самокл. пленка, ламинация, ПЭТ 0,5мм)

Приложение 6. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ФОС) (рекомендуемая форма и структура).

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		



УТВЕРЖДЕНО

решением Ученого совета Института медицины, экологии и физической культуры от «19» июня 2019г., протокол № 10/210

Председатель В.И. Мидленко

подпись, расшифровка подписи

» _____ 20 ____ г.

утверждается в подразделении, реализующем ОПОП ВО

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ФОС)
РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

Дисциплина	Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия
Факультет	Медицинский
Кафедра	Госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии и ортопедии
Курс	6

Направление (специальность) 31.05.02 Педиатрия

код направления (специальности), полное наименование

Направленность (профиль/специализация) _____

полное наименование

Форма обучения _____ очная _____

очная, заочная, очно-заочная (указать только те, которые реализуются)

Дата введения в учебный процесс УлГУ: « _____ » _____ 20 ____ г.

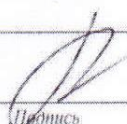
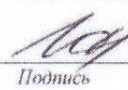
Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № _____ от _____ 20 ____ г.

Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № _____ от _____ 20 ____ г.


Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № _____ от _____ 20 ____ г.

Сведения о разработчиках:

ФИО	Кафедра	Должность, ученая степень, звание
Белоногов Николай Иванович	Госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии и ортопедии	Профессор кафедры, д.м.н., доцент

СОГЛАСОВАНО	СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой, реализующей дисциплину	Зав. кафедрой педиатрии медицинского факультета ИМЭиФК
 / Мидленко В.И. / <i>Подпись</i> / ФИО	 / Соловьева И.Л. / <i>Подпись</i> / ФИО
« 22 » июня 2020 г.	« 22 » июня 2020 г.

Дисциплина «Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия» относится к блоку

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

вариантная часть Б1.В.ДВ.4.2

Разработчик И. Белоногов Профессор Белоногов Николай Иванович
подпись должность ФИО

Спецификой обучения медицинского факультета является синдромальный подход к разбору, еженедельные разборы больных доцентами и профессорами с акцентом на дифференциальную диагностику.

Контроль знаний, позволяющий оценить степень сформированности компетенций студентов, осуществляется путём проверки остаточного уровня знаний методом тестирования, теоретического разбора темы, опроса на клинических обходах, клинического разбора больных в палате, проведения контрольных работ методом тестирования, устного опроса, решение ситуационных задач, описание и чтение рентгенограмм, написание академической истории болезни (для оценки степени усвоения материала с анализом допущенных ошибок и неточностей), а также сдачи зачета в конце цикла.

На каждое занятие, по всем темам имеются наборы тестов, ситуационных задач, рентгенограмм, список больных по теме занятия.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ФОС)

Дисциплина «Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия» относится к блоку вариантная часть Б1.В.ДВ.4.2

Спецификой обучения медицинского факультета является синдромальный подход к разбору, еженедельные разборы больных доцентами и профессорами с акцентом на дифференциальную диагностику.

Разработчик _____ Белоногов Н.И.
«___» «_____» 20__ г.

Контроль знаний, позволяющий оценить степень сформированности компетенций студентов, осуществляется путём проверки остаточного уровня знаний методом тестирования, теоретического разбора темы, опроса на клинических обходах, клинического разбора больных в палате, проведения контрольных работ методом тестирования, устного опроса, решение ситуационных задач, описание и чтение рентгенограмм, написание академической истории болезни (для оценки степени усвоения материала с анализом допущенных ошибок и неточностей), а также сдачи зачета в конце цикла.


На каждое занятие, по всем темам имеются наборы тестов, ситуационных задач, рентгенограмм, список больных по теме занятия.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ФОС)

Дисциплина «Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия» относится к блоку вариантная часть Б1.В.ДВ.4.2

Спецификой обучения медицинского факультета является синдромальный подход к разбору, еженедельные разборы больных доцентами и профессорами с акцентом на дифференциальную диагностику.

Контроль знаний, позволяющий оценить степень сформированности

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

компетенций студентов, осуществляется путём проверки остаточного уровня знаний методом тестирования, теоретического разбора темы, опроса на клинических обходах, клинического разбора больных в палате, проведения контрольных работ методом тестирования, устного опроса, решение ситуационных задач, описание и чтение рентгенограмм, написание академической истории болезни (для оценки степени усвоения материала с анализом допущенных ошибок и неточностей), а также сдачи зачета в конце цикла.


На каждое занятие, по всем темам имеются наборы тестов, ситуационных задач, рентгенограмм, список больных по теме занятия.

1.Перечень компетенций по дисциплине


№ семестра	Наименование дисциплины	Индекс компетенции				
		ОПК-9	ПК-11	ПК-5	ПК-6	ПК-8
	Дисциплина «Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия» относится к блоку вариантная часть Б1.В.ДВ.4.2					
Семестр С	Б1.В.ДВ.4.2 «Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия»	+	+	+	+	+

2.Требования к результатам освоения дисциплины


№ п/п	Индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			знать	уметь	владеть
1	ОПК-9	Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	Этиологию, патогенез, диагностику, дифференциальную диагностику, особенности клинического течения, возможные осложнения наиболее часто встречаемых заболеваний внутренних органов с хирургической	Давать оценку функционального состояния органов и систем при заболеваниях хирургического профиля.	Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических процедур. Алгоритмом интерпретации данных функциональных методов исследования при заболеваниях хирургического профиля.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

