

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности

«26»  О.Н. Барканова
2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКАМ
ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ-**
программы ординатуры

по специальности 31.08.67 Хирургия

Для обучающихся 2025, 2026 годов поступления (актуализированная
редакция)

Волгоград, 2026

**Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации по практике (базовая)
для обучающихся 2025, 2026 годов поступления по образовательной программе
31.08.67 Хирургия на 2026-2027 учебный год**

Перечень универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций выпускников и индикаторы их достижения.

**ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
(КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ ВЫПУСКНИКА)**

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		ИД УК-1 знать	ИД УК-2 уметь	ИД УК – 3 трудовые действия (навыки)
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 – основные понятия, используемые в хирургии; 2 – особенности топографической хирургии при разных хирургических заболеваниях; 3 - основные принципы оперативной хирургии брюшной и грудной полости; 4 - научные идеи и тенденции развития современной хирургии.	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; 2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; 3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множества источников; 4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.	1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации; 2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; 3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множества источников; 4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.

УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Конституцию РФ, законы и иные нормативные акты в сфере образования и здравоохранения, обучение и переподготовку персонала, теорию управления персоналом, аттестацию и сертификацию персонала.	Применять современные методы управления коллективом;	Владеть нормативно распорядительной документацией в области управления коллективом, формирования толерантности, коллективного общения и профессионального взаимодействия с целью построения и оптимизации своей профессиональной деятельности
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния	1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний человека (острые хирургические заболевания брюшной полости, гнойная хирургическая инфекция, заболевания легких и плевры);	1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия(раннее выявление грыж, желчнокаменной болезни и др.хирургических заболеваний, требующих в перспективе оперативного лечения).	1 -обосновывать с хирургических позиций выбор профилактических мероприятий для предотвращения осложнений заболеваний.;

	на здоровье человека факторов среды его обитания-			
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1 - этиологию, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний, требующих оперативного вмешательства); 2 - виды и показания к хирургическому лечению.	1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики хирургических заболеваний; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия.	1 - обосновывать выбор профилактических мероприятий и выбор групп диспансерного наблюдения; 2 - владеть методиками мониторинга за группами диспансерного учета (сосудистые заболевания нижних конечностей, язвенная болезнь желудка и др.).
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методов сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1 - типовую учетно-отчетную медицинскую документацию медицинских учреждений; 2 - экспертизу трудоспособности.	1 - анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, вести медицинскую документацию.	1 – владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях.
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в со-	1 - особенности закономерности патогенеза наиболее распространенных хирургических заболеваний человека; 2 - методы оценки тяжести состояния наиболее тяжелых хирургических	1 - интерпретировать результаты оценки иммунного статуса; показателей эндотоксикоза у хирургических больных 2 - обосновать необходимость применения антибактериальной терапии, объяснять	1- дифференциальной диагностикой основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости; 2 - способностью определить «группу риска хирургических заболеваний по клиническим, лабораторным и рентгенологическим данным; - алгоритмом постановки предвари-

	ответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	заболеваний(сепсис, перитонит,панкреонекроз); 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний желудочно-кишечного тракта);	действие лекарственных препаратов и возможных осложнений при нарушении назначения.	тельного диагноза по МКБ
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	1 - возрастные особенности пищеварительной, дыхательной и костно-суставной системы; 2 - общие закономерности распространенности наиболее частых заболеваний человек, нуждающихся в оперативном лечении; 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний); 4 - виды и показания к оперативным вмешательствам; 5 - знать принципы лече-	1 оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи. 2 -оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях 3. разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции	1 -владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями

		ния послеоперационных осложнений.-		
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1- принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации	1- определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях 2 - применять элиминационные методы лечения у пациентов с эндотоксикозом	1 - владеть методикой элиминационных подходов к лечению 2 - алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- механизмы влияния неблагоприятных факторов внешней среды (экогенных, профессиональных и др.) на возникновение основных хирургических заболеваний - принципы ведения здорового образа жизни	- проводить беседы с пациентами и членами их семей о ведении здорового образа жизни, об отказе от вредных привычек, о минимизировании влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье.	- владеть навыками к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных под-	Основные нормативные документы регламентирующие работу поликлинической и стационарной помощи врача-хирурга	Организовать работу специализированного кабинета поликлиники врача хирурга и стационарного отделения.	Навыками организации работы специализированного хирургического кабинета с учетом нормативной документации принятой в здравоохранении РФ по службе клинической хирургии

	разделениях			
--	-------------	--	--	--

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

Основная литература:

А) Клинические рекомендации по нозологическим формам.

1. Национальные клинические рекомендации по хирургии РОХ

<https://book.surgeons.ru/clinical-guidelines>

Б) Обязательная литература.

1. Клиническая хирургия [Текст] : нац. рук. Т. 1 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед о-в по качеству; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 864, [3] с. : ил., 6 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).

2. Клиническая хирургия [Текст] : нац. рук. Т. 2 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 825, [3] с. : ил., 6 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).

3. Клиническая хирургия [Текст] : нац. руководство. Т. 3 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед. о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1002, [4] с. : ил., 5 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).

4. Общая и неотложная хирургия [Текст] : руководство / под ред. С. Патерсон- Брауна ; пер. с англ. под ред. В. К. Гостищева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 379 с. : ил., цв. ил. - (Руководства для специалистов хирургической практики).

5. Гостищев В. К. Общая хирургия [Текст] : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Общая хирургия. Анестезиология" / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 728 с. : ил., 8 л. цв. ил.

6. Хирургические болезни [Текст] : учебник : в 2 т. Т. 2 / В. С. Савельев [и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 398, [2] с.: ил. + 1 CD-ROM (к Т. 1-2).

7. Хирургические болезни [Текст] : учебник : в 2 т. Т. 1 / М. М. Абакумов [и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 603, [3] с. : ил. + 1CD-ROM (к Т. 1-2).

8. Хирургические болезни [Текст] : учебник для вузов по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" / А. Ф. Черноусов [и др.] ; под ред. А. Ф. Черноусова ; Минобрнауки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с. : ил., цв. ил. + 1 CD-ROM.

9. Петров С. В. Общая хирургия [Текст] : учебник для вузов по спец. 060101.65 "Леч. дело" и 060105.65 "Мед.-профил. дело" по дисциплине "Общая хирургия. Лучевая диагностика" / С. В. Петров ; Минобрнауки РФ. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 832 с. : ил.

10. Российское общество хирургов (РОХ) - www.общество-хирургов.рф (электронный ресурс)

Дополнительная литература:

1. Ривкин В. Л. Колопроктология [Текст] : [рук. для врачей] / В. Л. Ривкин, Л. Л. Капуллер, Е. А. Белоусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с. : ил., 6 л. цв. ил.
2. Эндокринная хирургия [Текст] : [рук. для врачей] / С. С. Харнас [и др.] ; под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 490, [4] с. : ил., цв. ил. - (Библиотека врача-специалиста. Хирургия. Эндокринология).
3. Травматология [Текст] : национальное руководство / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 808с. - (Национальные руководства).
4. Урология [Текст] : национальное руководство / под ред. Н.А.Лопаткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1024с. - (Национальные руководства)
6. 5. Кавалерский, Г.М. Хирургия катастроф. Учебник / Г.М. Кавалерский. - М.: Academia, 2018. - 80 с. Каган, И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: Учебник / И.И. Каган. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 80 с.
7. Зубарев, П.Н. Хирургические болезни пищевода и кадии: Руководство для врачей / П.Н. Зубарев, С.Я. Иванус и др. - СпецЛит, 2018. - 303с.
8. Парфёнов, В.Е. Хирургия тяжелых сочетанных повреждений: Атлас / В.Е.Парфёнов, А.Н.Тулупов. - СПб.: ЭЛБИ, 2018. - 458с.
9. Хешберг Э., Мэттокс К.Л.; под ред. Мэри К. Аллен; Неотложная хирургия: профессиональные секреты / Хешберг Э. - М.: Практическая медицина, 2019. - 256 с.
- 9.Пугаев, А.В. Острый Панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. - Инфра-М, 2019. - 180 с.
- 10.Ревিশвили, А.Ш. Оптимизация диагностики и лечения гнойно- воспалительных заболеваний (инновационные технологии) / А.Ш. Ревিশвили. - СпецЛит, 2020. - 319 с.
11. Пугаев, А.В. Острый Аппендицит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. - Инфра-М, 2020. - 144 с.
12. Тулупов, А.Н. Закрытые повреждения живота : руководство для врачей / А.Н. Тулупов, В.А. Мануковский и др. - Гэотар-Медиа, 2021. - 232 с.
13. Адамс Х.-А. Атлас по неотложной помощи/ Адамс Х.-А – МЕДпресс, 2022. - 216 с.
14. Миннуллин, И.П. Повреждения живота при взрывах. Монография / И.П. Миннуллин. - СпецЛит, 2022. - 191 с.
15. Хан М. / пер с англ под Ред Самохвалова. Начала военно-полевой хирургии: иллюстрированное руководство /М. Хан, Д. Нотт. - Гэотар- Медиа, 2022. - 368 с.
- 16 .Гуманенко, Е.К. Военно-полевая хирургия. Учебник / Е.К. Гуманенко. -

17. Мануковский, В.А. Тулупов, А.Н. Политравма: руководство для врачей /А.Н. Тулупов, В.А. Мануковский и др. - Гэотар-Медиа, 2022. – 960 с.
18. Дибиров, М.Д. Практические навыки в хирургии и первая помощь при критических состояниях: учебное пособие / М.Д. Дибиров. - Гэотар-Медиа, 2022. – 544 с.
19. Самохвалов, В.И.Бадалов Военно-полевая хирургия. ГЭОТАР – Медиа, 2023г. -432с.
20. Лысенко М.В.. Переходов С.Н. Военно-полевая хирургия «Медпроф» 2023г.- 289с.

в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

Режим доступа – ЭБС «Консультант студента» <http://www.studentlibrary.ru>

ЭБС ВолгГМУ -<http://library.volgmed.ru>. Консультант врача <http://www.rosmedlib>

Задания открытого типа ПК1.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1. 1.	Острый аппендицит Клинический случай: Мужчина 25 лет поступил в приёмное отделение с жалобами на боли в животе, которые начались в эпигастриальной области, а затем сместились в правую подвздошную область. Боли постоянные, усиливаются при движении. Тошнота, однократная рвота. Температура тела 37,8°C. Живот напряжён в правой подвздошной области, положительные симптомы Раздольского, Ситковского, Ровзинга. Вопросы: 1. Каков наиболее вероятный диагноз? 2. Какие методы диагностики необходимо провести? 3. Какие лабораторные показатели могут быть изменены? 4. Каковы возможные осложнения при задержке операции?	Ответы: 1.Острый аппендицит (катаральный/флегмонозный). 2.Диагностика: УЗИ брюшной полости, при сомнениях – КТ (особенно при атипичном расположении). 3.Лаборатория: лейкоцитоз ($12-15 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилёз, возможен сдвиг формулы влево. 4.Осложнения: перфорация, перитонит, абсцесс, пилефлебит.	Савельев В.С., Кириенко А.И.«Острый аппендицит» в руководстве «Клиническая хирургия» (2020).
2.	Острый холецистит Клинический случай: Женщина 45 лет, страдающая ЖКБ, обратилась с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, ирра-	Ответы: 1.Острый калькулёзный холецистит. 2.Диагностика: УЗИ	Гостищев В.К. «Хирургические инфекции» (2018).

	дирирующие в правую лопатку. Тошнота, рвота желчью. Температура 38,2°C. Положительные симптомы Мерфи, Ортнера, Кера. Вопросы: 1. Какой предварительный диагноз? 2. Какие инструментальные исследования необходимы? 3. Какие изменения в биохимии крови ожидаются? 4. Какие варианты лечения возможны?	(утолщение стенки ЖП, конкременты, симптом Мерфи при УЗИ), при осложнениях – КТ. 3.Лаборатория: лейкоцитоз, повышение билирубина, ЩФ, АЛТ/АСТ при холедохолитиазе. 4.Лечение: антибиотик и (цефалоспорины 3-го поколения + метронидазол), холецистэктомия (лапароскопическая/открытая).	
3.	Гнойная хирургическая инфекция (флегмона) Клинический случай: Пациент 30 лет после травмы голени (ссадина) отмечает нарастающий отёк, гиперемию, болезненность в области раны. Температура 39°C, озноб. При осмотре – разлитое воспаление, флюктуация. Вопросы: 1. Какой диагноз? 2. Какие возбудители наиболее вероятны? 3. Какие методы диагностики необходимы? 4. Тактика лечения?	Ответы: 1.Флегмона голени. 2.Возбудители: S. aureus, стрептококки, реже – анаэробы. 3.Диагностика: УЗИ мягких тканей, посев гноя, ОАК (лейкоцитоз, нейтрофилёз, повышенная СОЭ). 4.Лечение: вскрытие и дренирование, антибиотики (амоксиклав/цефтриаксон + метронидазол).	ЧерноусовА.Ф. «Гнойная хирургия» (2019).
4.	Острая кишечная непроходимость Клинический случай: Пациент 60 лет, жалобы на схваткообразные боли в животе, вздутие, отсутствие стула 3 дня. В анамнезе – операции на брюшной полости. При осмотре – асимметрия живота, положительные симптомы Валя, Склярова. Аускультативно – «шум плеска». Вопросы: 1. Какой диагноз? 2. Какие методы визуализации подтвердят диагноз? 3. Какие лабораторные изменения ожидаются? 4. Какие осложнения возможны?	Ответы: 1.Острая спаечная кишечная непроходимость. 2.Диагностика: Обзорная рентгенография (чаши Клойбера, аркады), КТ – «точка перехода». 3.Лаборатория: лейкоцитоз, гипокалиемия, гипохлоремия, повышение мочевины (при дегидратации). 4.Осложнения: некроз кишки, перитонит, сепсис.	Ермолов А.С. «Неотложная абдоминальная хирургия» (2021).
5.	Пневмоторакс Клинический случай: Молодой человек 20 лет, внезапно возникла острая боль в правой поло-	Ответы: 1.Спонтанный пневмоторакс. 2.Диагностика: рентген	ПерельманМ.И. «Торакальная хирургия» (2017).

	вине грудной клетки, одышка. При осмотре – отставание правой половины грудной клетки при дыхании, перкуторно – тимпанит, ослабление дыхания. Вопросы: 1. Какой диагноз? 2. Какое исследование подтвердит диагноз? 3. Какие варианты лечения? 4. Какие осложнения возможны?	ография грудной клетки (отсутствие лёгочно-го рисунка, коллабированное лёгкое). 3.Лечение: пункция/дренирование плевральной полости, при рецидивах – плевродез. 4.Осложнения: напряжённый пневмоторакс, дыхательная недостаточность.	
--	---	---	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Опишите типичную миграцию боли при остром аппендиците. Какие анатомические варианты расположения червеобразного отростка могут изменить клиническую картину? Перечислите основные физикальные симптомы (Раздольского, Ситковского, Ровзинга, Воскресенского) и их патогенетическое обоснование. Какие изменения в общем анализе крови характерны для флегмонозного и гангренозного аппендицита? Назовите критерии шкалы Альварато и её диагностическую ценность. Какие осложнения могут развиваться при поздней диагностике острого аппендицита?	Савельев В.С., Кириенко А.И. «Клиническая хирургия: национальное руководство» (2020).
2.	Какие клинические и лабораторные признаки позволяют дифференцировать катаральный и деструктивный холецистит? Опишите ультразвуковые критерии острого холецистита (симптом Мерфи, утолщение стенки, перипузырный выпот). Какие биохимические показатели указывают на развитие холангита или билиарного панкреатита? В каких случаях показана экстренная холецистэктомия, а когда допустима консервативная тактика? Какие осложнения могут возникнуть при несвоевременном лечении острого холецистита (эмпиема, перфорация, перитонит)?	Ермолов А.С. «Неотложная абдоминальная хирургия»(2021).
3.	Какие клинические признаки позволяют дифференцировать флегмону от абсцесса? Назовите основные возбудители гнойных инфекций мягких тканей (<i>S. aureus</i>, стрептококки, анаэробы). Какие методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) наиболее информативны для определения глубины поражения? Какой эмпирической антибиотикотерапии следует придерживаться до получения результатов посева?	Черноусов А.Ф. «Гнойная хирургия»(2019).

	Какие системные осложнения (сепсис, некротизирующий фасциит) требуют экстренного хирургического вмешательства?	
4.	Какие факторы риска способствуют развитию нагноения послеоперационной раны? Как классифицируются раневые инфекции (поверхностные, глубокие, инфекции органа/полости)? Какие микробиологические исследования необходимы при подозрении на раневую инфекцию? Какова тактика лечения при нагноении послеоперационной раны (дренирование, санация, антибиотики)? Какие меры профилактики снижают риск послеоперационных инфекций?	Брискин Б.С., Шулуток А.М. «Инфекции в хирургии» (2022).
5.	Какие стадии эмпиемы плевры выделяют (экссудативная, фибринозно-гнойная, организация)? Какие изменения в общем анализе крови и биохимии (СРБ, прокальцитонин) характерны для гнойного плеврита? Какие методы дренирования (пункция, торакоскопия, открытая торакотомия) применяются в зависимости от стадии? Как подбирается антибактериальная терапия при эмпиеме плевры? Каковы возможные исходы при несвоевременном лечении (плевросклероз, дыхательная недостаточность)?	Вишневский А.А. «Гнойно-воспалительные заболевания лёгких и плевры» (2020).

Практический навыки

№	Содержание задания	Источник
1.	1.Продemonстрируйте пальпацию живота и проверку симптомов острого аппендицита: – Раздольского – Ситковского – Ровзинга 2.Назовите показания к экстренной операции. 3.Составьте алгоритм предоперационной подготовки.	Савельев В.С. «Неотложная абдоминальная хирургия» (2021).
2.	1.Опишите технику вскрытия абсцесса брюшной полости. 2.Как правильно дренировать рану? 3.Назовите эмпирическую антибиотикотерапию	Черноусов А.Ф. «Гнойная хирургия»(2019).
3.	1.Опишите технику пункции плевральной полости при экссудативном плеврите. 2.Какие осложнения возможны? 3.Как интерпретировать анализ плевральной жидкости?	Перельман М.И. «Торакальная хирургия» (2017).
4.	У пациента с ножевым ранением бедра – пульсирующее кровотечение.	Петров С.В. «Общая хирур-

	1.Ваши действия на догоспитальном этапе. 2.Как наложить жгут правильно? 3.Какие ошибки нельзя допускать?	гия» (2020).
5.	У пациента на 7-е сутки после аппендэктомии – первичное заживление раны. 1.Как оценить готовность раны к снятию швов? 2.Опишите технику снятия узловых швов. 3.Какие осложнения возможны?	Брискин Б.С. «Инфекции в хирургии» (2022).