			точки зрения. Функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой, особенности функционирования в норме и патологии.		
2	ПК-11	Готовностью к оказанию экстренной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Алгоритм выполнения основных врачебных мероприятий по оказанию экстренной медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Восстановить проходимость верхних дыхательных путей. Устранить западение корня языка путем установки воздуховода, запрокидывания головы назад, выдвижения нижней челюсти.	Проводить искусственную вентиляцию легких способом «рот в рот», «рот в нос», мехом Амбу, непрямой массаж сердца. Диагностировать терминальное состояние и проводить сердечнолегочную реанимацию
3	ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	Диагностическое значение изменений, выявленных при клиническом исследовании больного, использовании методов лабораторно-инструментальной диагностики.	Проводить опрос, физикальное исследование больного; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальной диагностики и использовать в обосновании клинического диагноза.	Методами клинического исследования больного, интерпретацией результатов дополнительных методов исследования, алгоритмом обоснования предварительного и клинического диагноза

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

4	ПК-6	Способность к определению пациентов основных патологических состояний, синдромов, синдромов заболеваний, нозологических форм соответствии МКБ-10	к у в с	Механизм возникновения клинических симптомов и принципы их группировки в клинические синдромы, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов с хирургической точки зрения. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с заболеваниями внутренних органов, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Выделять и обосновывать клинические синдромы с учетом выявленных клинических симптомов и знаний о механизмах их развития. Выбирать и использовать в профессиональной деятельности различные методов клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов. Оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов	и с и с	Методами общеклинического обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики основных клинических синдромов, при заболеваниях внутренних органов. Алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании международной классификации болезней
---	-------------	--	---------	---	--	---------	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

				исследования	
5	ПК-8	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Основные принципы лечения заболеваний хирургического профиля	Разработать план лечения больного с учетом течения болезни	Алгоритмом принципов лечения заболеваний хирургического профиля

3. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине


№ п/п	Контролируемые модули/разделы/темы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или ее части)	Оценочные средства		Технология оценки (способ контроля)
			наименование	№№ заданий	
1	Темы 1-8	ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, (знать и уметь)	Тесты	1. Общие вопросы гастроэнтерологической хирургии. 2. Общие вопросы эндоскопии. 3. Диагностическая фиброгастроуденоскопия. 4. Диагностическая колоноскопия. 5. Желудочно-кишечные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.	См. примечание к оценке тестов
2	Темы 1-8	ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11 (владеть)	Ситуационная задача	6. Желудочно-кишечные кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. 7. Эндоскопия в желчной хирургии. 8. Инородные тела желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева.	См. примечание к оценочным ситуациям задач

3. Паспорт фонда оценочных средств


3.1 Тесты к зачету

Учитывая то, что данная дисциплина по выбору и не все студенты данную дисциплину осваивают, на заседании кафедры решено зачет принимать по тестовой системе


Индекс компетенции	№ задания	Варианты тестов
ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	с 1 по 8 занятие	<p>Вариант № 1</p> <p>1. Анальная трещина чаще расположена на:</p> <p>а) задней полуокружности анального канала;</p> <p>б) правой полуокружности анального канала;</p> <p>в) левой полуокружности анального канала;</p> <p>г) передней полуокружности анального канала;</p> <p>д) передней и задней полуокружности анального канала.</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>2. При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана: а) эндоскопическая полипэктомия; б) хирургическое иссечение полипа; в) клиновидная резекция желудка; г) экономная резекция желудка; д) субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов.</p> <p>3. При каком виде кровотечения наблюдается пенистая кровь? а) носовом; б) пищеводном; в) желудочном; г) легочном; д) кишечном.</p> <p>4. Для рака желудка характерна: а) повышенная кислотность желудочного сока; б) сниженная кислотность; в) повышение ранее сниженной кислотности желудочного сока; г) правильного ответа нет.</p> <p>5. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется: а) эзофагитом; б) надрывами слизистой дна желудка; в) зиянием кардиального жома; г) эндоскопическая картина решающего значения не имеет; д) правильно а) и в).</p> <p>6. Позволяют заподозрить малигнизацию язвы желудка следующие из перечисленных признаков а) размеры язвенной ниши более 2 см в диаметре; б) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей; в) снижение кислотности желудочного сока; г) все ответы правильные; д) правильные только первые два ответа.</p> <p>7. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные, кроме: а) желтухи; б) шума плеска натошак; в) похудания; г) отрыжки "тухлым"; д) болей в эпигастрии распирающего характера.</p> <p>8. Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать все перечисленное, исключая: а) обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки; б) деформацию двенадцатиперстной кишки; в) стеноз двенадцатиперстной кишки; г) стойкий парез кишечника; д) прорастание опухоли в головку поджелудочной железы.</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>9. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести:</p> <p>а) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию; б) анализ кала на скрытую кровь; в) лапароскопию; г) ультразвуковое исследование органов малого таза.</p> <p>10. Система мероприятий, обеспечивающая предупреждение попадания микробов в операционную рану это:</p> <p>а) антисептика; б) асептика; в) профилактика; г) вакцинация.</p> <p>11. Слизистая оболочка пищевода покрыта :</p> <p>а) однослойным цилиндрическим эпителием б) многослойным плоским эпителием в) однослойным призматическим эпителием г) однослойным мерцательным эпителием д) железистым эпителием.</p> <p>12. Какой эпителий выстилает слизистую оболочку желудка ?</p> <p>а) многослойный цилиндрический; б) многослойный плоский в) однослойный плоский; г) однослойный цилиндрический железистый; д) однослойный плоский неороговевающий.</p> <p>13. Абсолютные противопоказания к плановой гастроскопии.</p> <p>а) варикозное расширение вен пищевода; б) инфаркт миокарда в) кардиоспазм II ст.; г) психические заболевания; д) кифоз, лордоз, сколиоз.</p> <p>14. При синдроме Меллори-Вейса разрывы слизистой обычно локализуются : а) в антральном отделе желудка; б) в области привратника; в) в области кардии или кардиоэзофагинального перехода; г) в области угла желудка на малой кривизне; д) на большой кривизне тела желудка.</p> <p>15. Чем осложняется аксиальная грыжа ?</p> <p>а) озлокачествлением; б) перфорацией; в) кровотечением г) стенозом; д) свищом.</p> <p>16. Сколько степеней дисплазии существует ?</p> <p>а) одна; б) две; в) три; г) четыре; д) пять.</p> <p>17. Эндоскопическая картина полипозного гастрита :</p> <p>а) слизистая оболочка гладкая; б) на слизистой мелкоочечные разрастания; в) полиповидные утолщения 0,3 — 0,5 см в диаметре; г) складки слизистой истончены.</p> <p>18. Какой рубец образуется на месте зажившей острой язвы ?</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


	<p>а) звездчатой формы; б) линейной формы; в) эпителиальный рубец; г) не образуется совсем; д) эрозия.</p> <p>19. Глубина разрушения стенки желудка при хронической язве: а) собственная пластинка слизистой оболочки; б) слизистый слой; в) слизистый плюс подслизистый слой; г) включая мышечный слой; д) все слои стенки.</p> <p>20. С чем следует дифференцировать множественные «полные» эрозии ? а) с полипозом желудка; б) с полиповидным раком; в) с ранним раком; г) с подслизистыми опухолями; д) с хронической язвой.</p> <p style="text-align: center;">Вариант № 2</p> <p>1. Основное показание к плановой гастроскопии. а) варикозное расширение вен пищевода, осложненное кровотечением; б) перфоративная язва желудка; в) перфоративная язва 12 п.к.; г) язва желудка; д) рубцовая стриктура пищевода.</p> <p>2. Какие больные требуют специальной подготовки к гастроскопии. а) с язвой желудка; б) со стенозом привратника в) с хроническим гастритом; г) с полипами желудка д) с эрозивным гастритом.</p> <p>3. Какова длина пищевода у взрослого человека ? а) 15 см; б) 18 - 20 см; в) 23 - 25 см; г) 28 - 30 см; д) до 35 см</p> <p>4. С какими заболеваниями следует дифференцировать варикозное расширение вен пищевода ? а) эзофагит; б) кардиоспазм; в) рак пищевода г) синдром Меллори-Вейса; д) подслизистая опухоль пищевода.</p> <p>5. Микроскопическая структура рака пищевода ? а) низкодифференцированный рак; б) плоскоклеточный рак в) перстневидно-клеточный рак; г) мелкоклеточный рак; д) овсяноклеточный рак</p> <p>6. Где располагаются железы желудка ? а) в подслизистой оболочке; б) в мышечной оболочке в) в собственной пластинке слизистой оболочки г) в мышечной пластинке слизистой оболочки д) в серозной оболочке.</p> <p>7. Эндоскопические критерии атрофического гастрита : а) слизистая оболочка бледная; б) слизистая оболочка гиперемированная; в) складки слизистой утолщены; г)</p>
--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


	<p>сосудистый рисунок не прослеживается; д) слизистая оболочка розовая.</p> <p>8. Наиболее частые осложнения острых язв желудка ? а) перфорация; б) пенетрация в) малигнизация; г) стеноз; д) кровотечение</p> <p>9. Глубина разрушения стенки желудка при эрозии ? а) слизистый слой; б) слизистый плюс подслизистый слой в) слизистый плюс подслизистый и мышечный слой; г) на всю толщину стенки.</p> <p>10. С чем следует дифференцировать зрелую «полную» эрозию ? а) с язвой желудка; б) с полиповидным раком в) с подслизистой опухолью; г) с ранним раком тип 2-а + 2-с</p> <p>11. С чем следует дифференцировать длительно незаживающие «полные» эрозии ? а) с полипозом желудка; б) с болезнью МЕНЕТРИЕ в) с хронической язвой; г) с бородавчатым гастритом д) с ранним раком желудка.</p> <p>12. Излюбленная локализация инфильтративного рака желудка: а) свод; б) малая кривизна; в) большая кривизна г) антральный отдел; д) излюбленной локализации нет.</p> <p>13. Как глубоко может проникать поражение при раннем раке желудка ? а) только собственная пластинка слизистой оболочки желудка; б) вся слизистая; в) поражены слизистый и подслизистый слой; г) поражены слизистый, подслизистый и мышечный слой д) поражены все слои стенки желудка.</p> <p>14. Показания к плановой ЭГДФС все, кроме : а) для установления диагноза; б) для оценки эффективности лечения; в) для установления локализации процесса г) для установления источника кровотечения д) для проведения лечебных и оперативных мероприятий.</p> <p>15. Эндоскопические признаки кардиоспазма все, кроме : а) пищевод расширен; б) большое количество содержимого в пищеводе; в) пищевод хорошо расправляется воздухом г) отмечается рефлюкс желудочного содержимого в пищевод д) кардия сомкнута, не раскрывается</p> <p>16. Эндоскопические признаки острой язвы желудка : а) дефект слизистой округлой или овальной формы; б) к язве</p>
--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