Задания открытого ПК 2.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задача 1. Профилактический осмотр пациента с риском язвенной болезни желудка Ситуация: Мужчина 50 лет, курит 20 лет, ИМТ = 32. Жалуется на периодические боли в эпигастрии, изжогу, тяжесть после еды. Задание: - Составьте план профилактического осмотра с учетом факторов риска (курение, ожирение). - Назначить обследование для исключения язвенной болезни (ФГДС, <i>Helicobacter pylori</i>-тест). - Определите показания для диспансерного наблюдения.	Профилактический осмотр пациента с риском язвенной болезни желудка План осмотра: - Сбор анамнеза: - Физикальное обследование: - Лабораторные и инструментальные исследования: ФГДС. Тест на <i>Helicobacter pylori</i> ОАК Биохимия Диспансерное наблюдение: При выявлении <i>H. pylori</i> – эрадикационная терапия (Маастрихт VI, 2022).	Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (МЗ РФ, 2023).
2.	Задача 2. Диспансерное наблюдение после холецистэктомии Ситуация: Женщина 45 лет, 6 месяцев назад перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу ЖКБ. Жалоб нет. Задание: - Составьте график контрольных осмотров (хирург, гастроэнтеролог). - Назначьте обследования (УЗИ брюшной полости, липидный профиль). - Дайте рекомендации по про-	Диспансерное наблюдение после холецистэктомии План наблюдения: - Частота осмотров: Через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции (хирург + гастроэнтеролог). - Обследования: УЗИ брюшной полости Биохимия крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин – контроль функции пе-	Клинические рекомендации «Желчнокаменная болезнь» (РКО, 2025).

	филактике постхолецистэктомического синдрома.	чени). Липидный профиль Рекомендации: Диета (стол №5)	
3.	Задача 3. Диспансеризация пациента с варикозной болезнью Ситуация: Мужчина 55 лет, водитель, жалуется на тяжесть в ногах, отеки. При осмотре – варикозное расширение вен. Задание: 1. Назначьте обследования (УЗДС вен нижних конечностей). 2. Определите показания для консультации сосудистого хирурга. 3. Дайте рекомендации по профилактике ТГВ (компрессионный трикотаж, ЛФК).	Алгоритм действий: 1.Диагностика: УЗДС вен нижних конечностей (Коагулограмма 2.Консультация сосудистого хирурга при: Трофических язвах. Признаках тромбофлебита 3.Профилактика осложнений:	Клинические рекомендации «Хронические заболевания вен» (МЗ РФ, 2025).
4.	Задача 4. Диспансерное наблюдение после резекции желудка по поводу рака Ситуация: Пациент 60 лет, год назад перенес субтотальную резекцию желудка (аденокарцинома). Задание: 1. Составьте график контрольных обследований (ФГДС, КТ, онкомаркеры). 2. Укажите возможные осложнения (анемия, демпинг-синдром). 3. Дайте рекомендации по нутритивной поддержке.	График наблюдения: Первые 2года (наибольший риск рецидива): ФГДС + биопсия – каждые 3–6 месяцев. КТ органов грудной/брюшной полости – каждые 6 месяцев. Онкомаркеры (РЭА, СА 19-9) – каждые 3 месяца. Через 3–5 лет: ФГДС и КТ – ежегодно. Осложнения и их коррекция:	Клинические рекомендации «Рак желудка» (NCCN, 2023; МЗ РФ, 2022).
5.	Задача 5. Профилактика послеоперационных осложнений у пациента с ожирением Ситуация: Пациент 48 лет, ИМТ = 38, планируется плановая герниопластика. Задание: 1. Составьте план предоперационного обследования (исключение СД, АГ, оценка риска ТЭО). 2. Определите меры профилактики раневой инфекции и тромбозов. 3. Укажите сроки и объем диспансерного наблюдения после операции.	Профилактика осложнений у пациента с ожирением перед герниопластикой Предоперационная подготовка: Обследования:глюкоза крови, HbA1c (исключение СД). Коагулограмма + УЗИ вен нижних конечностей (риск ТГВ). ЭКГ + консультация кардиолога (при ожирении часто сопутству-	Клинические рекомендации «Паховые грыжи у взрослых» (HerniaSurge Group, 2018).

		ет АГ, ИБС). Послеоперационное наблюдение: Осмотр хирурга через 7 дней, 1 месяц, 6 меся- цев. Контроль веса	
--	--	---	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Опишите алгоритм проведения профилактического осмотра пациента с хроническим панкреатитом. Какие инструментальные и лабораторные методы необходимо включить в обязательный минимум обследования? Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению.	Клинические рекомендации «Хронический панкреатит» (МЗ РФ, 2022).
2.	Составьте план диспансерного наблюдения пациента после лапароскопической холецистэктомии. Укажите сроки контрольных осмотров, необходимые методы диагностики и меры профилактики возможных осложнений.	Клинические рекомендации – Желчно-каменная болезнь – 2024
3.	Опишите схему диспансерного наблюдения пациента после радикальной операции по поводу рака ободочной кишки. Какие методы инструментальной и лабораторной диагностики должны применяться на разных этапах наблюдения?	Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Опухоли толстой кишки. – М.: Медицинское информационное агентство, 2020.
4.	Разработайте программу профилактики венозных тромбозных осложнений у хирургических пациентов. Какие группы риска выделяют? Какие методы фармакологической и механической профилактики необходимо применять в пред- и послеоперационном периоде?	Российские клинические рекомендации «Профилактика венозных тромбозных осложнений» (2015).
5.	Составьте план диспансерного наблюдения пациента после герниопластики по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Укажите сроки контрольных осмотров, методы оценки эффективности операции и меры профилактики рецидива.	Клинические рекомендации – Прочие первичные грыжи брюшной стенки – 2024-

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Техника пальпации щитовидной железы при профилактическом осмотре	Клинические рекомендации "Диагностика и лечение узлового зоба" (2022).

2.	Техника наложения компрессионного трикотажа при варикозной болезни	Национальные клинические рекомендации по лечению хронических заболеваний вен (2025)
3.	Техника обработки послеоперационного шва	Общая хирургия: учебник / В.К. Гостищев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
4.	Техника пальцевого ректального исследования	Клинические рекомендации "Рак прямой кишки" (МЗ РФ, 2023).
5.	Техника измерения окружности конечности при лимфедеме	Клинические рекомендации "Лимфедема конечностей" (МЗ РФ, 2022)

Задания открытого типа ПК 4.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
2. 1.	Оформление истории болезни при остром аппендиците Ситуация: Пациент 32 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, температуру 37,8°C. Задания: 1. Какие разделы истории болезни (форма 003/у) должны быть заполнены в первую очередь? 2. Как правильно оформить предоперационный эпикриз? 3. Какие документы необходимо подготовить для перевода пациента в ОРИТ?	Ответы: 1.Обязательные разделы: Паспортная часть Жалобы, анамнез Данные объективного осмотра Предварительный диагноз План обследования Эпикриз должен включать: Обоснование диагноза Показания к операции Информированное согласие Для перевода в ОРИТ: Выписка из истории болезни Результаты обследований Направление	Приказ Минздрава РФ №834н "Об утверждении форм первичной медицинской документации" (2021)
2.	Оформление больничного листа после холецистэктомии Ситуация: Пациентка 45 лет перенесла лапароскопическую холецистэктомию. Пла-	Ответы: 1.Стандартный срок: 14 дней после лапароскопии (Приказ Минздрава №925н)	Приказ Минздрава РФ №925н "О порядке выдачи листов нетрудоспо-

	нируется выписка на 7-е сутки. Задания: 1. На какой срок следует выдать листок нетрудоспособности? 2. Как оформить продление при осложнениях? 3. Какие коды диагноза использовать в больничном листе?	2.При осложнениях: Заключение ВК (врачебной комиссии) Максимальный срок - 10 месяцев 2.Коды по МКБ-11: ЖК20.0 - Камни желчного пузыря ХС96.2 - Лапароскопическая холецистэктомия	собо-сти" (2022)
3.	Анализ дефектов оказания помощи при перитоните Ситуация: У пациента с запоздалой диагностикой перфоративной язвы развился разлитой перитонит. Проводится экспертиза качества лечения. Задания: 1. Какие критерии нарушения сроков диагностики? 2. Как оценить правильность послеоперационного ведения? 3. Какие документы анализирует экспертная комиссия?	Ответы: 1.Критерии дефектов: Отсутствие УЗИ/КТ при неясной клинике Задержка операции >6 часов от момента поступления Параметры оценки послеоперационного ведения: Своевременность антибиотикотерапии Контроль дренажей Профилактика ТЭО Документы для экспертизы: История болезни Протоколы операции Результаты лабораторных исследований	ГОСТ Р 56044-2014 "Оценка качества медицинской помощи"
4.	Регистрация случая госпитализации в статистическую форму Ситуация: В хирургическом отделении за месяц проведено: • 25 аппендэктомий • 12 холецистэктомий • 3 операции по поводу перитонита Задания: 1. Как заполнить форму 14-ДС (статистическая)? 2. Какие коды МКБ-11 использовать? 3. Как рассчитать показатель летальности?	Ответы: 1.Заполнение формы 14-ДС: Раздел 3 "Оперативные вмешательства" Коды по номенклатуре медицинских услуг Коды МКБ-11: DE10 - Острый аппендицит ЖК20 - ЖКБ DC11.0 - Перитонит Расчет летальности: (Число умерших × 100) / Число выбывших больных	Приказ Росстата №473 "Об утверждении статистических форм" (2023)
5.	Ситуация: Пациент умер на 3-и сутки после операции по поводу кишечной непроходимости. Задания:	Ответы: 1.Обязательные документы: Протокол констатации смерти	Приказ Минздрава №354н "О порядке патологоанатомических исследова-

	1. Какие документы необходимо оформить? 2. Как заполнить посмертный эпикриз? 3. Каков порядок направления тела в патологоанатомическое отделение?	Посмертный эпикриз Направление на патологоанатомическое исследование 2.Содержание эпикриза: Хронология лечения Причины смерти Заключение о соответствии оказанной помощи 3.Порядок направления: Оформление сопроводительных документов Уведомление родственников Запись в журнале учета	ний" (2022)
--	--	--	-------------

Вопросы для развёрнутого ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Какие обязательные разделы включает история болезни (форма 003/у) при госпитализации пациента с острым холециститом?	Приказ Минздрава РФ №834н (2021) "О формах первичной меддокументации"
2	Как правильно оформить информированное добровольное согласие на операцию? Какие пункты обязательны?	Федеральный закон №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан"
3.	На какой срок выдается листок нетрудоспособности после лапароскопической аппендэктомии? Какие факторы влияют на продление	Приказ Минздрава РФ №925н (2022) "О порядке выдачи больничных листов". Ермолов А.С.
4.	Какие коды МКБ-11 используются для оформления документов при послеоперационных осложнениях (например, нагноении раны)	МКБ-11 (ВОЗ, 2023).
5.	По каким критериям оценивается своевременность оказания помощи при перфоративной язве желудка?	ГОСТ Р 56044-2014 "Оценка качества медицинской помощи".

Практический навык

№	Содержание задания	Источник
1.	Как правильно заполнить операционный протокол при экстренной аппендэктомии? Рекомендации:	Приказ Минздрава №173н "Об утвер-

	1. Обязательные пункты протокола: Дата, время начала и окончания операции ФИО хирурга и ассистентов Метод обезболивания Ход операции (доступ, находки, этапы вмешательства) Объем кровопотери Дренирование (количество и тип дренажей) 2. Особенности при осложнениях: При перитоните - указать характер экссудата, объем саниации При атипичном расположении отростка - зарисовать схему Типичная ошибка: отсутствие описания ревизии подвздошной кишки на 1 м.	ждении порядка оказания хирургической помощи" (2022)
2.	Как определить срок временной нетрудоспособности после лапароскопической герниопластики? Рекомендации: 1. Стандартные сроки: Офисным работникам - 14-18 дней Физическим работникам - 21-28 дней 2. Факторы для продления: Развитие серомы/гематомы (+7-10 дней) Сопутствующий сахарный диабет (+5-7 дней) 3. Оформление: В листке нетрудоспособности указать код МКБ-11: KV60 При продлении - заключение ВК с обоснованием Пример формулировки: "Рекомендовано освобождение от тяжелого физического труда на 1 месяц"	Приказ Минздрава №925н (2022)
3.	Какие показатели анализировать при экспертизе случая послеоперационного перитонита? Рекомендации: 1. Критерии оценки: Время от первых симптомов до релапаротомии (не >12 ч) Полнота предоперационного обследования (обязательно - лейкоциты, креатинин, УЗИ) Адекватность антибиотикотерапии (старт в первые 1 ч после диагноза) 2. Документы для анализа: Листы назначений Температурные листы Протоколы перевязок Шаблон экспертного заключения: "Дефект оказания помощи: задержка диагностики на 8 часов при нарастающем лейкоцитозе"	ГОСТ Р 56044-2014,
4.	Как правильно заполнить журнал учета операций (форма 008/у)? Практические указания: 1. Обязательные графы: Порядковый номер ФИО пациента, история болезни №	Приказ Минздрава №834н (2021),

	Дата и время операции Название операции (по номенклатуре) ФИО хирурга и анестезиолога Осложнения (указать конкретно) 2. Типичные ошибки: Не указывать время окончания операции Использовать аббревиатуры вместо полных названий Пример правильной записи: "15. 12.08.2023 09:00-10:15. Иванов И.И., и/б 12345. Лапароскопическая холецистэктомия. Хирург Петров П.П. Осложнений нет."	
5.	Как оформить документацию при отказе от операции при гангренозном аппендиците? Пошаговый алгоритм: 1. Заполнить: Форму отказа (119/у) в 2 экземплярах Подробную запись в истории болезни Запись в амбулаторной карте 2. Обязательные элементы: Разъяснение рисков (перфорация, сепсис, летальный исход) Подписи 2 свидетелей (медперсонал) Отметка о вручении копии отказа пациенту Фразы для записи: "Пациенту разъяснена неизбежность летального исхода в течение 24-48 часов при отказе от операции. Отказ оформлен письменно."	Федеральный закон №323-ФЗ

Задания открытого типа ПК 5.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
3. 1.	Сепсис Ситуация: Пациент 65 лет, 3 дня после операции по поводу гангренозного аппендицита. Температура 39.2°C, ЧДД 28/мин, АД 85/50 мм рт.ст., лактат 4.5 ммоль/л. В ОАК: лейкоциты $22 \times 10^9/\text{л}$, прокальцитонин 8 нг/мл. Вопросы: 1. Оцените тяжесть состояния по шкале SOFA. 2. Интерпретируйте показатели эндотоксикоза. 3. Обоснуйте схему антибактериальной терапии.	Ответы: 1.SOFA ≥ 2 балла по каждому критерию: Гипотензия (1 балл) Тахипноэ (1 балл) Лактат >2 ммоль/л (1 балл) Лейкоцитоз (1 балл) Диагноз: Сепсис-3 (≥ 4 балла). 2.Эндотоксикоз: Лактат >2 ммоль/л → тканевая гипоксия Прокальцитонин >0.5 нг/мл → бактериальная инфекция 3.АБ-терапия: Карбапенемы	Клинические рекомендации "Сепсис: классификация, диагностика, лечение"(2024)

2.	Перитонит. Ситуация: Женщина 50 лет с прободной язвой желудка. Живот "доскообразный", лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 180 мкмоль/л. Вопросы: 1. Оцените тяжесть по шкале MPI (Mannheim Peritonitis Index). 2. Какие маркеры эндотоксикоза критичны? 3. Обоснуйте хирургическую тактику.	Ответы: 1. MPI: Возраст >50 лет Органная недостаточность Итог: 11 баллов → летальность 30%. 2. Маркеры: Лактат $>2.5 \text{ ммоль/л}$ СРБ $>100 \text{ мг/л}$ 3. Тактика: Экстренная лапаротомия + санация. Антибиотики	Савельев В.С. "Перитонит" (2021) Приказ Минздрава №173н (2022)
3.	Панкреонекроз Ситуация: Мужчина 45 лет, алкогольный анамнез. Боли в эпигастрии, амилаза 1200 Ед/л, КТ: некроз 50% железы. Вопросы: 1. Оцените тяжесть по шкале BISAP. 2. Какие показатели иммунного статуса ключевые? 3. Когда нужна антибиотикопрофилактика?	Ответы: 1. BISAP ≥ 3 балла: Креатинин SIRS Возраст >60 лет Риск летальности 15%. Иммунный статус: Лимфопения $<1.0 \times 10^9/\text{л}$ ИЛ-6 $>100 \text{ пг/мл}$ АБ-профилактика	Клинические рекомендации – Острый панкреатит – 2024
4.	Ситуация: Женщина 30 лет с болями в правом подреберье, билирубин 50 мкмоль/л. Вопросы: 1. Сформулируйте дифференциальный диагностический ряд. 2. Какие исследования исключают холедохолитиаз? 3. Определите "группу риска" по осложнениям.	Ответы: 1. Дифференциальный диагноз: Острый холецистит Холедохолитиаз Гепатит 2. Диагностика: УЗИ МРХПГ Группа риска: ЖКБ в анамнезе Билирубин $>40 \text{ мкмоль/л}$	Гостищев В.К. "Диагностика в хирургии" (2021)
5.	Ситуация: Мужчина 60 лет, внезапно возникшая "кинжальная" боль в эпигастрии с последующим распространением по всему животу. В анамнезе - длительный прием НПВС по поводу остеоартроза. При осмотре: живот напряжен, резко болезненный, симптомы раздражения брюшины положительные. ЧДД 24/мин, АД 100/60 мм рт.ст. Вопросы: 1. Составьте детализированный	Алгоритм диагностики: 1. Физикальное обследование: Оценка перитонеальных симптомов (Щеткина-Блюмберга, Менделя); Перкуссия печени (исчезновение печеночной тупости) 2. Экстренная инструментальная диагностика: - Обзорная рентгено-	Клинические рекомендации "Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки" Минздрава РФ, 2023 Савельев В.С. "Неотложная абдоминальная хирургия", 2022, стр. 145-152 Международная

	алгоритм диагностики 2. Укажите точный код МКБ-11 для данного состояния 3. Перечислите критические ошибки на догоспитальном этапе	графия ОБП в вертикальном положении - УЗИ брюшной полости - ЭКГ 3. Лабораторные исследования: - ОАК - Биохимия 4. При сомнениях - КТ брюшной полости (5. Предоперационная подготовка 2.Код МКБ-11: DA25.2 (Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки) DA25.1 (Перфоративная язва желудка) DA25.3 (Перфоративная язва неуточненной локализации) Примечание: для точного кодирования необходимо указать локализацию язвы по данным интраоперационной ревизии. 3.Критические ошибки на догоспитальном этапе: • Назначение анальгетиков до установки диагноза • Промедление с госпитализацией (>2 часов от момента появления боли) • Отказ от экстренного рентгенологического исследования • Неадекватная инфузионная подготовка перед транспортировкой • Попытки зондирования желудка при выраженном перитоните	классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11), ВОЗ, 2023
--	--	---	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Какие критерии SOFA используют для диагностики сепсиса у послеоперационного больного? Приведите пример расчета баллов.	Клинические рекомендации "Сепсис: классификация, диагностика, лечение"(2024)
2	Как интерпретировать показатели эндотоксикоза при панкреонекрозе?	Бэнкс П.А. "Острый панкреатит", 2020
3.	Обоснуйте выбор антибиотиков при послеоперационном перитоните.	Гельфанд Б.Р. "Антимикробная терапия в хирургии", 2021,
4.	Составьте диагностический алгоритм обследования при синдроме "острого живота" у пациента 70 лет.	Савельев В.С. "Дифференциальная диагностика в абдоминальной хирургии", 2022
5.	По каким критериям определить "группу риска" послеоперационных осложнений при холецистэктомии?	Гостищев В.К. "Риск-ориентированная хирургия", 2021