	<p>конвергируют складки слизистой; в) края язвы отечны, легко кровоточат; г) окружающая слизистая гиперемированная</p> <p>д) дно язвы покрыто желтоватым налетом</p> <p>17. Эндоскопическая картина старческой язвы все, кроме : а) большие размеры; б) контуры четкие; в) контуры нечеткие г) дно неровное, покрыто серым фибринозным налетом д) атрофия слизистой вокруг язвы</p> <p>18. Эндоскопические признаки раннего рака тип I а) полиповидное образование с неровной бугристой поверхностью; б) слизистая вокруг гладкая, блестящая; в) слизистая вокруг инфильтрированная; г) перистальтика сохранена; д) выраженная контактная кровоточивость</p> <p>19. Эндоскопические признаки полиповидного рака все, кроме: а) округлая опухоль с бугристой поверхностью; б) округлая опухоль с гладкой поверхностью; в) опухоль на широком основании; г) ригидность при инструментальной пальпации д) слизистая вокруг не инфильтрирована</p> <p>20. Эндоскопические признаки инфильтративного рака желудка все, кроме : а) застывший рельеф слизистой; б) перестройка рельефа слизистой; в) изменения окраски слизистой; г) четкие границы поражения; д) отсутствие четких границ поражения</p> <p style="text-align: center;">Вариант № 3</p> <p>1. Слизистая оболочка пищевода покрыта : а) однослойным цилиндрическим эпителием б) многослойным плоским эпителием в) однослойным призматическим эпителием г) однослойным мерцательным эпителием д) железистым эпителием.</p> <p>2. Какой эпителий выстилает слизистую оболочку желудка ? а) многослойный цилиндрический; б) многослойный плоский в) однослойный плоский; г) однослойный цилиндрический железистый; д) однослойный плоский неороговевающий.</p> <p>3. Абсолютные противопоказания к плановой гастроскопии. а) варикозное расширение вен пищевода; б) инфаркт миокарда в) кардиоспазм II ст.; г) психические заболевания; д) кифоз, лордоз, сколиоз.</p> <p>4. При синдроме Меллори-Вейса разрывы слизистой обычно локализуются : а) в антральном отделе желудка; б) в области привратника; в) в области кардии или кардиоэзофагинального</p>
--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>перехода; г) в области угла желудка на малой кривизне; д) на большой кривизне тела желудка.</p> <p>5. Чем осложняется аксиальная грыжа ? а) озлокачествлением; б) перфорацией; в) кровотечением; г) стенозом; д) свищом.</p> <p>6. Сколько степеней дисплазии существует ? а) одна; б) две; в) три; г) четыре; д) пять.</p> <p>7. Эндоскопическая картина полипозного гастрита : а) слизистая оболочка гладкая; б) на слизистой мелкоочечные разрастания; в) полиповидные утолщения 0,3 — 0,5 см в диаметре; г) складки слизистой истончены.</p> <p>8. Какой рубец образуется на месте зажившей острой язвы ? а) звездчатой формы; б) линейной формы; в) эпителиальный рубец; г) не образуется совсем; д) эрозия.</p> <p>9. Глубина разрушения стенки желудка при хронической язве : а) собственная пластинка слизистой оболочки; б) слизистый слой; в) слизистый плюс подслизистый слой; г) включая мышечный слой; д) все слои стенки.</p> <p>10. С чем следует дифференцировать множественные «полные» эрозии ? а) с полипозом желудка; б) с полиповидным раком; в) с ранним раком; г) с подслизистыми опухолями; д) с хронической язвой.</p> <p>11. Что такое каллезная язва ? а) хроническая язва; б) длительно незаживающая хроническая язва; в) часто рецидивирующая хроническая язва; г) острая язва; д) язва, с мозоленными краями, не склонная к рубцеванию.</p> <p>12. На фоне каких изменений чаще развивается инфильтративный рак ? а) хроническая язва; б) острая язва; в) гипертрофический гастрит; г) эрозивный гастрит; д) поверхностный гастрит.</p> <p>13. Кому принадлежит классификация раннего рака желудка ? а) Боррманн, 1926 год; б) Мураками; в) Японское гастроэнтерологическое общество, 1962 год; г) Оттеньян, 1970 год; д) Каван, 1970 год.</p> <p>14. Показанием к экстренной ЭГДФС является все, кроме: а) желудочно-кишечное кровотечение; б) инородное тело; в) анастомозит; г) на операционном столе</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


	<p>д) оценка эффективности лечения</p> <p>15. К эндоскопической картине болезни Менетрие относится все, кроме : а) яркая гиперемия слизистой б) складки слизистой утолщены, извитые, расположены хаотично; в) складки слизистой утолщены, расположены продольно; г) эрозии и бородавчатые выросты на высоте складок д) эластичность слизистой снижена</p> <p>16. Эндоскопические признаки хронической язвы все, кроме: а) края язвы ригидные; б) локализация: малая кривизна и угол желудка; в) размеры от 1 до 3-х см; г) слизистая вокруг отечная, гиперемированная; д) конвергенция складок</p> <p>17. Осложнения язвенной болезни желудка все, кроме: а) кровотечение; б) дуоденостаз; в) перфорация; г) пенетрация д) деформация желудка</p> <p>18. Эндоскопические признаки малого рака все, кроме: а) дефект не превышает 1 см б) ригидность при инструментальной пальпации в) незначительная контактная кровоточивость г) представлена в виде язвы с четким валом вокруг д) отмечается подвижность опухоли</p> <p>19. Эндоскопическая картина блюдцеобразного рака желудка : а) язва с широкими подрытыми краями; б) дно бугристое в) язва плоская, с инфильтрированной слизистой вокруг г) ригидность при инструментальной пальпации д) перистальтика отсутствует</p> <p>20. Причины хронической дуоденальной непроходимости всё, кроме : а) врожденная патология подслизистых нервных окончаний; б) артериомезентериальная компрессия; в) острый бульбит; г) хронические воспалительные заболевания 12 п.к. д) хронические воспалительные заболевания ппнкreas.</p> <p style="text-align: center;">Вариант № 4</p> <p>1. Что такое каллезная язва ? а) хроническая язва; б) длительно незаживающая хроническая язва; в) часто рецидивирующая хроническая язва; г) острая язва; д) язва, с мозоленными краями, не склонная к рубцеванию.</p> <p>2. На фоне каких изменений чаще развивается инфильтративный рак ? а) хроническая язва; б) острая язва; в) гипертрофический гастрит; г) эрозивный гастрит; д) поверхностный гастрит.</p>
--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>3. Кому принадлежит классификация раннего рака желудка ? а) Боррманн, 1926 год; б) Мураками в) Японское гастроэнтерологическое общество, 1962 год г) Оттенъян, 1970 год; д) Каван, 1970 год.</p> <p>4. Показанием к экстренной ЭГДФС является все, кроме: а) желудочно-кишечное кровотечение; б) инородное тело в) анастомозит; г) на операционном столе д) оценка эффективности лечения</p> <p>5. К эндоскопической картине болезни Менетрие относится все, кроме : а) яркая гиперемия слизистой б) складки слизистой утолщены, извитые, расположены хаотично; в) складки слизистой утолщены, расположены продольно; г) эрозии и бородавчатые выросты на высоте складок д) эластичность слизистой снижена</p> <p>6. Эндоскопические признаки хронической язвы все, кроме: а) края язвы ригидные; б) локализация: малая кривизна и угол желудка; в) размеры от 1 до 3-х см; г) слизистая вокруг отечная, гиперемированная; д) конвергенция складок</p> <p>7. Осложнения язвенной болезни желудка все, кроме: а) кровотечение; б) дуоденостаз; в) перфорация; г) пенетрация д) деформация желудка</p> <p>8. Эндоскопические признаки малого рака все, кроме: а) дефект не превышает 1 см; б) ригидность при инструментальной пальпации; в) незначительная контактная кровоточивость; г) представлена в виде язвы с четким валом вокруг д) отмечается подвижность опухоли</p> <p>9. Эндоскопическая картина блюдцеобразного рака желудка : а) язва с широкими подрытыми краями; б) дно бугристое; в) язва плоская, с инфильтрированной слизистой вокруг г) ригидность при инструментальной пальпации д) перистальтика отсутствует</p> <p>10. Причины хронической дуоденальной непроходимости всё, кроме : а) врожденная патология подслизистых нервных окончаний; б) артериомезентериальная компрессия; в) острый бульбит; г) хронические воспалительные заболевания 12 п.к. д) хронические воспалительные заболевания поджелудочной железы.</p> <p>11. Основное показание к плановой гастроскопии.</p>
--	--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


	<p>а) варикозное расширение вен пищевода, осложненное кровотечением; б) перфоративная язва желудка; в) перфоративная язва 12 п.к.; г) язва желудка; д) рубцовая стриктура пищевода.</p> <p>12. Какие больные требуют специальной подготовки к гастроскопии. а) с язвой желудка; б) со стенозом привратника в) с хроническим гастритом; г) с полипами желудка д) с эрозивным гастритом.</p> <p>13. Какова длина пищевода у взрослого человека ? а) 15 см; б) 18 - 20 см; в) 23 - 25 см; г) 28 - 30 см; д) до 35 см</p> <p>14. С какими заболеваниями следует дифференцировать варикозное расширение вен пищевода ? а) эзофагит; б) кардиоспазм; в) рак пищевода г) синдром Меллори-Вейса; д) подслизистая опухоль пищевода.</p> <p>15. Микроскопическая структура рака пищевода ? а) низкодифференцированный рак; б) плоскоклеточный рак в) перстневидно-клеточный рак; г) мелкоклеточный рак; д) овсяноклеточный рак</p> <p>16. Где располагаются железы желудка ? а) в подслизистой оболочке; б) в мышечной оболочке в) в собственной пластинке слизистой оболочки г) в мышечной пластинке слизистой оболочки д) в серозной оболочке.</p> <p>17. Эндоскопические критерии атрофического гастрита : а) слизистая оболочка бледная; б) слизистая оболочка гиперемированная; в) складки слизистой утолщены; г) сосудистый рисунок не прослеживается; д) слизистая оболочка розовая.</p> <p>18. Наиболее частые осложнения острых язв желудка ? а) перфорация; б) пенетрация; в) малигнизация; г) стеноз; д) кровотечение</p> <p>19. Глубина разрушения стенки желудка при эрозии ? а) слизистый слой; б) слизистый плюс подслизистый слой в) слизистый плюс подслизистый и мышечный слой; г) на всю толщину стенки.</p> <p>20. С чем следует дифференцировать зрелую «полную» эрозию? а) с язвой желудка; б) с полиповидным раком в) с подслизистой опухолью; г) с ранним раком тип 2-а + 2-с</p>
	Вариант № 5

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

		<p>1. С чем следует дифференцировать длительно незаживающие «полные» эрозии ? а) с полипозом желудка; б) с болезнью МЕНЕТРИЕ; в) с хронической язвой; г) с бородавчатым гастритом; д) с ранним раком желудка.</p> <p>2. Излюбленная локализация инфильтративного рака желудка : а) свод; б) малая кривизна; в) большая кривизна г) антральный отдел; д) излюбленной локализации нет.</p> <p>3. Как глубоко может проникать поражение при раннем раке желудка ? а) только собственная пластинка слизистой оболочки желудка; б) вся слизистая; в) поражены слизистый и подслизистый слои; г) поражены слизистый, подслизистый и мышечный слои; д) поражены все слои стенки желудка.</p> <p>4. Показания к плановой ЭГДФС все , кроме : а) для установления диагноза; б) для оценки эффективности лечения; в) для установления локализации процесса; г) для установления источника кровотечения д) для проведения лечебных и оперативных мероприятий.</p> <p>5. Эндоскопические признаки кардиоспазма все, кроме : а) пищевод расширен; б) большое количество содержимого в пищеводе; в) пищевод хорошо расправляется воздухом; г) отмечается рефлюкс желудочного содержимого в пищевод д) кардия сомкнута, не раскрывается</p> <p>6. Эндоскопические признаки острой язвы желудка : а) дефект слизистой округлой или овальной формы; б) к язве конвергируют складки слизистой; в) края язвы отечны, легко кровоточат; г) окружающая слизистая гиперемированная д) дно язвы покрыто желтоватым налетом</p> <p>7. Эндоскопическая картина старческой язвы все, кроме : а) большие размеры; б) контуры четкие; в) контуры нечеткие г) дно неровное, покрыто серым фибринозным налетом д) атрофия слизистой вокруг язвы</p> <p>8. Эндоскопические признаки раннего рака тип I а) полиповидное образование с неровной бугристой поверхностью; б) слизистая вокруг гладкая, блестящая; в) слизистая вокруг инфильтрированная; г) перистальтика сохранена; д) выраженная контактная кровоточивость</p> <p>9. Эндоскопические признаки полиповидного рака все, кроме : а) округлая опухоль с бугристой поверхностью; б) округлая</p>
--	--	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