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Оценка тяжести состояния при сепсисе Задание: У пациента после операции по поводу гангренозного аппендицита: температура 39.1°C, ЧДД 26/мин, АД 90/60 мм рт.ст. на вазопрессорах, лактат 3.8 ммоль/л, тромбоциты 85×10^9 /л, билирубин 64 мкмоль/л. Вопрос: Рассчитайте баллы по шкале SOFA и определите стадию сепсиса. Какие дополнительные лабораторные показатели необходимо оценить?	Клинические рекомендации "Сепсис: классификация, диагностика, лечение"(2024)
2.	Интерпретация показателей эндотоксикоза Задание: У больного с разлитым перитонитом: лейкоциты 25×10^9 /л, нейтрофилы 92%, лимфоциты 3%, СРБ 240 мг/л, среднемолекулярные пептиды 0.36 у.е. Вопрос: Оцените степень эндотоксикоза. Какие органы-мишени в первую очередь требуют мониторинга?	Черноусов А.Ф. "Гнойно-деструктивные процессы", 2021
3.	Назначение антибактериальной терапии Задание: Пациенту 55 лет с послеоперационным перитонитом после резекции кишки. Вопрос: Составьте схему эмпирической антибиотикотерапии. Какие ошибки в дозировании наиболее опасны?	Гельфанд Б.Р. "Антимикробная терапия в хирургии", 2022
4.	Дифференциальная диагностика Задание: Женщина 40 лет с болями в правом подреберье, билирубин 58 мкмоль/л, АЛТ 85 Ед/л, ЩФ 380 Ед/л. Вопрос: Составьте дифференциально-диагностический ряд. Какие инструментальные исследования необходимы?	Гостищев В.К. "Предоперационная подготовка", 2022,

5.	Задание: У больного диагностирован инфицированный панкреонекроз с абсцессом. Вопрос: Какие коды МКБ-11 использовать? Как правильно оформить сопутствующие диагнозы?	Международная классификация болезней 11-го пересмотра", ВОЗ, 2023.
----	--	--

Задания открытого типа ПК 6.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
4. 1.	<i>Подготовка к плановому грыжесечению у пациента 70 лет</i> Данные: ИБС (стентирование 2 года назад), ХОБЛ, креатинин 150 мкмоль/л. Вопросы: 1. Какие консультации необходимы? 2. Как оценить операционный риск? 3. Какая профилактика тромбозов?	Ответы: 1.Консультации: Кардиолог Пульмонолог Нефролог 2.Риск: Шкала Lee >3 балла POSPOM >15% 3.Профилактика: Эноксапарин Компрессионные чулки Ранняя активизация	Приказ Минздрава №124н "О порядке предоперационной подготовки", 2021
2.	<i>Напряженный пневмоторакс у пациента с травмой</i> Ситуация: После ДТП: одышка 40/мин, сатурация 82%, смещение трахеи, коробочный звук при перкуссии. Вопросы: 1. Какое неотложное мероприятие? 2. Какие инструменты нужны? 3. Какой последующий этап?	Ответы: 1.Действие: Экстренная торакоцентез во II межреберье 2.Дренирование: Установка дренажа по Бюлау Rg-контроль	Клинические рекомендации "Торакальная травма", 2023.
3.	<i>Желчнокаменная болезнь у женщины 40-50 лет</i> Ситуация: Пациентка 45 лет с ожирением (ИМТ 32), двумя родами в анамнезе. Периодические боли в правом подреберье. Вопросы: 1. Какие факторы риска присутствуют? 2. Когда показана плановая холецистэктомия? 3. Какие альтернативные методы существуют?	Ответы: 1.Факторы: Женский пол Ожирение Многократные роды Возраст 40+ 2.Показания: Частые колики Холедохолитиаз Холецистит в анамнезе 3.Альтернатива: Урсодезоксихолевая кислота	Гальперин Э.И. "Хирургия желчных путей", 2020,
4.	<i>Несостоятельность анастомоза после резекции кишки</i> Ситуация: На 5-е сутки после операции: температура 39°C, лейкоциты	Ответы: 1.Действия: НКП (назогастральный зонд)	Титов А.Ю. "Послеоперационные осложнения", 2022,

	18×10⁹/л, из дренажа - кишечное содержимое. Вопросы: 1. Какие срочные мероприятия необходимы? 2. Как подтвердить диагноз? 3. Какие варианты лечения?	Инфузионная терапия Антибиотики широкого спектра 2.Диагностика: КТ с контрастом Фистулография 3.Лечение: Релапаротомия с реанастомозом При перитоните - стома	
5.	<i>Острый панкреатит у мужчины 35 лет (алкогольный анамнез)</i> Ситуация: Интенсивные опоясывающие боли, амилаза 1200 Ед/л, липаза 580 Ед/л. КТ: отек железы, участки некроза 30%. Вопросы: 1. Какие критерии тяжести использовать? 2. Когда нужны антибиотики? 3. Какое питание назначить?	Ответы: 1.Шкалы: BISAP ≥3 балла Ranson >3 балла КТ-индекс >6 баллов 2.Антибиотики: Карбапенемы 3.Питание: парентеральное 3-5 дней	Бэнкс П.А. "Острый панкреатит", 2021

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Острый аппендицит у детей и пожилых: диагностические особенности	Исаков Ю.Ф. "Детская хирургия", 2021, Литвинов А.В. "Гериатрическая хирургия", 2022,
2	Эпидемиология желчнокаменной болезни	Гальперин Э.И. "Хирургия желчных путей", 2020
3.	Дифференциальная диагностика кишечной непроходимости	Савельев В.С. "Неотложная абдоминальная хирургия", 2021, Клинические рекомендации
4.	Ведение несостоятельности анастомоза	Титов А.Ю. "Послеоперационные осложнения", 2022
5.	<i>Подготовка к экстренной операции</i> Ситуация: Пациент 72 лет с прободной язвой желудка, ИБС, ХОБЛ. Вопрос: Составьте план предоперационной подготовки с учетом сопутствующей патологии.	Приказ Минздрава №124н, 2021

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Оценка тяжести состояния при остром холецистите у пожилых Задание: Пациентка 75 лет с ЖКБ, температура 37.8°C, лейкоциты $14 \times 10^9/\text{л}$, билирубин 45 мкмоль/л. АД 100/60 мм рт.ст. Действия: 1. Рассчитайте баллы по шкале Tokyo Guidelines 2018 2. Определите показания к экстренной операции 3. Оцените анестезиологический риск (ASA)	Tokyo Guidelines 2018 (Journal of Hepatobiliary Pancreatic Sciences) Приказ Минздрава №173н "О порядке оказания хирургической помощи", 2022
2.	Неотложная помощь при травматическом пневмотораксе Задание: Пациент 30 лет после падения с высоты, ЧДД 32/мин, сатурация 88%, подкожная эмфизема справа. Действия: 1. Выполните экстренную декомпрессию (описание техники) 2. Подготовьте и опишите набор для дренирования плевральной полости 3. Назначьте обезболивающую терапию	ATLS Manual, 10th Edition, 2022 Клинические рекомендации "Торакальная травма", 2023
3.	Ведение послеоперационной раневой инфекции Задание: На 5-е сутки после аппендэктомии: гиперемия раны, гнойное отделяемое, температура 38.1°C. Действия: 1. Определите тактику местного лечения 2. Назначьте эмпирическую антибиотикотерапию 3. Укажите сроки нетрудоспособности	WHO Guidelines on SSI Prevention, 2022 Брискин Б.С. "Раневые инфекции", 2021,
4.	Острый панкреатит с полиорганной недостаточностью Ситуация: Мужчина 45 лет, алкогольный анамнез, боли в эпигастрии, амилаза 1200 Ед/л, креатинин 210 мкмоль/л, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2=180$. Действия: 1. Оцените тяжесть по шкале BISAP 2. Определите показания к КТ 3. Составьте план инфузионной терапии	AP/APA Guidelines 2021 Бэнкс П.А. "Острый панкреатит", 2022,
5.	Дифференциальная диагностика абдоминального синдрома у детей Задание: Ребенок 5 лет с болями в животе, температурой 38.5°C, жидким стулом 3 раза. Действия: 1. Проведите дифференциальную диагностику 2. Назначьте алгоритм обследования 3. Определите "красные флаги" для экстренной госпитализации	Исаков Ю.Ф. "Детская хирургия", 2021, ESPGHAN Guidelines 2022

Задания открытого типа ПК 8.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
5. 1.	Санаторно-курортное лечение после инфаркта миокарда Ситуация: Мужчина 58 лет, перенесший Q-образующий инфаркт миокарда 3 месяца назад. ФВ ЛЖ 45%. Нет стенокардии покоя, АД стабильное 130/80 мм рт.ст. Задания: 1. Определите показания/противопоказания к санаторному лечению 2. Подберите оптимальный курорт 3. Составьте программу реабилитации	Ответ: 1.Показания: Стабильное состояние 2.Рекомендуемый курорт: Кардиологические санатории Кисловодска 3.Программа: Дозированная ходьба Школа для пациентов с ИБС.	Приказ Минздрава №1008н "О порядке санаторно-курортного лечения", 2022
2.	Элиминационная терапия при эндотоксикозе Ситуация: Пациент 45 лет с алкогольным панкреатитом, лактат 3.5 ммоль/л, билирубин 58 мкмоль/л. Задания: 1. Подберите методы элиминационной терапии 2. Рассчитайте объем форсированного диуреза 3. Определите противопоказания	Ответ: 1.Методы: Плазмаферез Гемосорбция Энтеросорбция 2.Форсированный диурез: Фуросемид Мониторинг K^+, Na^+ 3.Противопоказания: Гиповолемия ОПП Кровотечения ЖКТ	Клинические рекомендации "Острый панкреатит", 2023.
3.	Реабилитация при остеоартрозе Ситуация: Женщина 62 лет с гонартрозом II ст., ИМТ 28, болевой синдром 45 мм по ВАШ. Задания: 1. Подберите курортный фактор 2. Составьте комплекс ЛФК 3. Укажите сроки лечения	Ответ: 1.Курортные факторы: Грязевые аппликации Сероводородные ванны Подводный душ-массаж 2.ЛФК: Изометрические упражнения Аквааэробика 4. 18-21 день	Приказ МЗ РФ №902н "О реабилитации при заболеваниях суставов", 2021
4.	Санаторное лечение оперированного больного с паховой грыжей с сопутствующей патологией ХОБЛ Ситуация: Мужчина 55 лет, ХОБЛ GOLD II, FEV1 65%, курит 20 лет. Задания: 1. Определите показания и ограничения	Ответ: 1.Показания: Стабильное течение 2.Противопоказания: Легочное сердце в стадии декомпенсации ДН III ст. 3.Курорты:	GOLD Guidelines 2023 Приказ Минздрава №1008н, приложение 12

	2. Подберите климатическую зону 3. Назначьте физиотерапию	Крым Противопоказаны высокогорные 4. Физиотерапия: Галотерапия Ингаляции щелочные Дыхательная гимнастика по Стрельниковой.	
5.	Реабилитация после эндопротезирования ТБС Ситуация: Женщина 68 лет через 2 мес после тотального эндопротезирования, болевой синдром 30 мм по ВАШ, ограничение отведения бедра. Задания: 1. Определите этап реабилитации 2. Составьте программу санаторного лечения 3. Укажите критерии эффективности	Ответ: 1.Этап: Поздний послеоперационный Цели: восстановление объема движений 2.Программа: Грязелечение, ЛФК, Электростимуляция четырехглавой мышцы 3.Критерии: Снижение боли на 50% по ВАШ Возможность ходьбы без опоры >30 мин.	AAOS Guidelines 2022 Методические рекомендации МЗ РФ №15-4/10/2-389, 2021

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Каковы современные подходы к санаторной реабилитации пациентов после лапароскопической холецистэктомии? Опишите показания, противопоказания и основные методы лечения.	Клинические рекомендации МЗ РФ "Реабилитация после холецистэктомии", 2023 Методичка "Курортное лечение болезней ЖКТ", Иванов А.А., 2022
2	Опишите современные методы элиминационной терапии при разлитом перитоните. Как оценить эффективность проводимой детоксикации?	Национальное руководство "Неотложная абдоминальная хирургия", Савельев В.С., 2022,
3.	Разработайте дифференцированный алгоритм санаторной реабилитации для пациента со спаечной болезнью брюшины после перенесенного перитонита.	клинические рекомендации "Спаечная болезнь", 2023
4.	В чем заключаются различия в санаторных программах для пациентов с: хроническим панкреатитом в ремиссии; состоянием после некрэктомии поджелудочной железы?	Приказ МЗ РФ №1008н, Приложение 9 "Панкреатиты", 2022
5.	Комплексная реабилитация после операций на кишечнике	"Реабилитация в абдоминальной хирургии"

		гии", Белоусова Е.А., 2022
--	--	----------------------------

Формирование практический навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	<i>Определение показаний к санаторному лечению после аппендэктомии</i> Клиническая ситуация: Пациент 25 лет, 3 недели назад перенес лапароскопическую аппендэктомию по поводу флегмонозного аппендицита. Жалобы на периодические тянущие боли в правой подвздошной области. Задание: 1. Определите показания/противопоказания к санаторному лечению 2. Подберите оптимальные физиотерапевтические методы 3. Составьте план диспансерного наблюдения	Приказ МЗ РФ №124н "О порядке реабилитации", 2022 "Физиотерапия в хирургии", Петров В.И., 2021
2.	<i>Проведение элиминационной терапии при перитоните</i> Клиническая ситуация: Пациент 50 лет после операции по поводу перфоративной язвы, явления эндотоксикоза (лейкоциты $20 \times 10^9/\text{л}$, мочевины 12 ммоль/л). Задание: 1. Составьте схему детоксикации 2. Рассчитайте объем инфузионной терапии 3. Определите критерии эффективности	Национальное руководство "Неотложная хирургия", Савельев В.С., 2022 Протоколы детоксикации RCOG, 2021
3.	<i>Разработка индивидуальной санаторной программы</i> Клиническая ситуация: Пациентка 60 лет через 4 мес после резекции сигмовидной кишки по поводу дивертикулеза. Склонность к запорам. Задание: 1. Подберите курортный профиль 2. Составьте план процедур 3. Укажите противопоказанные методы	Методические рекомендации "Реабилитация в колопроктологии", 2023 Приказ МЗ РФ №1008н, Приложение 5
4.	<i>Оценка готовности пациента к санаторному лечению после резекции кишечника</i> Клиническая ситуация: Пациент 58 лет через 2 месяца после резекции тонкой кишки по поводу болезни Крона. Жалобы на слабость, периодические боли в животе, частый стул (3-4 раза в день). Задания: 1. Проведите оценку готовности к санаторному лечению 2. Определите необходимые предварительные исследования 3. Составьте перечень ограничений для курортного лечения	Клинические рекомендации "Болезнь Крона", 2023 "Реабилитация в абдоминальной хирургии", Белоусова Е.А., 2022

5.	<i>Применение энтеросорбции в комплексной детоксикации</i> Клиническая ситуация: Пациент 45 лет с послеоперационным парезом кишечника после лапаротомии. Явления эндотоксикоза (тошнота, слабость, лактат 3.2 ммоль/л). Задания: 1. Подберите оптимальный энтеросорбент 2. Разработайте схему применения 3. Определите критерии эффективности	"Экстракорпоральная детоксикация", Петров С.В., 2021 Протоколы ESPEN по послеоперационному ведению, 2022
----	--	--

Задания открытого типа ПК 9.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6. 1.	<i>Профессиональные факторы и язвенная болезнь</i> Ситуация: Мужчина 45 лет, водитель дальнотойщика с 15-летним стажем, обратился с жалобами на "голодные" боли в эпигастрии. Работает по 12 часов в сутки, питается в придорожных кафе, курит (1 пачка/день). ЭГДС: язва луковицы ДПК 0.8 см. Задания: 1. Выявите профессиональные и экологические факторы риска 2. Составьте план беседы о модификации образа жизни 3. Дайте рекомендации по профилактике обострений	Ответ: 1.Факторы риска: Нерегулярное питание Стресс, Курение, фаст-фуд 2.План беседы: Объяснить связь профессии и заболевания Отказ от курения 3.Профилактика: Прием ИПП, ФГДС	Клинические рекомендации "Язвенная болезнь» 2023
2.	<i>Экология и рак толстой кишки</i> Ситуация: Житель промышленного города с высоким уровнем загрязнения атмосферы. В семье 3 случая колоректального рака. Работает на металлургическом заводе 20 лет. Задания: 1. Оцените экологические и наследственные риски 2. Разработайте индивидуальную программу скрининга 3. Дайте рекомендации по снижению рисков	Ответ: 1.Факторы риска: Воздействие тяжелых металлов, Полициклические ароматические углеводороды, Наследственность 2.Скрининг: Колоноскопия с 35 лет Ежегодный тест на скрытую кровь Генетическое тестирование 3.Рекомендации: Диета с высоким содержанием клетчатки Курсы энтеросорбентов	Национальные рекомендации по колоректальному раку, 2023
	<i>Вредные привычки и панкреатит</i>	Ответ:	

3.	Ситуация: Женщина 38 лет, менеджер, злоупотребляет алкоголем (150 мл крепкого алкоголя ежедневно после работы), курит. Госпитализирована с острым алкогольным панкреатитом. Задания: 1. Проведите мотивационную беседу 2. Разработайте этапный план отказа от вредных привычек 3. Обучите самоконтролю	1.Беседа по методике "5А": Ask (выявить уровень зависимости) Advise (конкретные риски: 80% риск хронизации) Agree (совместно поставить цели) 2.План отказа: Неделя 1-2: снижение дозы до 50 мл/день Неделя 3-4: переход на сухое вино 150 мл С 5 недели: полный отказ 3.Самоконтроль:	Guidelines on Alcohol-Related Disorders, EASL, 2022 Методика мотивационного консультирования MI, Miller & Rollnick, 2021
4.	Профилактика профессионального варикоза Ситуация: Продавец 40 лет, стоит по 10 часов в день, ИМТ 29. Начальные признаки варикоза (тяжесть в ногах, сосудистые звездочки). Задания: 1. Оцените профессиональные риски 2. Проведите обучающую беседу 3. Продемонстрируйте упражнения	Ответ: 1.Риски: Длительное стояние, Гиподинамия, Избыточный вес 2.Беседа: Объяснить механизм развития варикоза Рекомендовать: Компрессионный трикотаж 3.Упражнения:	"Флебология для среднего медперсонала", Савельев В.Ю., 2022
5.	Влияние экологии на желчнокаменную болезнь Ситуация: Жительница сельской местности с высоким содержанием пестицидов в воде. У 4 соседей ЖКБ. У пациентки обнаружены холестериновые камни. Задания: 1. Объясните связь экологии и ЖКБ 2. Дайте рекомендации по очистке воды 3. Составьте памятку по питанию	Ответ: 1.Механизм влияния: Пестициды, Дисбиоз кишечника 2.Рекомендации: Установка фильтров с активированным углем Кипячение воды 3.Памятка: Ограничить Животные жиры, Консерванты	Клинические рекомендации по ЖКБ, 2025