		<p>опухоль с гладкой поверхностью; в) опухоль на широком основании; г) ригидность при инструментальной пальпации д) слизистая вокруг не инфильтрирована</p> <p>10. Эндоскопические признаки инфильтративного рака желудка все, кроме : а) застывший рельеф слизистой; б) перестройка рельефа слизистой; в) изменения окраски слизистой; г) четкие границы поражения; д) отсутствие четких границ поражения</p> <p>11. Анальная трещина чаще расположена на: а) задней полуокружности анального канала; б) правой полуокружности анального канала; в) левой полуокружности анального канала; г) передней полуокружности анального канала; д) передней и задней полуокружности анального канала.</p> <p>12. При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана: а) эндоскопическая полипэктомия; б) хирургическое иссечение полипа; в) клиновидная резекция желудка; г)экономная резекция желудка; д) субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов.</p> <p>13. При каком виде кровотечения наблюдается пенистая кровь? а) носовом; б) пищеводном; в) желудочном; г) легочном; д) кишечном.</p> <p>14. Для рака желудка характерна: а) повышенная кислотность желудочного сока; б) сниженная кислотность; в) повышение ранее сниженной кислотности желудочного сока; г) правильного ответа нет.</p> <p>15. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется: а) эзофагитом; б) надрывами слизистой дна желудка; в) зиянием кардиального жома; г) эндоскопическая картина решающего значения не имеет;д) правильно а) и в).</p> <p>16. Позволяют заподозрить малигнизацию язвы желудка следующие из перечисленных признаков а) размеры язвенной ниши более 2 см в диаметре; б) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение; при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей; в) снижение кислотности желудочного сока; г) все ответы правильные; д) правильные только первые два ответа.</p>
--	--	---

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

		<p>17. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные, кроме: а) желтухи; б) шума плеска натошак; в) похудания; г) отрыжки "тухлым"; д) болей в эпигастрии распирающего характера.</p> <p>18. Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать все перечисленное, исключая: а) обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки; б) деформацию двенадцатиперстной кишки; в) стеноз двенадцатиперстной кишки; г) стойкий парез кишечника; д) прорастание опухоли в головку панкреас.</p> <p>19. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести: а) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию; б) анализ кала на скрытую кровь; в) лапароскопию; г) УЗИ органов малого таза.</p> <p>20. Система мероприятий, обеспечивающая предупреждение попадания микробов в операционную рану это: а) антисептика; б) асептика; в) профилактика; г) вакцинация.</p>
--	--	--

Критерии и шкалы оценки:


- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания(оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
высокий - более 80% правильных ответов;
достаточный – от 60 до 80 % правильных ответов;
пороговый – от 50 до 60% правильных ответов;
критический– менее 50% правильных ответов.

Критерии и шкалы оценки:


- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания(оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
высокий - более 80% правильных ответов;
достаточный – от 60 до 80 % правильных ответов;
пороговый – от 50 до 60% правильных ответов;
критический– менее 50% правильных ответов.

3.2. Задачи (задания) текущие на занятиях (примеры)


Индекс компетенции	№ задания	Условие задачи (формулировка задания)
ОПК-9, ПК-11, ПК-5, ПК-6,	1.	Больной Р.Д., 70 лет в течение 5 лет наблюдался по поводу язвы антрального отдела желудка. От оперативного лечения отказывался. В течение последних 3 месяцев боли в эпигастральной области приняли постоянный ноющий характер, появилось отвращение к мясным продуктам, снизилась

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

ПК-8 (владеть)		<p>работоспособность, похудел. Больной отмечает отсутствие аппетита и слабость.</p> <p>I. О каком осложнении заболевания можно думать? 1) Пенетрация; 2) Перфорация; 3) Малигнизация; 4) Кровотечение; 5) Стеноз.</p> <p>II. Проведите дифференциальную диагностику с остальными четырьмя?</p> <p>III. Какое исследование с достоверностью укажет на причину появления жалоб?</p> <p>IV. Как назвать группу появившихся симптомов? Перечислите все симптомы по Савицкому А.И. при данном заболевании.</p> <p>V. Какова лечебная тактика? Какие операции выполняются при данном заболевании?</p> <p>VI. Назовите три основных метастаза по авторам и локализации при данном заболевании. Перечислите заболевания, которые считаются предвестниками данного в задаче заболевания.</p> <p>VII. Какие возможны осложнения в ближайшем послеоперационном периоде?</p>
	2.	<p>Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания.</p> <p>Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет.</p> <p>Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения.</p> <p>Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы.</p> <p>Симптомы раздражения брюшины отрицательные.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз и дополнительные методы исследования. 2. Определение степени острой кровопотери. 3. Методы определения групповой принадлежности крови. 4. Тактика, лечения. 5. Объем инфузионно-трансфузионной терапии. 6. Методы определения совместимости при переливании донорской крови. 7. Возможные осложнения при гемотрансфузии. 8. Понятие об универсальном доноре и исключение из него.
	3.	<p>Больной К.Н., 37 лет, поступил с жалобами на многократный черный жидкий стул, слабость, головокружение в течение последних 12 часов.</p> <p>Из анамнеза выявлено; что полгода назад был оперирован по поводу язвенной болезни пилорического отдела желудка – выполнена резекция 1/2 желудка по методике Бильрот-I. Через 4 месяца после операции, стали</p>


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

	<p>беспокоить боли в эпигастрии, похожие по характеру с дооперационными, временно купируемые приемом альмагеля.</p> <p>При осмотре: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс – 116 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. АД - 90/50 мм рт.ст. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. При пальцевом исследовании прямой кишки получен кал черного цвета.</p> <p>ФГДС: культи желудка больших размеров, содержит большое количество массы цвета кофейной гущи и сгустков, свежей крови. После отмывания культи желудка зондом при повторной ФГДС на задней стенке по линии анастомоза имеется язва 1,0 x 1,5 см с наличием кровоточащего сосуда. Попытка эндоскопического гемостаза – без эффекта. I. Наиболее вероятный диагноз:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Эрозивный анастомозит; 2) Пептическая язва анастомоза, осложненная кровотечением; 3) Рецидив язвенной болезни желудка; 4) Рак культи желудка с кровотечением; 5) Геморрагический гастрит. <p>II. Проведите дифференциальную диагностику с остальными четырьмя заболеваниями?</p> <p>III. Расскажите эндоскопическую классификацию кровотечения по Форрест.</p> <p>IV. Какова лечебная тактика? Каков характер и объем операции, которую следует выполнить данному больному?</p> <p>V. Какое обследование до операции позволило бы избежать данное осложнение?</p> <p>VI. Какие методы эндоскопического гемостаза могли быть применены в данной ситуации?</p>
4.	<p>Больной С.Ю., 51 года, в течение многих лет страдает запорами, сменяющимися диареей. Около месяца назад при очередном акте дефекации отметил незначительное кровотечение неизменной кровью и боли в области заднего прохода, сначала тотчас после акта дефекации, а затем через 20-30 минут длительностью до получаса. Боли очень интенсивные. С трудом (из-за выраженного болевого синдрома) выполнено пальцевое исследование прямой кишки – на задней стенке анального канала обнаружена язва с плотными краями овальной формы.</p> <p>I. Ваш предварительный диагноз:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Рак анального отдела прямой кишки; 2) Болезнь Крона; 3) Хронический парапроктит; 4) Трещина анального канала; 5) Неспецифический язвенный колит. <p>II. Проведите дифференциальную диагностику с остальными четырьмя заболеваниями?</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

	<p>III. Какое исследование с достоверностью укажет на причину появления жалоб?</p> <p>IV. Что является основной причиной развития данной клинической картины?</p> <p>V. Какова лечебная тактика? Какой комплекс консервативного лечения необходим данному больному?</p> <p>VI. Какие осложнения данного заболевания существуют?</p> <p>VII. При оперативном лечении выше описываемого заболевания обязательно воздействие на волокна сфинктера. Как это делают?</p>
5.	<p>Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10/л, Нв – 100 г/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз. 2. Какое осложнение возможно у больного? 3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить? 4. Алгоритмы Ваших действий. 5. Принципы консервативной терапии. 6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты. 7. Ваши рекомендации при выписке.
6.	<p>Больной М.Б., 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки в конце акта дефекации, которые наблюдаются в течение 7 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. При исследовании брюшной полости патологии не выявлено. При осмотре анальной области и пальцевом исследовании каких-либо образований не обнаружено. При аноскопии выше гребешковой линии на 3,7,11 часах выявлены геморроидальные узлы, спадающиеся, с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 107 г/л.</p> <p>I. Какой диагноз следует считать верным?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Трещина заднего прохода; 2) Острый внутренний геморрой; 3) Острый парапроктит; 4) Острый комбинированный геморрой; 5) Рак прямой кишки. <p>II. Проведите дифференциальную диагностику с остальными четырьмя заболеваниями?</p>

	<p>III. Нуждается ли больной в дополнительных исследованиях для уточнения диагноза, и если да, то какие методы исследования необходимы?</p> <p>IV. Что является морфологическим субстратом основного заболевания в данном случае?</p> <p>V. Какова лечебная тактика?</p> <p>VI. Какие могут быть осложнения основного заболевания в данном случае?</p> <p>VII. Сколько стадий основного заболевания выделяют?</p>
7.	<p>Больная В.И., 46 лет, доставлена в больницу с жалобами на боли в правом подреберье, повторную рвоту пищей с желчью, повышение температуры тела до 38⁰ с ознобами. Данный приступ четвертый за год. Больная в течение двух дней лечилась дома, принимала по 2 таблетки «но-шпа» и «анальгин», без эффекта.</p> <p>При осмотре: кожные покровы с выраженной подкожно-жировой клетчаткой, имеется легкая иктеричность склер. При пальпации живота отмечается резкая болезненность в правом подреберье. В анализе крови: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – 4,5x10¹² /л., цветной показатель – 0,9, лейкоциты – 13,8x10⁹/л: палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 48%, лимфоциты – 24%, моноциты – 20%, СОЭ – 30 мм/ч. Общий билирубин значительно повышен за счет прямой фракции.</p> <p>I. Каков наиболее вероятный диагноз?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Острый панкреатит; 2) Опухоль панкреатодуоденальной зоны; 3) ЖКБ. Острый холецистит; 4) Пищевая токсикоинфекция; 5) Гепатит. <p>II. Проведите дифференциальную диагностику с остальными четырьмя заболеваниями?</p> <p>III. Назначьте адекватное обследование для подтверждения диагноза и какие результаты обследования Вы ожидаете получить в данном случае?</p> <p>IV. Какова лечебная тактика?</p> <p>V. Возможно ли удаление конкремента из холедоха эндоскопическим путём?</p>
8.	<p>48-летний больной В.Б. доставлен в клинику с жалобами на сильные боли за грудиной и между лопатками, возникшие в момент массивной рвоты. Больной в шоке, температура - 39,5°C, лейкоцитоз - 20x10⁹/л. Рентгенологически - скопление воздуха и жидкости в левой плевральной полости и средостении. I. Ваш предварительный диагноз:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Острая пневмония с парапневмонической эмпиемой плевры; 2) Перфорация пищевода; 3) Прободная язва желудка; 4) Инфаркт миокарда; 5) Поддиафрагмальный абсцесс.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		