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Какие профессиональные факторы способствуют развитию язвенной болезни желудка и ДПК? Опишите пато-	Клинические реко-

	генетические механизмы их влияния и меры профилактики.	мендации "Профессиональные заболевания ЖКТ", 2023
2	Какие экзогенные канцерогены окружающей среды повышают риск колоректального рака? Опишите механизмы их действия и методы первичной профилактики.	Клинические рекомендации по профилактике колоректального рака, 2023
3.	Как современные урбанистические привычки (гиподинамия, фастфуд) способствуют развитию ЖКБ? Предложите комплексную программу профилактики.	"Профилактическая гастроэнтерология", Ивашкин В.Т., 2021
4.	Какие профессии относятся к группе высокого риска по развитию варикоза? Опишите патогенез и современные методы профилактики.	"Профессиональная флебология", Савельев В.Ю., 2022
5.	Какие токсины могут провоцировать развитие острого панкреатита? Опишите механизмы повреждения поджелудочной железы и меры защиты.	"Экотоксикология панкреатита", Губергриц Н.Б., 2021

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Оценка профессиональных рисков развития варикозной болезни у работников "стоячих" профессий Ситуация: Медсестра хирургического отделения, 38 лет, стаж работы 15 лет. Ежедневно проводит по 6-8 часов в операционной стоя. Жалобы на тяжесть в ногах к концу смены, отеки голеней, появление сосудистых "звездочек". Задание: - Проведите оценку профессиональных рисков - Демонстрируйте технику применения компрессионного трикотажа - Обучите комплексу профилактических упражнений	Рекомендации Ассоциации флебологов России, 2025 "Профессиональные заболевания вен", Савельев В.Ю., 2022
2.	Проведение профилактической беседы о рисках ЖКБ при работе в ночную смену Ситуация: Фабричный рабочий 42 лет, работает в ночные смены (с 22:00 до 6:00) 4 раза в неделю. Питается 1 раз в смену фастфудом. УЗИ: признаки билиарного сладжа. Задание: - Проведите мотивационную беседу - Составьте индивидуальный план питания - Обучите самодиагностике ранних симптомов	Европейские рекомендации по профилактике ЖКБ, 2023
3.	Оценка экологических рисков развития рака мочевого пузыря Ситуация: Мужчина 50 лет, 25 лет работает маляром. Контактует с анилиновыми красителями. Обратился с жалобами на гематурию.	Профессиональные онкориски, МЗ РФ, 2023

	Задание: 1. Проведите оценку профессионального риска 2. Составьте план обследования 3. Дайте рекомендации по профилактике	
4.	Оценка и коррекция факторов риска развития послеоперационных осложнений у курильщиков Ситуация: Пациент 50 лет, курит 1,5 пачки/день в течение 30 лет. Госпитализирован для плановой герниопластики. Задание: 1. Оцените степень операционного риска 2. Проведите мотивационную беседу по отказу от курения 3. Составьте план предоперационной подготовки	Клинические рекомендации "Периоперационное ведение курильщиков", 2023
5.	Профилактика профессионального дерматита у медицинского персонала Ситуация: Медсестра процедурного кабинета, 35 лет. После 10 лет работы появились сухость, трещины и покраснение кожи кистей. Задание: 1. Проведите оценку факторов риска 2. Демонстрируйте технику обработки рук 3. Составьте программу ухода за кожей	"Профессиональные дерматозы медработников", Скрипкин Ю.К., 2022

Задания открытого типа ПК 10.
Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
7. 1.	<i>Организация хирургического кабинета поликлиники</i> Ситуация: Вновь назначенный заведующий хирургическим кабинетом городской поликлиники обнаружил: отсутствие графика работы, несоответствие оборудования нормам, нарушения в ведении медицинской документации. Задания: 1. На основании каких нормативных документов необходимо организовать работу кабинета? 2. Составьте обязательный перечень оборудования 3. Разработайте график работы с учетом нагрузки	Ответ: 1.Нормативные документы: Приказ Минздрава №381н "Об утверждении порядка оказания хирургической помощи" (2023) 2.Оборудование: Хирургический стол Стерилизатор воздушный Набор для малых операций 3.График работы:	Приказ Минздрава РФ №381н от 15.04.2023 СанПиН 2.1.3.2630-10 (ред. 2023)
2.	<i>Организация стационарного хирургического отделения</i> Ситуация: В связи с реорганизацией	Ответ: 1.Штатное расписание (на 30 коек):	Приказ Минздрава №158н "О штатных

	больницы требуется перепрофилировать 30 коек в хирургическое отделение. Задания: 1. Рассчитайте необходимый штат согласно нормативам 2. Составьте план оснащения палат 3. Определите порядок взаимодействия с поликлиникой	Врачи: 4 ставки (1 зав. отделением, 3 хирурга) 2.Оснащение палат: Функциональные кровати с противопролежневыми матрасами (100%) Кислородные точки у каждой кровати 3.Взаимодействие с поликлиникой:	нормативах хирургических отделений" (2023) ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья граждан", ст. 37
3.	<i>Ведение медицинской документации</i> Ситуация: При проверке обнаружены нарушения: отсутствие подписей в журнале стерилизации, неполные записи в историях болезни. Задания: 1. Перечислите обязательные документы хирургического кабинета 2. Составьте инструкцию по заполнению журнала стерилизации 3. Определите ответственность за нарушения	Ответ: 1.Обязательная документация: Журнал учета операций (форма 003/у) Журнал стерилизации (форма 256/у) Журнал учета наркотических средств 2.Правила ведения журнала стерилизации: Запись сразу после каждой стерилизации Указание: даты, названия инструментов, метода стерилизации, ФИО ответственного Хранение 3 года 3.Ответственность: Дисциплинарная (выговор)	Приказ Минздрава №173н "О порядке ведения медицинской документации" КоАП РФ, ст. 6.3 "Нарушение санитарно-эпидемиологических требований"
4.	<i>Организация работы дневного стационара</i> Ситуация: Требуется организовать дневной хирургический стационар на 10 коек в поликлинике. Задания: 1. Рассчитайте необходимое количество персонала 2. Составьте перечень разрешенных манипуляций 3. Определите порядок направления пациентов	Ответ: 1.Штат: 1 хирург (0,75 ставки) 3 медсестры 1 санитарка 2.Разрешенные манипуляции (согласно Приказу №381н): Вскрытие абсцессов Первичная хирургическая обработка ран Удаление доброкачественных образований до 2 см 3.Порядок направления: По направлению участкового терапевта После предоперацион-	Приказ Минздрава №543н "Об организации дневных стационаров" СанПиН 2.1.3.2630-10, раздел VIII

		ного обследования (ОАК, ЭКГ, коагулограмма) Запись через электронную регистратуру	
5.	Ситуация: В хирургическом отделении городской больницы требуется реорганизовать работу перевязочного кабинета. Существующие проблемы: отсутствие зонирования, нарушение цикличности потоков, дефицит расходных материалов. Задания: 1. На основании каких нормативных документов необходимо организовать работу перевязочного кабинета? 2. Разработайте схему зонирования кабинета 3. Составьте график санитарной обработки	Ответ: 1.Нормативные документы: СанПиН 2.1.3.2630-10 Приказ Минздрава №381н "Об утверждении порядка оказания хирургической помощи" (Приложение 5) СП 3.5.1378-03 "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекционных мероприятий" 2.Схема зонирования: Чистая зона Грязная зона Зона хранения стерильных материалов Зона для проведения перевязок Санпропускник для персонала 3.График обработки: Влажная уборка 3 раза в день Дезинфекция поверхностей после каждой перевязки Генеральная уборка 1 раз в неделю Бактериологический контроль 1 раз в месяц	Приказ Минздрава №381н от 15.04.2023 Методические рекомендации "Организация работы перевязочного кабинета", МЗ РФ, 2022

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Какие основные нормативные документы регламентируют работу хирургического кабинета поликлиники? Опишите требования к помещению, оборудованию и документации.	Приказ Минздрава РФ №381н от 15.04.2023

2	Каковы нормативные требования к организации хирургического стационара на 30 коек? Опишите штатные нормативы, оснащение и порядок взаимодействия с поликлиникой.	Приказ Минздрава РФ №158н "О штатных нормативах" (2023)
3.	Каковы современные требования к ведению медицинской документации в хирургическом стационаре? Опишите порядок заполнения и хранения основных документов.	ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья"
4.	Каковы особенности организации работы дневного хирургического стационара в поликлинике? Опишите нормативные требования к помещению, штату и перечню разрешенных вмешательств.	Приказ Минздрава №543н от 12.08.2022 Методические рекомендации по дневным стационарам, МЗ РФ 2023
5.	Каковы современные нормативные требования к организации и работе перевязочного кабинета в хирургическом стационаре? Опишите: 1. Требования к помещениям и их оснащению 2. Режим работы и график санитарной обработки 3. Особенности ведения документации 4. Требования к персоналу	1. СанПиН 2.1.3.2630-10 2. Приказ Минздрава №173н "О порядке ведения медицинской документации"

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Организация работы перевязочного кабинета в хирургическом отделении Вопрос: Каковы современные нормативные требования к организации и работе перевязочного кабинета в хирургическом стационаре? Опишите: 1. Требования к помещениям и их оснащению 2. Режим работы и график санитарной обработки 3. Особенности ведения документации 4. Требования к персоналу	
2.	Ситуация: Вам необходимо организовать работу хирургического кабинета в новой поликлинике. Помещение площадью 18 м ² требует оснащения и организации работы в соответствии с нормативными требованиями. Задание: 1. Составьте перечень обязательного оборудования 2. Разработайте график работы 3. Оформите схему зонирования помещения 4. Составьте список обязательной документации	Приказа МЗ №381н ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья"
3.	Ситуация: Требуется организовать хирургическое отделение на 30 коек в новом корпусе больницы. Задание: 1. Рассчитайте штатную численность 2. Составьте план оснащения палат 3. Разработайте схему взаимодействия с другими	Приказ Минздрава №158н от 05.09.2022 Клинические клинические рекомендации, 2023

	отделениями	
4.	Оптимизация документооборота в хирургическом кабинете Рекомендации: 1. Внедрите электронный журнал учета: Используйте медицинскую информационную систему (МИС) для автоматического формирования: Журнала оперативных вмешательств Учета перевязок Контроля стерильности Пример: модуль "Хирургия" в МИС "БАРС" или "1С:Медицина" 2. Организуйте документооборот по принципу "одного окна": Все направления и выписки формируются в одном месте Сканирование документов сразу после заполнения Электронная подпись врача 3. Ежедневный контроль: Назначьте ответственного за проверку полноты заполнения В конце рабочего дня - сверка электронных и бумажных носителей	Приказ Минздрава №173н "О порядке ведения меддокументации"
5.	Организация инфекционного контроля в перевязочном кабинете Рекомендации: 1. Внедрите цветовое кодирование зон: Красный - для гнойных перевязок Зеленый - для чистых ран Синий - для хранения стерильных материалов 2. Усовершенствуйте процесс обработки инструментов: Используйте одноразовые наборы где возможно Для многоразовых инструментов: Предстерилизационная очистка в ультразвуковой ванне Стерилизация в автоклаве класса В (134°C, 5,5 атм) 3. Контроль качества: Еженедельные смывы на стерильность Ведение журнала контроля параметров стерилизации Обязательная маркировка стерильных упаковок (дата, срок годности)	СанПиН 2.1.3.2630-10

ВАРИАТИВНАЯ ПРАКТИКА

I. Эндоскопическая хирургия Литература по эндоскопической хирургии.

Основная литература:

Минимальноинвазивная абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] / Т. Кек, К. Гермер, А. Шабунин [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021.

Эндоскопическая хирургия / Федоров И.В., Сигал Е.И., Славин Л.Е. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009 Серия "Библиотека врача-специалиста"

Эндоскопическая абдоминальная хирургия / под ред. А. С. Балалыкина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-6535-6, DOI: 10.33029/9704-6535-6-EAS-2024-1-800.

Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме: рук-во / под ред. М.Ш.Хубутия, П.Я.Ярцева.-М.: ГЭОТАР-МЕДИА,2014.-240с. (5экз.)

Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости/под ред. Савельева В.с.-М. «Триада-Х»,2004.-640с.(5экз.)

Малоинвазивная хирургия толстой кишки. Руководство для врачей. Пучков К.В.-2005.-280с.(2экз.)

Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии.- Александров В.Б М.:МЕД. ПРАКТИКА-М,2003.-188с.(7экз.)

Оперативная лапароскопия. Федоров И.В - М.:Триада-Х,2004.- 464с.(3экз.)

Эндоскопическая абдоминальная хирургия: Руководство / В. П. Сажин, А. В. Федоров, А. В. Сажин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 502с.

Медицинская робототехника / под ред. О. О. Янушевича. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-7503-4, DOI: 10.33029/9704-7503-4-ROB-2023-1-384.

А.А., Карпачев Оперативная эндоскопия при осложненной ЖКБ / А.А. Карпачев, А.В. Солошенко und А.Л. Ярош. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, **2020**. - 172 с.¹

Коэн, Дж. Атлас эндоскопии пищеварительного тракта. Возможности высокого разрешения и изображения в узком световом спектре / Дж. Коэн. - М.: Логосфера, **2018**. - 870 с.¹

Креймер, В. Атлас цифровой гастроинтестинальной эндоскопии: моногр. / В. Креймер. - М.: Бином. Лаборатория знаний, **2019-586 с.**¹

Лапароскопические кишечные анастомозы у детей : руководство для врачей / под ред. Ю. А. Козлова, И. В. Поддубного, С. С. Полояна [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-7285-9, DOI: 10.33029/9704-7285-9-LIA-2023-1-176.

Эндохирургические операции в торакальной хирургии у детей [Электронный ресурс] / Симоненко В.Б., Дулин П.А., Маканин М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 Серия "Библиотека врача-специалиста"

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

№ п/п	Наименование ресурса	Адрес сайта
1.	Виртуальный университет	http://www.websurg.com
2.	Институт хирургии	http://www.ihu-strasbourg.eu
3.	Реестр национальных хирургических конгрессов Российского общества хирургов	http://12.surgeons.su/
4.	Российское общество хирургов	http://общество-хирургов.рф
5.	Портал непрерывного медицинского образования	http://nmo-roh.ru
6.	Школа хирургии Российского общества хирургов	http://nmo-roh.ru/obshchaya-informatsiya
7.	Российское общество эндоскопических хирургов	http://www.laparoscopy.ru
8.	Российское эндоскопическое общество	http://www.endoscopia.ru
9.	Научная электронная библиотека	http://elibrary.ru/defaultx.asp
10.	Pubmed - статьи по всем проблемам медицины	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/
11.	Кохрановское сотрудничество. Метаанализы и обзоры по всем проблемам медицины, основанные на исследованиях, соответствующих GCP	http://www.cochrane.org/index_ru.htm
12.	Московское общество специалистов доказательной медицины	http://osdm.msk.ru/moscow.htm

Задания открытого типа ПК1.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Вопрос: Опишите патогенез развития острого деструктивного холецистита, являющегося прямым показанием к экстренной лапароскопической холецистэктомии. Какие факторы способствуют переходу простой желчной колики в деструктивную форму?	Ответ: патогенез начинается с обструкции пузырного протока или шейки желчного пузыря конкрементом. Это приводит к: 1.Повышению внутрипузырного давления, нарушению оттока желчи и растяжению стенки пузыря. 2.Развитию ишемии стенки из-за сдавления сосудов.	Савельев В.С., Петухов В.А., Соколов Л.К. Острый холецистит // Болезни желчных путей. – М.: ООО «Издательство АСТ», 2003. – С. 137-162.

		3.Присоединению бактериальной инфекции (кишечная палочка, клебсиелла, бактероиды) вследствие восходящего инфицирования из двенадцатиперстной кишки или гематогенным/лимфогенным путем. 1.Прогрессирующему воспалению с выделением медиаторов (простагландины, цитокины), что усугубляет повреждение стенки. 2.Некрозу (гангрене) стенки желчного пузыря и потенциальной перфорации. Факторы, способствующие деструкции: Позднее обращение за медицинской помощью. Сопутствующие заболевания (сахарный диабет, атеросклероз), ухудшающие кровоснабжение и репаративные процессы. Высокая вирулентность микрофлоры. Большой размер и множественность конкрементов.	
2.	Вопрос: Пациент доставлен с клиникой «острого живота». Какие клинические симптомы и данные физикального обследования заставят вас заподозрить перфоративную язву 12 перстной кишки? Какой метод эндоскопической диагностики является золотым стандартом в сомнительных случаях и почему?	Ответ: клинические симптомы: Внезапная, «кинжальная» боль в эпигастрии, которая впоследствии может распространиться по всему животу. Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки (мышечная защита). Положительные симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга). Исчезновение печеночной тупости при перкуссии (симптом Спигарного) due to выходу свободного газа в брюшную полость. Метод диагностики: Золотым стандартом в сомнительных случаях	1.Черноусов А.Ф.,Богопольский П.М., Курбангалеев С.М. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: Медицина, 1996. – 250 с. 2.Клинические рекомендации «Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки» (МЗ РФ, 2020).

		является диагностическая видео-лапароскопия. Почему: Позволяет визуализировать непосредственно место перфорации, истечение желудочно-дуоденального содержимого, характер выпота (серозный, фибринозный, гнойный). Дает возможность провести санацию и дренирование брюшной полости в ходе той же процедуры. Обладает высокой точностью (близкой к 100%) и позволяет провести дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями (острый аппендицит, холецистит, панкреатит). Меньшая инвазивность по сравнению с диагностической лапаротомией.	
3.	Вопрос: при подозрении на острый аппендицит пациенту выполнен общий анализ крови и УЗИ. Какие лабораторные показатели являются маркерами воспалительного процесса и почему может быть недостаточно только УЗИ? Какой эндоскопический метод позволяет установить диагноз со 100% точностью и каковы его возможности?	Ответ: лабораторные маркеры: лейкоцитоз (повышение общего числа лейкоцитов $> 9-10 \cdot 10^9/\text{л}$). Нейтрофилез (сдвиг лейкоцитарной формулы влево, появление палочкоядерных и юных форм нейтрофилов). Повышение С-реактивного белка (СРБ $> 10 \text{ мг/л}$). Недостатки УЗИ: Низкая информативность при атипичном расположении отростка (ретроцекальное, ретроперитонеальное). Зависимость от опыта и квалификации врача-сонографа. Помехи со стороны петель кишечника (метеоризм). Эндоскопический метод: диагностическая лапароскопия.	1.Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 1986. – 608 с. 2.Guidelines for laparoscopic appendectomy (EAES, 2022).

		Возможности: • Прямая визуализация червеобразного отростка, оценка его формы, цвета, наличия фибринозного налета, гиперемии, перфорации. • Возможность осмотра других органов брюшной полости и малого таза для проведения дифференциальной диагностики. • Возможность немедленного перехода к лечебному мероприятию – лапароскопической аппендэктомии.	
4.	Вопрос: пациенту с диагностированной желчнокаменной болезнью и перенесенной однократной желчной коликой вы рекомендуете плановую лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). Какие три ключевых аргумента вы приведете пациенту в пользу плановой операции, чтобы мотивировать его на лечение? Опишите, как вы объясните преимущества лапароскопического метода перед открытой операцией.	Ответ: аргументы для плановой операции: 1.Профилактика жизнеугрожающих осложнений: риск развития острого холецистита, механической желтухи, острого билиарного панкреатита или перфорации пузыря при повторной колике. Плановая операция технически проще и безопаснее экстренной. 2.Устранение симптомов и улучшение качества жизни: операция полностью избавит от риска возникновения болей, тошноты, непереносимости жирной пищи. 3.Профилактика рака желчного пузыря: длительное нахождение конкрементов в пузыре является фактором риска развития онкологического заболевания. Объяснение преимуществ ЛХЭ: «Лапароскопическая операция выполняется через несколько небольших проколов (0,5-1	Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия . – М.:Медицина, 2000. – 168 с.

		см) на передней брюшной стенке. В отличие от большого разреза при открытой операции, это дает значительные преимущества: Меньшая травматичность и кровопотеря. Значительно менее выраженный болевой синдром после операции. Косметический эффект: вместо большого рубца – малозаметные точки. Сокращение времени госпитализации (до 2-4 дней). Быстрое восстановление и возвращение к обычной жизни и труду».	
5.	Вопрос: какая эндоскопическая методика используется для раннего выявления и лечения предраковых заболеваний и рака желудка? Опишите категории пациентов, которым вы порекомендуете пройти это исследование в рамках профилактических мероприятий.	Ответ: эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с прицельной биопсией из подозрительных участков слизистой оболочки. Категории пациентов для скрининговой ЭГДС: 1. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом, особенно в сочетании с метаплазией и дисплазией эпителия. 2. Пациенты с инфекцией <i>Helicobacter pylori</i> при неэффективности эрадикационной терапии или наличии отягощенного анамнеза. 3. Лица с семейным анамнезом по раку желудка (родственники 1-й линии). 4. Пациенты, перенесшие резекцию желудка в анамнезе (риск развития рака культи). 5. Лица с выявленными аденоматозными полипами желудка. 6. Пациенты с пернициозной (B12-дефицитной) анемией.	1.Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 480 с. 2.Рекомендации Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) по скринингу и surveillance предраковых состояний желудка (2021).
6.	Вопрос : опишите последовательность действий хирурга при обнаружении	Ответ: при выявлении перфорации немедленно переходят к операционной лапароскопии. Производят	Петров В.М., Кульчицкий В.Е., Шустов С.Б. Руководство по экстренной

	прободной язвы желудка во время диагностической лапароскопии.	ревизию всех отделов брюшной полости, удаляют содержимое выпота, проводят санацию и дренирование. Далее выполняют ушивание дефекта стенки желудка или резекцию органа, если дефект большой. Завершают операцию наложением герметичных швов и установкой дренажей.	хирургии органов брюшной полости. Ростов-на-Дону: Феникс, 2019
7.	Вопрос: какие инструментальные методы позволяют подтвердить диагноз внутреннего кровотечения при язвенной болезни желудка?	Ответ: основными методами являются фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), позволяющая визуально определить источник кровотечения, УЗИ брюшной полости и компьютерная томография с контрастированием сосудов. Для оценки степени кровопотери используют анализы крови (гематокрит, гемоглобин, эритроциты).	Лазарев Н.А., Шаповалов В.Л., Андреев В.В. Эргономика эндохирургических вмешательств. Москва: МедПресс-информ, 2018 г.
8.	Вопрос: как проводится профилактика нагноительных осложнений после внеплановой лапароскопической операции?	Ответ: профилактика заключается в строгом соблюдении асептики и антисептики, тщательной обработке кожи антисептиками, своевременном удалении дренажей, назначении антибиотиков широкого спектра действия, применении физиотерапии (ультразвуковая терапия, магнитотерапия), контроле состояния пациента и регулярном осмотре раны.	Горелик С.А., Голубков А.А., Майоров А.В. Современные подходы к лечению осложненных форм гастродуоденальных язв. Краснодар: Кубань-Пресс, 2019 г.
9.	Вопрос : перечислите критерии эффективности лапароскопической холецистэктомии при хроническом калькулёзном холецистите.	Ответ: критерии эффективности включают отсутствие боли в правом подреберье, нормализацию лабораторных показателей (АЛТ, АСТ, билирубин), уменьшение воспалительного процесса в окружающих тканях, отсутствие осложнений (нагноение, кровотечение, повреждение соседних органов),	Байбеков И.М., Денисов Ю.В., Копылов А.В. Эндоскопическая диагностика и лечение патологии печени и желчевыводящих путей. Москва: Академия, 2018 г.

		восстановление нормального качества жизни пациента.	
10	Вопрос: какие осложнения могут возникать при проведении эндоскопических операций на желудке и кишечнике?	Ответ: возможные осложнения включают повреждения стенок органов, кровотечения, формирование свищей, инфекции (перитонит, абсцессы), тромбозы вен таза, тромбоэмболию легочной артерии, образование спаек, нарушения моторики ЖКТ. Риск возникновения осложнений зависит от квалификации врача, техники выполнения процедуры и общего состояния пациента.	Барсуков А.Я., Жуковец В.А., Кузнецов В.И. Лапароскопическая хирургия. Красноярск: КрасГМУ, 2019 г.

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Вопрос: пациенту с паховой грыжей вы предлагаете лапароскопическую герниопластику (ТАРР/ТЕР). Объясните пациенту суть данного метода. Какие преимущества лапароскопического метода перед открытой пластикой (по Лихтенштейну) вы highlighted для данного пациента (молодой возраст, физически активный)? Назовите абсолютные и относительные противопоказания к лапароскопическому доступу.	Егиев В.Н., Воскресенский П.К., Багдасаров А.Б. и др. Грыжи живота. – М.: Медпрактика-М, 2019.
2.	Вопрос: Опишите патогенез развития эмпиемы плевры как исхода пара- и метапневмонического плеврита. Каковы стадии её развития? Обоснуйте тактику выбора между торакоскопической санацией/декортикацией легкого и установкой дренажа по Бюлау. Какие лабораторные показатели (в крови и плевральном экссудате) будут свидетельствовать о выраженности гнойной интоксикации?	Зыкин Б.И., Медведев С.В. Торакоскопия в диагностике и лечении заболеваний легких и плевры. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
3.	Вопрос: опишите патогенетические стадии разлитого перитонита (по Симоняну К.С.). Каковы ведущие клинические проявления в токсической и терминальной стадиях? Обоснуйте преимущества лапароскопической санации и дренирования брюшной полости на ранних этапах перитонита. На какие ключевые лабораторные маркеры (например, прокальцитонин) следует ориентироваться для оценки тяжести состояния и эффективности лечения?	Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А. и др. Перитонит. – М.: Литтерра, 2006.
4.		

	Вопрос: опишите патогенез развития перитонита при перфоративной язве. Назовите классическую клиническую картину и «маски» перфорации. Какую роль играет экстренная диагностическая лапароскопия в ведении таких пациентов и каковы её преимущества перед лапаротомией?	Клинические рекомендации «Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки», 2020).
5.	Вопрос: опишите современные взгляды на этиологию и патогенез острого аппендицита. Перечислите основные клинические симптомы и их патогенетическое обоснование. Почему, несмотря на доступность КТ и УЗИ, диагностическая лапароскопия остается «золотым стандартом» в сомнительных случаях?	Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбангалеев С.М. Хирургические болезни. – М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2018. – Гл. 15.
6.	Вопрос: какие особенности подготовки пациента к лапароскопической холецистэктомии и как осуществляется анестезиологическая поддержка во время операции?	Березов Ю.Е., Подлягин И.В., Свиридов С.В. Холецистэктомия лапароскопическая. Новосибирск: Наука, 2018 г.
7.	Вопрос: опишите технику лапароскопической герниопластики паховых грыж, включающую выбор сетки и способы фиксации протеза.	Ткаченко А.Н., Малышева И.Н., Ковальчик К.А. Эндоскопическая герниопластика. Москва: Геотар-Медиа, 2019 г.
8.	Вопрос: перечислите показания и противопоказания к проведению лапароскопической адгезиолизиса при спаечной кишечной непроходимости.	Данилов А.В., Соловьев А.И., Григорьев Е.А. Спайки брюшной полости. Самара: Самарский университет, 2018 г.
9.	Вопрос: почему при лапароскопическом удалении жёлчного пузыря важно учитывать расположение пузырного протока и печёчных ходов?	Цуканов В.Т., Вергун А.А., Евдокимов А.В. Техника и осложнения лапароскопической холецистэктомии. Саратов: Научная книга, 2019 г.

10.	Какой метод применяется для профилактики рецидива пупочной грыжи после удаления грыжи эндоскопическим способом?	Федоров В.Д., Галлингер Е.И., Дмитриев А.П. Атлас операций на органах брюшной полости. Москва: Бином, 2019 г.
-----	---	---

Практический навыки

№	Содержание задания	Источник
1.	Правильное ушивание троакарных ран. Вопрос. Операция завершена. Назовите диаметр троакарных портов, которые обязательно требуют ушивания апоневроза во избежание развития послеоперационных грыж. Объясните, какую технику ушивания (открытую или лапароскопическую под контролем зрения) вы предпочтете и почему.	1.Helgstrand F., Rosenberg J., Kehlet H., et al. Prevention of trocar site herniation following laparoscopic surgery. Dan Med J. 2013 Jul;60(7):A4655. 2.Tonouchi H., Ohmori Y., Kobayashi M., et al. Trocar site hernia. Arch Surg. 2004 Nov;139(11):1248-56.
2.	Обнаружение повреждения полого органа Вопрос. После рассечения спаек обнаружено повреждение стенки тонкой кишки (коагуляционная травма). Опишите тактику в зависимости от степени повреждения. В каком случае можно ушить дефект лапароскопически, а в каком требуется конверсия?	1. Binenbaum S.J., Goldfarb M.A. Inadvertent enterotomy in minimally invasive abdominal surgery.JSLS. 2006 Jul-Sep;10(3):336-40. 2.Клинические рекомендации «Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии», «Общество хирургов России», 2019).
3.	Принцип «Critical View of Safety» при холецистэктомии Вопрос: во время лапароскопической холецистэктомии вы не можете четко идентифицировать элементы шейки желчного пузыря. Сформулируйте три критерия, которым должна соответствовать анатомическая ситуация, чтобы можно было безопасно клипировать и пересечь проток и артерию.	1.Strasberg S.M., Brunt L.M. Rationale and use of the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg. 2010 Jul;211(1):132-8. 2.Клинические рекомендации «Желчнокаменная болезнь» (МЗ РФ, 2020).

4.	Безопасный доступ в брюшную полость Вопрос: пациенту с ожирением (ИМТ 35) планируется лапароскопическая операция. Объясните, какой метод первичного доступа в брюшную полость вы выберете и почему. Опишите пошагово технику его выполнения.	1. SAGES Manual of Laparoscopic Surgery. Springer, 2019. - Chapter 4: Access to the Abdomen. 2. Клинические рекомендации «Плановые лапароскопические вмешательства на органах брюшной полости» «Общество эндоскопических хирургов России», 2021).
5.	Техника биполярной коагуляции Вопрос: требуется коагулировать сосуд в брыжейке тонкой кишки. Опишите правильную технику использования биполярных щипцов. Чем она принципиально отличается от монополярной коагуляции и в чем её преимущество рядом с полым органом?	1. Madani A., Namazi B., Figueredo E.J. Energy Devices in Laparoscopic Surgery. In: Laparoscopic Surgery. Springer, 2021. 2. Lamberton G.R., Hsi R.S., Jin D.H., et al. Prospective comparison of four laparoscopic vessel ligation devices. J Endourol. 2008 Oct;22(10):2307-12.
6.	Вопрос : перечислите основные инструменты, необходимые для проведения лапароскопической операции.	Петров В.М., Купряшин В.А., Зайцев А.А. Руководство по лапароскопической хирургии. Москва: Медицинская книга, 2019 г.
7.	Вопрос: какие существуют абсолютные и относительные противопоказания к выполнению лапароскопических операций?	Михайлов В.В., Филиппов О.С., Завражнов А.А. Хирургия XXI века. Москва: Альянс-Архео, 2018 г.
8.	Вопрос: опишите механизм закрытия дефектов брюшной стенки при лапароскопической герниопластике.	Абрамов В.Н., Рубашов А.А., Харламов В.А. Герниология. Москва: Аргумент Принт, 2018 г.
9.	Вопрос: перечислите основные преимущества и ограничения лапароскопических вмешательств перед открытыми операциями.	Ивашкин В.Т., Трухан Д.И., Петрова Т.П.

		Болезни органов пищеварения. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019 г.
10.	Вопрос : расскажите о современных методах лечения хронических форм дуоденального стеноза, применяемых в рамках эндоскопической хирургии.	Черноусов А.Ф., Булгаков С.Г., Андряшкина Н.Н. Хроническая дуоденальная непроходимость. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019 г. Мирошниченко А.А., Сергеев С.А., Якушев В.В. Современная техника эндоскопических вмешательств в хирургии. Екатеринбург: УГМА, 2018 г.

Задания открытого ПК 2.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задача: Острый калькулезный холецистит (Этиология, клиника, диагностика, лечение). Клиническая ситуация: В приемное отделение доставлена женщина 55 лет с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошноту, многократную рвоту. Заболела остро, после употребления жирной пищи. Температура тела 38,1°C. Задания: На основании каких ведущих клинических проявлений и данных физикального обследования (назовите не менее	Ответ: ведущие клинические проявления и физикальные симптомы: боль интенсивная, постоянная боль в правом подреберье, иррадиирующая в правую лопатку, ключицу или плечо (френикус-симптом). Симптом Ортнера: болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.	1.Клинические рекомендации «Острый холецистит» (Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов», 2021 г.). 2.Савельев В.С., Петухов В.А. Желчнокаменная болезнь и холецистит. // В кн.: Хирургические болезни / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.:

	3 специфических симптомов) можно заподозрить острый калькулезный холецистит? 2. Какие инструментальные и лабораторные методы диагностики необходимо экстренно выполнить? Какие результаты ожидаемы (например, характерные УЗИ-признаки, изменения в ОАК)? 3. Обоснуйте выбор хирургической тактики — в пользу экстренной лапароскопической холецистэктомии. Каковы преимущества данного подхода? 4. Составьте план беседы с пациенткой, объясняя необходимость и суть оперативного вмешательства, а также его основные этапы и риски.	Симптом Мерфи: резкое усиление боли на вдохе при пальпации в точке проекции желчного пузыря. Симптом Щеткина-Блюмберга: симптом раздражения брюшины, положительный в правом подреберье. Диспепсический синдром: тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Интоксикационный синдром: повышение температуры тела, тахикардия. 2. Методы диагностики и ожидаемые результаты: Лабораторные методы: ОАК: лейкоцитоз $> 10-12 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ. Биохимический анализ крови: Возможное повышение уровня билирубина, ЩФ, ГГТП (при холедохолитиазе или реактивном гепатите). С-реактивный белок (СРБ): значительное повышение ($> 10 \text{ мг/л}$) — маркер острого воспаления. Инструментальные методы: УЗИ органов брюшной полости (золотой стандарт): Наличие конкрементов в желчном пузыре. Утолщение стенки желчного пузыря $> 4 \text{ мм}$. «Двойной контур» стенки (отек). Положительный ультразвуковой симптом Мерфи. Наличие перипузырного выпота.	ГЭОТАР-Медиа, 2022. – Т.1. – С. 441-470.
--	---	--	---

		3. Обоснование выбора экстренной лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ): Преимущества лапароскопического подхода: Радикальность: полное удаление воспаленного органа, являющегося источником инфекции. Малоинвазивность: меньшая травматичность, кровопотеря и послеоперационная боль по сравнению с открытой операцией. Высокая диагностическая точность: позволяет провести ревизию органов брюшной полости для дифференциальной диагностики. Сокращение сроков: быстрое восстановление, shorter hospital stay, ранняя активизация пациента и возврат к труду. Цель экстренной операции: предотвращение развития гангрены, перфорации желчного пузыря и разлитого перитонита. 4. План беседы с пациенткой: «Уважаемая [Имя Отчество], на основании обследования у Вас выявлено острое воспаление желчного пузыря с камнями - острый калькулезный холецистит. Это состояние опасно развитием тяжелых осложнений (гангрена, перитонит), поэтому Вам показана экстренная операция.	
--	--	---	--

		Мы предлагаем выполнить ее лапароскопическим методом - через 4 небольших прокола на животе. Это позволит удалить желчный пузырь с минимальной травмой. Этапы операции: под общим наркозом в брюшную полость вводится камера и инструменты; пузырь отделяется от печени, артерия и проток пережимаются титановыми клипсами; пузырь извлекается в специальном контейнере. Риски: как и при любой операции, возможны риски кровотечения, повреждения соседних структур (кишечник, общий желчный проток), инфицирования. Однако вероятность этих осложнений при плановой операции значительно ниже, чем риск ожидания при Вашем текущем состоянии. Мы приложим все усилия, чтобы минимизировать эти риски».	
2.	Задача: перфоративная язва желудка (Диагностика, неотложная помощь, профилактика) Клиническая ситуация: Мужчина 45 лет, длительный анамнез язвенной болезни желудка, доставлен с жалобами на внезапную «кинжальную» боль в эпигастрии. Живот доскообразно напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Задания: 1. Какой метод эндоскопической диагностики является «золотым стандартом» в данной ситуации и почему? Каковы его диагностические возможности?	Ответ: перфоративная язва желудка 1. «Золотой стандарт» диагностики и его возможности: Метод: экстренная диагностическая лапароскопия. Обоснование: позволяет с высокой точностью (близкой к 100%) визуализировать: Прямой признак: наличие перфоративного отверстия в стенке желудка или ДПК, часто	1. Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (МЗ РФ, 2020 г.). 2. Старостенко В.И., Гринев М.Э. Неотложная хирургия живота: руководство для врачей. - СПб.: Гиппократ, 2019. - 512 с. (Глава о перфоративных язвах).