		<p>II. Проведите дифференциальную диагностику с остальными четырьмя заболеваниями?</p> <p>III. Назначьте адекватное обследование для подтверждения диагноза и какие результаты обследования Вы ожидаете получить в данном случае?</p> <p>IV. Какова лечебная тактика? Каков характер и объем операции, которую следует выполнить данному больному?</p> <p>V. Какие осложнения могут быть у данного больного?</p> <p>VI. Перечислите стадии шока?</p>
--	--	--

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное решение задач;
- показатель оценивания – процент правильно решенных задач;
- шкала оценивания(оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
высокий (отлично) - более 80% правильно решенных задач;
достаточный (хорошо) – от 60 до 80 % правильно решенных задач;
пороговый (удовлетворительно) – от 50 до 60% правильно решенных задач;
критический (неудовлетворительно) – менее 50% правильно решенных задач..

3.3. Тесты (тестовые задания) - примеры


Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)
ОПК-9, ПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, (знать и уметь)	1.	Задачи эндоскопического метода лечения язвенной болезни включают все перечисленное, за исключением: а) Способствовать заживлению язвы эпителизацией, а не рубцеванием б) Уточнения диагноза в) Отмены лекарственных препаратов, дающих нежелательные последствия г) Проведения лечения без отрыва от трудовой деятельности д) Сокращения сроков временной нетрудоспособности
	2.	Противопоказаниями к эндоскопическому исследованию является: а) Общее тяжелое состояние больного б) Психологическое возбуждение в) Наличие признаков перфорации полого органа г) Нахождение инородного тела в 12-перстной кишке д) Инородное тело больше 2 см в диаметре
	3.	Местное эндоскопическое лечение целесообразно при язвах размерами: а) До 2.5 см, глубиной до 0.5 см б) До 1 см, глубиной до 1 см в) До 5 см, глубиной до 0.5 см г) До 0.5 см, глубиной до 0.2 см д) При любых размерах
	4.	Вероятность развития перфорации полого органа при электрокоагуляции зависит от всего перечисленного, исключая: а) Характер источника кровотечения толстого кишечника б) Локализацию источника кровотечения толстого кишечника в) Способ диатермокоагуляции (моно- или биактивной) г) Мощность электрокоагулятора д) Продолжительность воздействия или манипуляции

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

5.	Для остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта применяются все перечисленные методы, исключая: а) Коагуляцию источника кровотечения токами высокой частоты или лазерным излучением б) Введение склерозирующих и сосудосуживающих растворов в) Нанесение пленкообразующих веществ г) Аппликацию масла облепихи или шиповника д) Локальное воздействие холодowymi агентами
6.	Оптимальным методом эндоскопической остановки кровотечения из полипа толстого кишечника является: а) Введение сосудосуживающих препаратов в основание полипа б) Нанесение пленкообразующих веществ в) Электрокоагуляция г) Электроэксцизия д) Местное охлаждение хлорэтилом
7.	Два года назад больной перенёс холецистэктомию по поводу калькулёзного холецистита. Через 6 месяцев стали появляться боли в правом подреберье, темная моча. При поступлении билирубин 120 ммоль/л. Каков метод диагностики для определения уровня препятствия более информативе: а) УЗИ, б) сцинтиграфия печени; в) внутривенная холангиография; г) ЭХПГ; д) ЧЧХГ ?
8.	Срочное лечебно-диагностическое эндоскопическое вмешательство показано во всех перечисленных случаях, за исключением: а) При инородных телах с острыми концами и гранями б) При инородных телах желудка диаметром более 2 см в) Если инородное тело застряло в области физиологического сужения пищевода г) Если инородное тело вклинилось в привратник д) При застревании инородного тела в области гастро-энтероанастомоза

3.4.Рефераты (примеры)

Индекс компетенции	№ темы	Тематика рефератов
ОПК-9 ПК-6, ПК-8	1.	Обследование больных с заболеваниями абдоминальной хирургической патологии.
ОПК-9, ПК-6, ПК-5	4.	Дифференциальная диагностика при синдроме диареи.
ОПК-9, ПК-6, ПК-8 ПК-5	4	Дифференциальная диагностика при синдроме запора. Показание к хирургическому лечению при хронических запорах.
ОПК-9, ПК-6, ПК-8 ПК-5	7.	Дифференциальная диагностика заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей.
ОПК-9, ПК-5 ПК-6, ПК-8	3.	Дифференциальная диагностика при синдроме желудочной диспепсии. Показания для оперативного лечения патологий желудка.
ОПК-9,	3.	Основные принципы подготовки больного к проведению

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф-Рабочая программа дисциплины		

ПК-11, ПК-5		фиброгастроэнтероскопии.
ОПК-9, ПК-5 ПК-6, ПК-8	4	Основные принципы подготовки больного к проведению колоноскопии.
ОПК-9, ПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8	8	Инородные тела верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.
ОПК-9, ПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8	8	Инородные тела нижнего отдела желудочно-кишечного тракта.
ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8	1.	Диспансеризация в хирургической гастроэнтерологической практике.
ОПК-9, ПК-5, ПК-6	1	Экспертиза временной нетрудоспособности хирургических больных в гастроэнтерологии.

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное и полное раскрытие вопросов;
 - показатель оценивания – глубина и качество отработанных вопросов, оформление реферата;
 - шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
- Высокий (отлично)** - все вопросы раскрыты правильно и полно, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
- достаточный (хорошо)** – вопросы раскрыты недостаточно полно, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
- пороговый (удовлетворительно)** – вопросы не раскрыты, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
- критический (неудовлетворительно)** – вопросы не раскрыты, оформление не соответствует требованиям руководящих документов

Разработчик

 Профессор

Белоногов Николай Иванович

подпись

должность

ФИО