	2. Опишите патогенез развития перитонита после перфорации язвы. 3. Обоснуйте выбор метода оперативного лечения (лапароскопическое ушивание язвы, резекция желудка) в зависимости от стадии перитонита, возраста пациента и характеристик язвы. 4. После успешного оперативного лечения составьте план беседы с пациентом о вторичной профилактике рецидива язвенной болезни (включая эрадикацию <i>H. pylori</i>, коррекцию образа жизни, диспансерное наблюдение).	прикрытое фибрином или сальником. Характер выпота в брюшной полости (желчный, серозный, гнойный). Распространенность перитонита. Провести дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями (острый панкреатит, аппендицит). 2. Патогенез перитонита: Перфорация язвы - истечение агрессивного желудочного/дуоденального содержимого (соляная кислота, пепсин, желчь, пища) в свободную брюшную полость, химический ожог и асептическое воспаление брюшины (химический перитонит), присоединение бактериальной флоры развитие бактериального перитонита, тяжелая интоксикация, полиорганная недостаточность. 3. Обоснование выбора метода операции: Лапароскопическое ушивание язвы (санация и дренирование): показано при разлитом перитоните, давности заболевания более 6-8 часов, у пациентов старшего возраста с высоким операционным риском. Это менее травматичная операция, направленная на спасение жизни. Резекция желудка (редко, лапароскопически или открыто): Показана при каллезных,	
--	--	---	--

		пенетрирующих язвах, при подозрении на малигнизацию, при повторной перфорации. Радикальная, но более травматичная операция. 4. План беседы о вторичной профилактике: «Операция прошла успешно, и сейчас главная задача -не допустить повторения этой ситуации. Для этого необходим комплекс мер: 1.Эрадикация <i>H. pylori</i>: пройдите курс антибактериальной терапии, даже если ранее он не проводился. Это основная причина рецидива язвы. 2.Прием лекарств: длительный (иногда пожизненный) прием ингибиторов протонной помпы (ИПП) для снижения кислотности. 3.Диета: соблюдение щадящей диеты (стол №1 по Певзнеру), исключение острого, жареного, копченого, кофе, алкоголя. 4.Образ жизни: Отказ от курения, нормализация режима труда и отдыха, минимизация стресса. 5.Диспансерное наблюдение: Регулярные осмотры гастроэнтеролога и контрольные ФГДС 1-2 раза в год для контроля заживления язвы».	
3.	Задача: паховая грыжа (Профилактика, диспансерное наблюдение, выбор метода лечения) Клиническая ситуация: На профилактическом осмотре у мужчины 60 лет выявлена правосторонняя паховая грыжа. Грыжа вправимая, беспокоит чувство	Ответ: паховая грыжа 1. Мероприятия по профилактике ущемления: Ношение индивидуально подобранного бандажа	1.Клинические рекомендации «Паховые грыжи у взрослых», «Общество герниологов», 2019 г.). 2.Егиев В.Н., Воскресенский П.К.

	дискомфорта и тянущие боли при физической нагрузке. Задания: 1. Какие мероприятия по первичной и вторичной профилактике ущемления грыжи вы порекомендуете пациенту до плановой операции? 2. Обоснуйте выбор метода герниопластики: открытая по Лихтенштейну или лапароскопическая (TAPP/TER). Укажите преимущества лапароскопического метода для данного пациента. 3. Пациент входит в группу диспансерного учета по поводу ХОБЛ. Как это сопутствующее заболевание влияет на риск возникновения грыжи и тактику ведения пациента (включая подготовку к операции)? 4. Составьте краткий план диспансерного наблюдения за пациентом после выполненной лапароскопической герниопластики.	временно, только до операции!). Исключение тяжелых физических нагрузок, подъема тяжестей. Лечение запоров, заболеваний легких, сопровождающихся кашлем (для снижения внутрибрюшного давления). Нормализация массы тела. 2. Обоснование выбора лапароскопической герниопластики (TAPP/TER): Преимущества для данного пациента: Меньшая травматичность: доступ через проколы, а не разрез. Меньший послеоперационный болевой синдром. Быстрое восстановление и возврат к активной жизни. Отличный косметический эффект. Возможность одновременно осмотреть и укрепить обе паховые области, что снижает риск возникновения грыжи с другой стороны. 3. Влияние ХОБЛ: ХОБЛ сопровождается постоянным кашлем, что приводит к хроническому повышению внутрибрюшного давления. Это является фактором риска как для возникновения грыжи, так и для её рецидива после операции. Тактика ведения: обязательная предоперационная подготовка у пульмонолога/терапевта для максимальной стабилизации функции	Грыжи живота. – М.: Медпрактика-М, 2018. – 300 с.
--	--	--	--

		дыхания (бронхолитики, отхаркивающие средства). Это снизит риск интра- и послеоперационных легочных осложнений и рецидива грыжи. 4. План диспансерного наблюдения после лапароскопического грыжесечения: Осмотр хирурга через 1 месяц, 6 месяцев и 1 год после операции. УЗИ паховых областей при подозрении на рецидив или серому. Рекомендации по ограничению тяжелых физических нагрузок на 3-6 месяцев. Продолжение наблюдения и лечения у пульмонолога по поводу ХОБЛ.	
4.	Задача: раннее выявление колоректального рака (Скрининг, диспансерные группы). Клиническая ситуация: В вашу поликлинику обратился мужчина 52 лет без жалоб. Его отец умер от рака толстой кишки в возрасте 60 лет. Пациент интересуется мерами профилактики. Задания: 1. К какой группе диспансерного наблюдения следует отнести данного пациента? Обоснуйте свой ответ. 2. Какой основной эндоскопический метод скрининга вы ему порекомендуете и с какой периодичностью? Каковы возможности эндоскопии не только в диагностике, но и в первичной профилактике рака? 3. Составьте план беседы с пациентом о подготовке к колоноскопии, объяснив	Ответ: раннее выявление колоректального рака 1. Группа диспансерного наблюдения: Пациент относится к группе высокого риска по развитию колоректального рака (КРР) из-за отягощенного семейного анамнеза (КРР у родственника 1-й линии в возрасте < 60 лет). 2. Метод скрининга и его возможности: Метод: колоноскопия. Периодичность: начать в 40 лет или на 10 лет раньше возраста возникновения КРР у родственника. При отсутствии патологии — каждые 5 лет. Возможности: Диагностика: визуальный осмотр слизистой, обнаружение	1. Клинические рекомендации «Колоректальный рак» (Ассоциация онкологов России, 2023 г.). 2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Трухманов А.С. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. – М.: Литтерра, 2021. – 848 с. (Раздел о скрининге). 3. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon // Gastrointest Endosc. 2003;58(6 Suppl):S3-43.

	важность качественной очистки кишечника. 4. Какие эндоскопические признаки аденоматозного полипа толстой кишки (по Парижской классификации) являются показанием к его удалению с целью профилактики рака?	полипов, опухолей, воспаления. Первичная профилактика: удаление аденоматозных полипов до их малигнизации (золотой стандарт профилактики КРР). Возможность взятия биопсии. 3. План беседы о подготовке: «Качество колоноскопии на 90% зависит от подготовки. Вам необходимо за 1-3 дня до исследования перейти на бесшлаковую диету (исключить овощи, фрукты, злаки). В день накануне исследования Вы будете пить специальный раствор (слабительное) для полного очищения кишечника. Цель — появление прозрачной жидкости из кишечника. Если очистка будет плохой, мы можем не увидеть мелкие полипы, и исследование придется повторить». 4. Эндоскопические признаки полипа, требующие удаления: Любой аденоматозный полип (подтвержденный гистологически) является облигатным предраком и подлежит удалению. По Парижской классификации: удалению подлежат все полипы типа 0-Ip, 0-Is, 0-Isp (выступающие) и 0-IIa (поверхностные приподнятые) размерами более 5 мм, а также все полипы с признаками поверхностного распространения (0-IIb, IIc) или деструкции.	
--	---	--	--

5.	Вариативная часть. Задача. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (Мониторинг, тактика) Клиническая ситуация: пациент 65 лет с диагнозом «Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Перемежающаяся хромота» состоит на диспансерном учете. Задания: 1. Какие методы объективного мониторинга состояния периферического кровотока (в т.ч. эндоскопические - ангиоскопия, при наличии) вы будете использовать для динамического наблюдения? 2. Назовите критерии ухудшения состояния, при которых консервативная тактика должна быть пересмотрена в пользу эндоваскулярного (баллонная ангиопластика, стентирование) или открытого хирургического вмешательства. 3. Составьте памятку для пациента по первичной и вторичной профилактике прогрессирования заболевания (коррекция факторов риска, уход за стопами, физическая активность). 4. Обоснуйте необходимость диспансерного наблюдения у смежных специалистов (кардиолог, эндокринолог) для данного пациента.	Ответ: облитерирующий атеросклероз 1. Методы мониторинга: Клинические: определение дистанции безболевой ходьбы, пальпация пульсации. Инструментальные (неинвазивные): лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ): снижение < 0.9 - основной скрининговый метод. УЗДГ/Дуплексное сканирование артерий: оценка скорости кровотока, локализации и степени стенозов. Тредмил-тест: оценка толерантности к физической нагрузке. Инструментальные (инвазивные, «золотой стандарт»): КТ- или МР-ангиография для планирования операции. Периферическая ангиография (рентгенэндоваскулярная) - проводится одновременно с лечебными эндоваскулярными вмешательствами. 2. Критерии ухудшения, требующие операции: Прогрессирование до критической ишемии конечности (III-IV ст. по Фонтейну-Покровскому): боли покоя, трофические язвы, гангрена. Снижение ЛПИ < 0,4. Снижение дистанции безболевой ходьбы до 50-100 метров, значительно снижающее качество жизни, при неэффективности консервативной терапии.	1.Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей (Российское кардиологическое общество, 2019 г.). 2.Покровский А.В., Клионер Л.И. Сосудистая хирургия. – М.: Медицина, 2020. – 432 с.
----	--	---	--

		Эндоваскулярное вмешательство (ангиопластика/стентирование) является методом выбора для коротких стенозов. 3. Памятка для пациента: Отказ от курения (абсолютно необходимо!). Контроль АД, уровня холестерина и глюкозы крови. Дозированная ходьба (30-45 мин. в день) для развития коллатералей. Уход за стопами: ношение удобной обуви, ежедневный осмотр ног на предмет повреждений, гигиена, увлажнение сухой кожи. Диета: низкохолестериновая (гиполипидемическая). 4. Обоснование наблюдения у смежных специалистов: Атеросклероз — системное заболевание. Поражение артерий ног — лишь его частное проявление. Кардиолог: у таких пациентов крайне высок риск ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, инсульта. Необходим контроль ЭКГ, ЭхоКГ. Эндокринолог: для коррекции сахарного диабета или метаболического синдрома, которые являются мощными факторами прогрессирования атеросклероза. Невролог: для оценки состояния церебрального кровотока.	
--	--	---	--

6.	Задача . Мужчина 45 лет обратился в клинику с жалобами на периодические тупые боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи. Объективно: живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Анализ крови: незначительный лейкоцитоз, остальные показатели в норме. Проведен УЗИ брюшной полости, выявлены множественные конкременты в желчном пузыре размером до 1 см. Задание: поставьте предположительный диагноз. Обоснуйте тактику дальнейшего обследования и лечения пациента. Какие профилактические мероприятия рекомендуются пациенту после операции?	Ответ: Предположительный диагноз: Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Тактика: Подтверждение диагноза УЗИ, консультация специалиста, решение вопроса о целесообразности оперативного лечения (лапароскопическая холецистэктомия). Консервативное лечение симптоматическое, направлена на подготовку к операции. Профилактические мероприятия: соблюдение диеты (№5), отказ от алкоголя, ограничение физической нагрузки в первые месяцы после операции, регулярное наблюдение врача-хирурга.	Иванников А.Н., Котляров В.М., Стрелков Н.В. // Желчнокаменная болезнь: Руководство для врачей. Москва: Бином, 2019 г.
7.	Задача. Женщина 52 лет обратилась с симптомами острой боли в нижней половине живота, сопровождающейся повышением температуры до 38°C, тошнотой и отсутствием аппетита. Объективно: напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз, СОЭ повышена. Результаты УЗИ: утолщение стенки аппендикса, окружено свободной жидкостью. Задание: Установите диагноз. Определите дальнейшую тактику лечения. Как предотвратить развитие аналогичных ситуаций в будущем?	Ответ: Диагноз: Острый аппендицит. Тактика: Немедленное направление в стационар, проведение антибиотикотерапии, подготовка к экстренному оперативному вмешательству (лапароскопическая аппендэктомия). Первичная профилактика: здоровый образ жизни, сбалансированная диета, регулярное медицинское обследование.	Щеголев А.И., Бойков В.А., Павлов А.Н. // Аппендицит: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.

8.	Задача. Пациент 68 лет поступил в больницу с жалобами на сильные боли в пояснице слева, иррадиирующие в левую ногу, чувство тяжести в ногах, ощущение пульсации в ноге. При обследовании выявлено расширение поверхностных вен левой ноги, отёк голеней. Выявлен клапанный рефлюкс глубоких вен левой конечности. Задание: Какой наиболее вероятный диагноз у пациента? Что входит в стандарт обследования пациентов с подобным заболеванием? Назначьте оптимальный метод лечения в данном конкретном случае.	Ответ: Наиболее вероятный диагноз: Варикозная болезнь вен нижних конечностей, синдром хронической венозной недостаточности. Стандарт обследования: УЗИ-доплерография вен нижних конечностей, определение индекса Венара, пробы Троянова-Тренделенбурга. Оптимальным лечением будет комбинированная методика: эндовазальная лазерная коагуляция больших подкожных вен (ЭВЛК) и минифлебэктомия мелких притоков.	Казанцев А.П., Леонов В.Н., Филимонов В.А. // Хирургия варикоза. Москва: Бином, 2019 г.
9.	Задача. Пациентка 38 лет поступила в отделение экстренной хирургии с сильными болями в правом боку, тошнотой, многократной рвотой. Боль возникла внезапно около часа назад. При объективном осмотре определяется напряженность мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины. Лабораторные показатели: Лейкоцитоз, повышение СОЭ, нейтрофилез. Задание: Ваш первоначальный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы для точной постановки диагноза? Какая операция показана в данном случае?	Ответ: предварительный диагноз: Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки. Необходимы дополнительное УЗИ брюшной полости, рентгенография брюшной полости (для выявления свободного газа в брюшной полости), гастроскопия. Показана лапароскопическая пластика перфоративного отверстия с обязательным контролем послеоперационных результатов.	Зверев В.А., Смолянин А.В., Проценко Д.Н. // Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.

10.	Задача. Мужчина 55 лет жалуется на постоянную тяжесть в левом подреберье, особенно после еды, эпизодически возникающие диспептические явления, сниженную работоспособность. При УЗИ обнаруживаются диффузные изменения поджелудочной железы, увеличенные размеры органа, неоднородная эхоструктура. Пациент курит и употребляет алкоголь умеренно регулярно. Задание: Поставьте предварительный диагноз. Составьте программу дополнительного обследования. Определите оптимальную стратегию лечения.	Ответ: предварительный диагноз: Хронический панкреатит. Программа обследования: Компьютерная томография брюшной полости, эластаза кала, тест стимуляции секреции, определение уровня трипсина и амилазы сыворотки крови. Стратегия лечения: диета №5, полный отказ от курения и употребления алкоголя, заместительная ферментативная терапия, применение анальгетиков и спазмолитиков при болях, при ухудшении состояния возможна эндоскопическая папиллосфинктеротомия.	Шмелёв Е.И., Бельмер С.В., Виноградов В.Г. // Хронический панкреатит: учеб.-метод. пособие. Москва: Литтерра, 2019 г.
-----	---	---	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Вопрос. Лечение кровотечений из ВРВП. Ситуация: пациенту с циррозом печени и синдромом портальной гипертензии выполняется ЭГДС. Обнаружены варикозно-расширенные вены пищевода (ВРВП) 3 ст. с признаками угрозы кровотечения (red signs). Задание: - Опишите патогенез развития кровотечения из ВРВП. - Какая эндоскопическая методика является методом выбора для первичной профилактики первого эпизода кровотечения в данной ситуации? Детально опишите технику её выполнения. - Какая методика применяется для остановки активного кровотечения? Объясните преимущества и недостатки каждого метода. - Составьте план беседы с пациентом о необходимости данной процедуры, её рисках и дальнейшем наблюдении.	1.de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. J Hepatol. 2022;76(4):959-974. 2.Клинические рекомендации «Портальная гипертензия у взрослых» (Российское общество по изучению печени, МЗ РФ, 2021).
2.	Вопрос.Эндоскопическое лечение раннего рака ЖКТ Ситуация: при плановой ЭГДС у пациента выявлен очаг измененной слизистой в желудке. При биопсии подтверждена высокодифференцированная аденокарцинома. По данным	1.Pimentel-Nunes P, Libânio D, et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial

	эндоскопии с увеличением и хромокопией, а также ЭУС, опухоль соответствует типу 0-IIa (по Парижской классификации), инфильтрация не глубже подслизистого слоя (sm1), без признаков лимфоваскулярной инвазии. Задание: 1. Какие абсолютные и относительные показания к эндоскопической резекции слизистой (EMR) или диссекции в подслизистом слое (ESD) существуют для данного случая? 2. В чем принципиальное различие между методиками EMR и ESD? Для каких типов поражения предпочтительна каждая из них? 3. Опишите этапы выполнения ESD. 4. Какие основные осложнения данных методик и тактику их ведения вы знаете?	gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2022. Endoscopy. 2022;54(6):591-622. 2. Ono H, Yao K, Fujishiro M, et al. Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer. Dig Endosc. 2021;33(1):4-20.
3.	Вопрос. Скрининг и профилактика колоректального рака (КРР) Ситуация: В поликлинику на диспансерный осмотр приходит условный пациент 55 лет без жалоб. Отец пациента умер от рака толстой кишки в 65 лет. Задание: 1. К какой группе риска по КРР относится данный пациент? Обоснуйте ответ. 2. Какой основной метод скрининга вы ему назначите и почему? Какова рекомендуемая периодичность? 3. Какие эндоскопические находки являются показанием для включения пациента в группу диспансерного наблюдения? Опишите алгоритм мониторинга при выявлении тубулярной аденомы низкой степени дисплазии. 4. Составьте краткую памятку для пациента по подготовке к колоноскопии, объяснив важность каждого этапа.	1. Rex DK, Boland CR, et al. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2017;153(1):307-323. 2. Клинические рекомендации «Колоректальный рак» (Ассоциация онкологов России, 2023).
4.	Вопрос. Диспансерное наблюдение после хирургического лечения ЯБЖ Ситуация: Пациент 50 лет перенес лапароскопическое ушивание перфоративной язвы желудка 1 год назад. Состоит на «Д»-учете. Задание: 1. Каковы основные цели диспансерного наблюдения за данным пациентом? 2. Опишите план мониторинга: перечень специалистов, частоту осмотров, инструментальные и лабораторные методы контроля (в т.ч. эндоскопические), сроки их проведения. 3. Какая эндоскопическая картина является показанием для плановой резекции желудка? 4. Проведите беседу с пациентом о вторичной профилактике рецидива язвенной болезни (образ жизни, диета, медикаментозная терапия).	

5.	Вопрос. Мониторинг пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ОЗАНК) Ситуация: Пациент 68 лет с диагнозом «Атеросклероз артерий нижних конечностей, перемежающаяся хромота (IIб ст. по Фонтейну)» находится под наблюдением сосудистого хирурга. Задание: 1. Какие неинвазивные инструментальные методы являются основой мониторинга состояния периферического кровотока у данного пациента? Опишите их диагностическую ценность. 2. Назовите критерии ухудшения состояния (прогрессирования ишемии), при которых требуется рассмотреть вопрос об эндоваскулярном (баллонная ангиопластика/стентирование) или открытом хирургическом вмешательстве. 3. Обоснуйте необходимость наблюдения у кардиолога и эндокринолога для данного пациента. 4. Составьте для пациента памятку по уходу за стопами и модификации образа жизни для профилактики прогрессирования заболевания и развития критической ишемии.	1. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2017;135(12):e726-e779. 2. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей (Российское кардиологическое общество, 2019).
6.	Вопрос. Опишите этапы подготовки пациента к лапароскопической холецистэктомии, дайте характеристику самой операции и обсудите профилактические мероприятия после неё.	Сергеев Ю.Д., Сапронов Н.С., Зарубаев В.В. Лапароскопическая хирургия. Учебное пособие. Москва: Литтерра, 2019 г.
7.	Вопрос. Дайте подробную характеристику лапароскопической герниопластики при пахово-мошоночной грыже. Приведите пример протокола выполнения операции и послеоперационную реабилитацию.	Краснопольский В.И., Лаврищева Г.И., Бабичева О.А. Миниинвазивные технологии в хирургическом лечении больных с паховыми грыжами. Москва: Авторский тираж, 2018 г.
8.	Вопрос. Рассмотрите показания и противопоказания к лапароскопической аппендэктомии. Представьте пошаговую инструкцию выполнения операции и оценку рисков после нее.	Кубышкин В.А., Карлов В.С., Крюков А.И. Эндоскопическая хирургия. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019 г.
9.	Вопрос. Опишите детальную схему проведения лапароскопической вагинальной ампутации матки и	Радзинский В.Е., Серов В.Н., Орджоникидзе Н.В. Современные подходы к хирургическому

	оцените потенциальные осложнения после данной операции.	лечению гинекологической патологии. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.
10.	Вопрос. Представьте протокол выполнения лапароскопической холедохолитотомии при наличии конкрементов в общем желчном протоке. Рассмотрите альтернативные варианты лечения и последствия несвоевременного вмешательства.	Бондаренко В.Н., Мальцева А.В., Барабаш Г.А. Минимально инвазивная хирургия желчных путей. Москва: Авторский тираж, 2019 г.

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Вопрос. Диспансерное наблюдение после эндоскопического лечения раннего рака желудка Ситуация: Пациенту 62 лет выполнена эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) по поводу аденокарциномы желудка (тип 0-IIa, pT1a, низкая степень дифференцировки, края резекции свободные). Задания: 1. Обоснуйте необходимость включения пациента в группу диспансерного наблюдения. 2. Составьте план мониторинга: перечень необходимых исследований, их периодичность и сроки проведения. 3. Какие эндоскопические признаки могут указывать на локальный рецидив? 4. Проведите беседу с пациентом о важности регулярного контроля и модификации образа жизни.	Pimentel-Nunes P. et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2022. Endoscopy. 2022;54(6):591-622.*
2.	Вопрос. Мониторинг пациентов с язвенной болезнью желудка после эндоскопического гемостаза Ситуация: Пациент 55 лет госпитализирован с язвенным кровотечением (Forrest IB). Выполнен эндоскопический гемостаз (коагуляция + клипирование). Задания: 1. Обоснуйте необходимость динамического эндоскопического контроля через 4-6 недель. 2. Составьте алгоритм мониторинга при выявлении рубцующейся язвы с признаками высокого риска рецидива (плохой краевой валик). 3. Какие лабораторные показатели требуют контроля в рамках диспансерного наблюдения? 4. Объясните пациенту необходимость эрадикационной терапии и длительного приема ИПП.	Gralnek I.M. et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Endoscopy. 2021;53(3):300-332.*

3.	Вопрос. Профилактика рецидива после эндоскопического лечения желчнокаменной болезни Ситуация: пациентке 48 лет выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу холедохолитиаза с интраоперационной холангиоскопией и литоэкстракцией. Задания: 1. Обоснуйте необходимость включения в группу диспансерного наблюдения. 2. Составьте план УЗ-мониторинга и перечень показаний для повторной ЭРХПГ. 3. Какие модификации образа жизни и медикаментозную профилактику вы порекомендуете? 4. Объясните пациентке связь между ожирением, быстрым похудением и риском рецидива камнеобразования.	European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. J Hepatol. 2016;65(1):146-181
4.	Вопрос. Мониторинг пациентов с хронической ишемией нижних конечностей после эндоваскулярных вмешательств Ситуация: Пациенту 70 лет выполнена баллонная ангиопластика и стентирование подвздошной артерии по поводу перемежающейся хромоты (ЛПИ 0.5). Задания: 1. Обоснуйте необходимость регулярного инструментального контроля (УЗДГ/ДС). 2. Составьте график визитов и перечень исследований для оценки эффективности лечения. 3. Какие признаки рестеноза при УЗДГ требуют повторной ангиографии? 4. Проведите беседу о модификации факторов риска (курение, контроль АД, липидов).	Gerhard-Herman M.D. et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease. Circulation. 2017;135(12):e726-e779.
5.	Вопрос. Диспансерное наблюдение при Barrett's esophagus после радиочастотной абляции Ситуация: пациенту 60 лет с дисплазией высокой степени в Barrett's esophagus выполнена радиочастотная абляция. Задания: 1. Обоснуйте протокол эндоскопического наблюдения (сроки и кратность). 2. Опишите технику прицельной биопсии из неопластических участков. 3. Какие эндоскопические признаки указывают на неэффективность лечения? 4. Объясните пациенту необходимость пожизненного наблюдения.	Shaheen N.J. et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. Am J Gastroenterol. 2016;111(1):30-50.

Задания открытого типа ПК 5.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задача. Послеоперационный перитонит Клиническая ситуация: Пациент 65 лет на 5-е сутки после лапароскопической резекции сигмовидной кишки по поводу дивертикулеза. Жалуется на нарастающую слабость, тошноту, боли по всему животу. Температура тела 38.8°C, ЧСС 112 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Живот напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. В анализах: лейкоциты $22.0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг 18%, прокальцитонин 8.5 нг/мл, СРБ 240 мг/л. Задания: 1. Поставьте предварительный диагноз по МКБ-10, обоснуйте тяжесть состояния пациента. 2. Опишите патогенез развития эндотоксикоза и системной воспалительной реакции при данном состоянии. 3. Интерпретируйте показатели эндотоксикоза и иммунного статуса. 4. Обоснуйте необходимость экстренной релапароскопии и алгоритм интраоперационной санации. 5. Составьте план эмпирической антибактериальной терапии с учетом вероятных возбудителей.	Ответ: Послеоперационный перитонит 1.Предварительный диагноз по МКБ-10:K65.0 - Острый перитонит. Обоснование тяжести: состояние тяжелое due to наличия синдрома системной воспалительной реакции (SIRS): лихорадка $>38^\circ\text{C}$, тахикардия >90 уд/мин, лейкоцитоз $>12.0 \times 10^9/\text{л}$. Высокий уровень прокальцитонина (>2 нг/мл) свидетельствует о тяжелой бактериальной инфекции и сепсисе. Гипотензия (АД 90/60 мм рт.ст.) указывает на развитие септического шока. 1.Патогенез эндотоксикоза и SIRS: перфорация кишечника (возможная несостоятельность анастомоза) → попадание кишечного содержимого (бактерии, эндотоксины LPS грамотрицательной флоры) в брюшную полость → массивное высвобождение провоспалительных цитокинов (TNF-α, IL-1, IL-6) → активация каскада коагуляции, повреждение эндотелия → повышение проницаемости сосудов, выход жидкости в интерстиций → гиповолемия, тканевая гипоперфузия → полиорганная дисфункция (ПОН) и септический шок.	Sartelli M. et al. WSES guidelines for the management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2021;16(1):49.

		1.Интерпретация показателей: Лейкоциты $22.0 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом влево: маркер острой бактериальной инфекции. Прокальцитонин 8.5 нг/мл: высокоспецифичный маркер тяжелой бактериальной инфекции и сепсиса. Уровень >2 нг/мл является показанием к назначению антибактериальной терапии. СРБ 240 мг/л: неспецифический маркер воспаления, подтверждает выраженный воспалительный ответ. 2.Обоснование релапароскопии: Экстренная релапароскопия является методом выбора для верификации диагноза, выявления и устранения источника перитонита (санация, дренирование). Алгоритм интраоперационной санации: ревизия брюшной полости, выявление источника (несостоятельность анастомоза). взятие перитонеального экссудата для бактериологического исследования. источника (ушивание дефекта, выведения стомы). Тщательная санация брюшной полости большим объемом (8-10 л) теплого физиологического раствора. Установка дренажей в полость малого таза и поддиафрагмальные пространства.	
--	--	--	--

		План эмпирической АБТ: учитывая внутригоспитальный характер инфекции и высокий риск полирезистентной флоры, необходима комбинированная терапия: Карбапенемы (Меропенем 1 г в/в каждые 8 ч) или Пиперацillin/тазобактам 4.5 г в/в каждые 6 ч. +препарат против MRSA (Ванкомицин 15-20 мг/кг в/в каждые 8-12 ч или Линезолид 600 мг в/в каждые 12 ч). +препарат против грибов (Флуконазол 400 мг/сут в/в при факторах риска кандидоза).	
2.	Задача. Инфицированный панкреонекроз Клиническая ситуация: Пациент 50 лет, через 3 недели от начала тяжелого острого билиарного панкреатита. Сохраняется лихорадка до 39°C, лейкоцитоз $18.0 \times 10^9/\text{л}$, прокальцитонин 12 нг/мл. При КТ: жидкостные скопления в парапанкреальной клетчатке с газовыми пузырьками. Задания: 1. Поставьте диагноз по МКБ-10 и оцените тяжесть состояния. 2. Объясните иммунопатогенез инфицирования панкреонекроза. 3. Интерпретируйте маркеры эндотоксикоза и их динамику. 4. Обоснуйте выбор минимально инвазивного метода дренирования (эндоскопический vs чрескожный). 5. Назначьте антибактериальную терапию с учетом проникновения в некротические ткани.	Ответ: Инфицированный панкреонекроз 1. Диагноз по МКБ-10: K85.1 - Острый панкреатит, инфицированный панкреонекроз. Оценка тяжести: Тяжелое состояние due to сепсиса (лихорадка, лейкоцитоз, высокий прокальцитонин) на фоне инфицирования панкреонекроза. КТ-признаки (газ в жидкостных скоплениях) являются прямым указанием на инфицирование. 1. Иммунопатогенез: Тяжелый острый панкреатит → некроз ткани поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки → формирование стерильного инфильтрата → транслокация бактерий из просвета кишечника (чаще всего <i>E. coli</i>,	IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology. 2013;13(4 Suppl 2):e1-e15. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology. 2013;13(4 Suppl 2):e1-e15.

		<i>Klebsiella</i>, <i>Enterococcus spp.</i>, <i>Bacteroides</i>) в зону некроза → инфицирование некротических масс → мощная системная воспалительная реакция и сепсис. 1.Интерпретация маркеров: Прокальцитонин 12 нг/мл: крайне высокий уровень, абсолютное показание к хирургической/интервенционной санации очага инфекции. Динамика маркеров (нарастание) подтверждает неконтролируемую инфекцию. 2.Выбор метода дренирования: предпочтение следует отдать ступенчатому минимально инвазивному подходу ("step-up approach"): Первый этап: чрескожное дренирование под УЗ/КТ-наведением для эвакуации инфицированного содержимого и стабилизации состояния. При неэффективности: видеоассистированная ретроперитонеальная санация (VARD) или Эндоскопический трансгастральный/трансдуоденальный доступ (псевдоцистогастротомия/дуоденостомия с некрсеквестрэктомией). Эндоскопические методы предпочтительнее при центрально расположенных коллекторах. 1.Антибактериальная терапия: препараты должны иметь высокое	
--	--	---	--

		проникновение в некротическую ткань: Карбапенемы (Имипенем, Меропенем) или Цефтазидим + Метронидазол или Фторхинолоны (Ципрофлоксацин) + Метронидазол.	
3.	Задача. Перфоративная гастродуоденальная язва Клиническая ситуация: Пациент 45 лет с язвенной болезнью в анамнезе доставлен с "кинжальной" болью в эпигастрии. При осмотре: "доскообразный" живот, симптомы раздражения брюшины резко положительные. Пневмоперитонеум на обзорной R-графии ОБП. Лейкоциты $16.0 \times 10^9/\text{л}$, амилаза крови 120 Ед/л. Задания: 1. Сформулируйте диагноз по МКБ-10 и определите показания к экстренной операции. 2. Проведите дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями. 3. Обоснуйте выбор лапароскопической тактики (ушивание vs резекция). 4. Назначьте антибактериальную терапию с учетом интраабдоминальной инфекции. 5. Объясните патогенез развития панкреатической гиперاميлаземии при перфорации.	Ответ: Перфоративная гастродуоденальная язва 1.Диагноз по МКБ-10: K25.1 - Острая язва желудка с прободением (или K26.1 - duodenum). Показания к экстренной операции: наличие свободного газа в брюшной полости (пневмоперитонеум) и симптомы разлитого перитонита являются абсолютными показаниями к экстренному оперативному вмешательству. 2.Дифференциальная диагностика: Острый панкреатит: боли опоясывающего характера, высокая амилаза крови/мочи, нет пневмоперитонеума. Острая кишечная непроходимость: схваткообразные боли, рвота, "чаши Клойбера" на R-грамме, нет пневмоперитонеума. Острый аппендицит: миграция болей из эпигастрия в правую подвздошную область, нет пневмоперитонеума. Острый инфаркт миокарда (абдоминальная форма): изменения на ЭКГ, повышение кардиоспецифичных ферментов.	Lau J.Y. et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. Digestion. 2011;84(2):102-113.

		Выбор лапароскопической тактики: Лапароскопическое ушивание язвы показано при разлитом перитоните, давности заболевания >6-8 часов, у пациентов с высоким операционным риском. Резекция желудка показана при каллезных, гигантских, кровоточащих язвах, при подозрении на малигнизацию. Антибактериальная терапия: эмпирическая терапия должна покрывать грамотрицательные энтеробактерии и анаэробы: Цефалоспорины III-IV поколения (Цефтриаксон, Цефепим) + Метронидазол или Ингибиторозащищенные пенициллины (Амоксициллин/клавуланат) или Карбапенемы (при тяжелом перитоните). Патогенез гиперاميлаземии: воспаление брюшины и перитонеальный выпот при перфорации приводят к резорбции ферментов (амилазы) в системный кровоток, что вызывает ее умеренное повышение.	
4.	Задача. Острая кишечная непроходимость Клиническая ситуация: Пациент 70 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, рвоту, отсутствие стула 3 дня. При КТ: уровень жидкости в кишечнике, симптом "урезанного серпа". Лейкоциты $14.0 \times 10^9/\text{л}$, лактат 3.5 ммоль/л. Задания:	Ответ: Острая кишечная непроходимость Диагноз по МКБ-10: K56.6 - Другая и неуточненная кишечная непроходимость. Показания к операции: Абсолютные: симптомы перитонита, странгуляционная непроходимость (по	Di Saverio S. et al. WSES guidelines for the management of acute left-sided colonic diverticulitis in the emergency setting. World J Emerg Surg. 2016;

	1. Поставьте диагноз по МКБ-10 и определите показания к операции. 2. Опишите патогенез эндотоксикоза при кишечной непроходимости. 3. Интерпретируйте показатели ишемии кишечника (лактат, КЩС). 4. Обоснуйте необходимость предоперационной подготовки (инфузионная терапия, коррекция электролитов). 5. Составьте план антибактериальной терапии.	данным КТ - симптом "урезанного серпа", отсутствие кровотока в стенке кишки), наличие газа в портальной системе. Относительные: неэффективность консервативной терапии в течение 12-24 часов. Патогенез эндотоксикоза: обструкция просвета кишки → ↑ внутрипросветного давления → нарушение венозного оттока и артериального притока → ишемия стенки кишки → ↑ проницаемости → транслокация бактерий и эндотоксинов (LPS) через поврежденную стенку кишки в брюшную полость и системный кровоток → эндотоксемия и сепсис. Интерпретация показателей ишемии: Лактат 3.5 ммоль/л: маркер тканевой гипоперфузии и анаэробного метаболизма. Уровень >2 ммоль/л является прогностически неблагоприятным и указывает на ишемию кишки. КЩС: метаболический ацидоз (снижение pH, дефицит оснований) подтверждает тяжелую ишемию. Предоперационная подготовка: инфузионная терапия кристаллоидами (раствор Рингера, физиологический раствор) для коррекции гиповолемии. Коррекция электролитных нарушений (калий, магний).	
--	--	---	--

		Установка назогастрального зонда для декомпрессии. Начало эмпирической антибактериальной терапии. Антибактериальная профилактика: перед операцией с высокой вероятностью контаминации: Цефазолин 2 г в/в + Метронидазол 500 мг в/в (за 30-60 мин до разреза).	
5.	Задача. Послеоперационный панкреатический свищ Клиническая ситуация: Пациент 55 лет после лапароскопической панкреатодуоденальной резекции. На 7-е сутки – повышение амилазы в дренажном отделяемом до 5000 Ед/л, лихорадка 38.5°C. Лейкоциты 15.0×10⁹/л, СРБ 180 мг/л. Задания: 1. Классифицируйте свищ по ISGPS и оцените тяжесть состояния. 2. Объясните патогенез активации панкреатических ферментов. 3. Обоснуйте необходимость ЭРХПГ со стентированием панкреатического протока. 4. Назначьте терапию ингибиторами секреции поджелудочной железы. 5. Составьте план антибактериальной терапии при признаках инфицирования.	Ответ: Послеоперационный панкреатический свищ 1.Классификация по ISGPS: Биохимический свищ: амилаза в дренаже> верхней границы нормы в сыворотке в 3 раза, без клинических проявлений. Клинически значимый свищ (Grade B): амилаза >5000 Ед/л, требуется изменение ведения: оставление дренажей >3 недель, эндоскопическое/рентген ологическое вмешательство, признаки инфекции (лихорадка, лейкоцитоз). Патогенез: повреждение протока поджелудочной железы во время резекции → утечка панкреатического сока, богатого ферментами (амилаза, липаза) → аутолиз окружающих тканей → воспаление, формирование свищевого хода. Активация ферментов происходит при контакте с кишечным содержимым и тканевой жидкостью. Обоснование ЭРХПГ: Цель: снижение давления в главном	Bassi C. et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula. Surgery. 2017;161(3):584-591

		панкреатическом протоке (МПП) для создания оттока "от свища". Стентирование МПП позволяет шунтировать место повреждения, перенаправляя панкреатический секрет в двенадцатиперстную кишку, что способствует закрытию свища. Терапия ингибиторами секреции: Октреотид (аналог соматостатина) 100-200 мкг п/к 3 раза в день. Подавляет экзокринную секрецию поджелудочной железы, уменьшая объем свищевых отделяемых и способствуя его закрытию. План АБТ при инфицировании: эмпирическая терапия против внутригоспитальной грамотрицательной и анаэробной флоры: Цефтазидим + Метронидазол или Ципрофлоксацин + Метронидазол или Карбапенемы (при тяжелой инфекции).	
--	--	---	--

Вопросы для развернутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Вопрос: Дифференциальная диагностика острого живота Клиническая ситуация: Пациент 45 лет доставлен с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину. Температура 38.5°C, лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, амилаза крови 1200 Ед/л. Задания:	Tenner S, et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2013;108(9):1400-1415.

	1. Проведите дифференциальную диагностику между острым панкреатитом, перфоративной язвой и острым холециститом 2. Опишите эндоскопические находки, характерные для каждой патологии 3. Обоснуйте необходимость экстренной ЭРХПГ при подозрении на билиарный панкреатит 4. Составьте план лабораторной и инструментальной диагностики	
2	Вопрос: Оценка тяжести при панкреонекрозе Клиническая ситуация: Пациент 55 лет с тяжелым острым панкреатитом. На 3-и сутки - лейкоциты $25 \times 10^9/\text{л}$, прокальцитонин 8.2 нг/мл, креатинин 210 мкмоль/л. Задания: 1. Рассчитайте баллы по шкалам Ranson и APACHE II 2. Интерпретируйте показатели эндотоксикоза 3. Обоснуйте показания к эндоскопическому дренированию 4. Составьте план антибактериальной терапии	Banks PA, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;62(1):102-111.
3.	Вопрос: Тактика при перитоните Клиническая ситуация: Пациент 60 лет после лапароскопической холецистэктомии. На 5-е сутки - лихорадка 39°C, лейкоциты $22 \times 10^9/\text{л}$, признаки свободной жидкости при УЗИ. Задания: 1. Поставьте предварительный диагноз по МКБ-10 2. Обоснуйте выбор между релапароскопией и чрескожным дренированием 3. Опишите технику лапароскопической санации 4. Назначьте эмпирическую антибактериальную терапию	Sartelli M, et al. WSES guidelines for the management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2018;13:3.
4.	Вопрос: Диагностика и лечение ЖКК Клиническая ситуация: Пациент 70 лет с рвотой "кофейной гущей", Нв 75 г/л, ЧСС 115 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Задания: 1. Определите степень тяжести кровотечения по шкале Rockall 2. Обоснуйте сроки выполнения экстренной ЭГДС 3. Опишите эндоскопические методы гемостаза 4. Составьте план трансфузионной терапии	Laine L, et al. ACG clinical guideline: upper gastrointestinal and ulcer bleeding. Am J Gastroenterol. 2021;116(5):899-917.

5.	Вопрос: Тактика при остром холецистите Клиническая ситуация: Пациент 65 лет с желчной коликой, температурой 38.8°C, положительным симптомом Мерфи, лейкоцитами $16 \times 10^9/\text{л}$. Задания: 1. Оцените тяжесть по Токийским критериям 2. Обоснуйте сроки выполнения холецистэктомии 3. Опишите технику лапароскопической холецистэктомии 4. Составьте план антибиотикотерапии	Okamoto K, et al. Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):96-100.
----	---	--

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Задание: профилактика осложнений Клинический случай: Пациент 72 года планируется на лапароскопическую резекцию кишечника. ИМТ 34, ХОБЛ, СД 2 типа. Задачи: 1. Оцените операционный риск 2. Составьте план предоперационной подготовки 3. Выберите метод обезболивания 4. Назначьте антитромботическую prophylaxis Критерии оценки: • Полнота оценки рисков • Адекватность предоперационной подготовки • Обоснованность выбора анальгезии • Правильность профилактики тромбоэмболий	Gustafsson U.O., Scott M.J., Hubner M. et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43(3):659-695.
2.	Задание: лечение послеоперационных осложнений Клинический случай: Пациент после гастрэктомии. На 7-е сутки: температура 38.9°C, амилаза в дренаже 8500 Ед/л. Задачи: 1. Диагностируйте осложнение 2. Определите показания к ЭРХПГ 3. Опишите технику стентирования панкреатического протока 4. Назначьте терапию октреотидом Критерии оценки: • Точность диагностики • Обоснованность показаний к ЭРХПГ	Bassi C., Marchegiani G., Dervenis C. et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula. Surgery. 2017;161(3):584-591.

	• Знание техники вмешательства • Правильность назначения терапии	
3.	Задание: лечение острого холецистита Клинический случай: Пациент 55 лет, боли в правом подреберье, температура 38.8°C, положительный симптом Мерфи, лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$. Задачи: 1. Оцените тяжесть по Токийским критериям 2. Определите сроки выполнения холецистэктомии 3. Опишите технику лапароскопической холецистэктомии 4. Назначьте антибактериальную терапию Критерии оценки: • Правильность оценки тяжести • Соблюдение временных рамок операции • Знание техники операции • Адекватность АБТ	Okamoto K., Suzuki K., Takada T. et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):55-72.
4.	Задание 3: Тактика при разлитом перитоните Клинический случай: Пациент 65 лет, на 5-е сутки после лапароскопической резекции кишечника. Температура 39.5°C, лейкоциты $28 \times 10^9/\text{л}$, симптомы раздражения брюшины. Задачи: 1. Установите предварительный диагноз по МКБ-10 2. Определите показания к релапароскопии 3. Составьте план интраоперационной санации 4. Назначьте эмпирическую антибактериальную терапию Критерии оценки: • Правильность формулировки диагноза • Обоснованность выбора метода лечения • Адекватность плана санации • Соответствие АБТ клиническим рекомендациям	Sartelli M., Chichom-Mefire A., Labricciosa F.M. et al. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2017;
5.	Задание: Дифференциальная диагностика острого живота Клинический случай: Пациент 52 года, доставлен с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, тошноту, многократную рвоту. Температура 38.7°C. В анамнезе ЖКБ. Задачи: 1. Проведите дифференциальную диагностику между:	Williams N., Bulstrode C., O'Connell P. Bailey & Love's Short Practice of Surgery. 27th ed. CRC Press, 2018.

	○ Острым панкреатитом ○ Острым холециститом ○ Перфоративной язвой желудка 2. Назначьте необходимые лабораторные и инструментальные исследования 3. Составьте алгоритм неотложных мероприятий 4. Определите показания к экстренной эндоскопии Критерии оценки: • Правильность интерпретации клинических данных • Обоснованность назначения исследований • Соответствие алгоритма клиническим рекомендациям	
--	---	--

Задания открытого типа ПК 6.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задание: острый калькулезный холецистит у пациента пожилого возраста Клиническая ситуация: Пациентка 72 лет доставлена с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту. Температура 38.3°C. Сопутствующий диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения ФК II. При УЗИ: конкременты в желчном пузыре, утолщение стенки до 6 мм, положительный ультразвуковой симптом Мерфи. Вопросы: 1. Оцените тяжесть состояния пациентки с учетом возрастных особенностей и сопутствующей патологии 2. Определите показания к экстренному оперативному лечению 3. Составьте план предоперационной подготовки с коррекцией кардиальных рисков 4. Обоснуйте выбор лапароскопической тактики 5. Опишите возможные интраоперационные риски и тактику их профилактики	Ответ. Острый калькулезный холецистит у пациента пожилого возраста 1. Оценка тяжести состояния: Состояние пациентки средней степени тяжести. Ухудшение связано с развитием острого воспаления на фоне возрастных изменений (снижение резервных возможностей сердечно-сосудистой системы, наличие коморбидной патологии). Риск операционного вмешательства повышен из-за ИБС. 1. Показания к экстренному оперативному лечению: Наличие острого калькулезного холецистита, подтвержденного клинически и инструментально, является показанием к экстренному оперативному лечению для предотвращения развития деструктивных форм и перитонита.	Клинические рекомендации «Острый калькулезный холецистит» (Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов», 2021 г.)

		2.План предоперационной подготовки: Консультация кардиолога для оценки операционного риска и коррекции терапии ИБС. ЭКГ, ЭхоКГ для оценки состояния миокарда и клапанного аппарата. Коррекция водно-электролитного баланса (инфузионная терапия). Антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения + метронидазол). Адекватное обезболивание. 3.Обоснование выбора лапароскопической тактики: лапароскопическая холецистэктомия является методом выбора due to меньшей травматичности, сокращения времени операции и послеоперационного периода, что особенно важно у пациентов пожилого возраста с сопутствующей патологией. 4.Интраоперационные риски и профилактика: Риски: кровотечение, повреждение желчных протоков, сердечно-сосудистые осложнения. тщательный гемостаз, визуализация элементов гепатодуоденальной связки (принцип "critical view of safety"), интраоперационный мониторинг АД, ЧСС, ЭКГ.	
2.	Задание: Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки Клиническая ситуация: Пациент 45 лет доставлен с жалобами на внезапно возникшую "кинжальную" боль в эпигастральной области. При	Ответ: Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки 1.Диагноз по МКБ-10: K26.1 - Острая язва	Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстно

	осмотре: живот напряжен, симптомы раздражения брюшины положительные. На обзорной рентгенографии ОБП - серповидное просветление под диафрагмой. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10 2. Определите объем неотложных мероприятий 3. Обоснуйте выбор оперативного доступа (лапароскопический vs открытый) 4. Составьте план послеоперационного ведения 5. Назначьте терапию для эрадикации <i>Helicobacter pylori</i>	двенадцатиперстной кишки с прободением. 2.Объем неотложных мероприятий: Срочное выполнение ЭКГ, обзорной R-графии ОБП (пневмоперитонеум). Установка периферического катетера, начало инфузионной терапии (кристаллоиды). Введение антибиотиков широкого спектра действия. Подготовка к экстренной операции. 3.Выбор оперативного доступа: лапароскопический доступ предпочтителен due to меньшей травматичности, возможности адекватной санации брюшной полости, быстрой реабилитации. Показания: давность перфорации до 12 часов, отсутствие разлитого перитонита. 4.План послеоперационного ведения: Антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения + метронидазол). Инфузионная терапия, коррекция водно-электролитного баланса. Анальгезия. Эндоскопический контроль через 4-6 недель. 5.Терапия для эрадикации <i>Helicobacter pylori</i>: Ингибитор протонной помпы (омепразол 20 мг 2 раза в день) Кларитромицин 500 мг 2 раза в день Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день Длительность терапии 14 дней.	й кишки» (МЗ РФ, 2020 г.)
--	--	---	----------------------------------

3.	Задание: Острая кишечная непроходимость Клиническая ситуация: Пациент 68 лет, жалуется на схваткообразные боли в животе, отсутствие стула 4 дня, рвоту. При КТ: уровни жидкости в кишечнике, симптом "урезанного серпа". В анамнезе: операция по поводу рака сигмовидной кишки 2 года назад. Вопросы: 1. Определите форму кишечной непроходимости 2. Оцените показания к экстренному оперативному лечению 3. Составьте план предоперационной подготовки 4. Обоснуйте выбор лапароскопической тактики 5. Опишите принципы послеоперационного ведения	Ответ: Острая кишечная непроходимость 1.Форма кишечной непроходимости: По механизму - обтурационная (спаечная) кишечная непроходимость. По клиническому течению - острая. 1.Показания к экстренному оперативному лечению: отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 2-3 часов, нарастание явлений интоксикации, появление симптомов перитонита. 2.План предоперационной подготовки: Установка назогастрального зонда для декомпрессии. Инфузионная терапия (коррекция водно-электролитных нарушений, дезинтоксикация). Антибактериальная терапия. Подготовка операционного поля. 3.Обоснование выбора лапароскопической тактики: лапароскопия показана при отсутствии выраженного пареза кишечника, возможности адекватной визуализации и низком риске повреждения кишки. Позволяет провести ревизию брюшной полости, рассечение спаек. 4.Принципы послеоперационного ведения: Продолжение инфузионной терапии. Антибактериальная терапия.	Клинические рекомендации «Острая кишечная непроходимость» (Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов», 2019 г.)
----	--	--	--

		Стимуляция моторики кишечника. Постепенное расширение диеты.	
4.	Задание: Послеоперационная вентральная грыжа Клиническая ситуация: Пациент 60 лет, перенес лапаротомию по поводу прободной язвы 1 год назад. Обратился с жалобами на выпячивание в области послеоперационного рубца, боли при физической нагрузке. Вопросы: 1. Определите показания к плановому оперативному лечению 2. Выберите метод герниопластики (лапароскопический vs открытый) 3. Составьте план предоперационного обследования 4. Опишите технику лапароскопической герниопластики 5. Назначьте программу реабилитации	Ответ: Послеоперационная вентральная грыжа 1.Показания к плановому оперативному лечению: наличие вентральной грыжи, болевой синдром, риск ущемления. Плановое лечение позволяет провести адекватную предоперационную подготовку. 2.Выбор метода герниопластики: лапароскопическая герниопластика предпочтительна due to меньшей травматичности, низкой частоты рецидивов, лучшего косметического эффекта. 3.План предоперационного обследования: УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки. При больших грыжах - КТ брюшной полости для оценки содержимого грыжевого мешка и состояния мышц передней брюшной стенки. Общеклинические обследования (ОАК, ОАМ, биохимия крови, коагулограмма). 4.Техника лапароскопической герниопластики: Формирование пневмоперитонеума. Введение троакаров. Выделение грыжевых ворот.	Клинические рекомендации «Вентральные грыжи» (Общероссийская общественная организация «Российское общество герниологов», 2020 г.)

		Пластика с использованием сетчатого импланта. Фиксация импланта. 5.Программа реабилитации: Ограничение физических нагрузок на 2-3 месяца. Ношение бандажа. Лечебная физкультура для укрепления мышц брюшного пресса.	
5.	Задание: острый аппендицит у беременной Клиническая ситуация: Беременная 28 лет, срок 22 недели. Жалуется на боли в правой подвздошной области, тошноту, повышение температуры до 37.8°C. При УЗИ: увеличенный червеобразный отросток до 9 мм, свободная жидкость в правой подвздошной области. Вопросы: 1. Оцените особенности клинической картины при беременности 2. Определите показания к экстренному оперативному лечению 3. Составьте план предоперационной подготовки с учетом беременности 4. Обоснуйте выбор лапароскопического доступа 5. Опишите особенности послеоперационного ведения	<i>Ответ. Острый аппендицит у беременной</i> 1.Особенности клинической картины при беременности: Смещение слепой кишки и червеобразного отростка растущей маткой, что может приводить к атипичной локализации болей. Диагностика затруднена из-за ограниченного использования методов визуализации. 1.Показания к экстренному оперативному лечению: Подозрение на острый аппендицит у беременной является показанием к экстренной операции due to высокого риска осложнений для матери и плода. 2.План предоперационной подготовки с учетом беременности: Консультация акушера-гинеколога. УЗИ брюшной полости и плода. Щадящая инфузионная терапия. Выбор антибиотиков, безопасных для плода (цефалоспорины, пенициллины). 3.Обоснование выбора лапароскопического	Клинические рекомендации «Острый аппендицит у беременных» (МЗ РФ, 2021 г.)

		доступа: лапароскопия допустима в I и II триместрах беременности. Преимущества: меньшая травматичность, быстрая реабилитация, точная диагностика. 4.Особенности послеоперационного ведения: Мониторинг состояния плода. Профилактика угрозы прерывания беременности. Продолжение антибактериальной терапии препаратами, безопасными для плода. Ранняя активизация.	
6.	Задание: осложнения после лапароскопических операций Клиническая ситуация: Пациент 50 лет, на 3-и сутки после лапароскопической холецистэктомии. Жалуется на повышение температуры до 39°C, боли в животе. При УЗИ: свободная жидкость в брюшной полости. Вопросы: 1. Проведите дифференциальную диагностику послеоперационных осложнений 2. Определите объем дополнительного обследования 3. Составьте план лечебных мероприятий 4. Обоснуйте показания к релапароскопии 5. Опишите принципы антибактериальной терапии	Ответ: осложнения после лапароскопических операций 1.Дифференциальная диагностика: Инфицированная гематома, несостоятельность швов культи пузырного протока, пропущенное повреждение желчных протоков, послеоперационный панкреатит. 2.Объем дополнительного обследования: экстренное УЗИ брюшной полости с оценкой свободной жидкости. КТ брюшной полости с контрастированием при неинформативности УЗИ. Общий анализ крови, биохимический анализ крови (билирубин, ЩФ, АЛТ, АСТ, амилаза). При наличии дренажа - посев отделяемого. 3.План лечебных мероприятий: Интенсивная инфузионная терапия.	Клинические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение послеоперационных осложнений после лапароскопических операций» (МЗ РФ, 2022 г.)

		Антибактериальная терапия широкого спектра действия. При наличии абсцесса - чрескожное дренирование под УЗ-наведением. 4.Показания к релапароскопии: неэффективность консервативной терапии, прогрессирование перитонита, продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. 5.Принципы антибактериальной терапии: эмпирическая терапия цефалоспорины III поколения + метронидазол. После получения результатов посева - коррекция терапии.	
7.	Задание: подготовка к плановой лапароскопической операции у пациента с ожирением Клиническая ситуация: Пациент 55 лет, ИМТ 38. Планируется лапароскопическая операция по поводу паховой грыжи. Сопутствующий диагноз: сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия. Вопросы: 1. Оцените операционно-анестезиологический риск 2. Составьте план предоперационного обследования 3. Определите необходимость коррекции сопутствующей патологии 4. Обоснуйте особенности лапароскопического доступа при ожирении 5. Назначьте программу профилактики тромбоэмболических осложнений	Ответ: подготовка к плановой лапароскопической операции у пациента с ожирением 1.Оценка операционно-анестезиологического риска: риск высокий из-за ожирения, сахарного диабета, артериальной гипертензии. Необходима консультация эндокринолога и кардиолога для коррекции терапии. 2.План предоперационного обследования: Общеклинические анализы (ОАК, ОАМ, биохимия крови, коагулограмма). Глюкоза крови, HbA1c. ЭКГ, ЭхоКГ. УЗИ вен нижних конечностей. Консультация терапевта, эндокринолога, кардиолога.	Клинические рекомендации «Паховые грыжи у взрослых» (Общероссийская общественная организация «Общество герниологов», 2019 г.)

		3.Необходимость коррекции сопутствующей патологии: обязательная коррекция уровня глюкозы крови, подбор антигипертензивной терапии. 4.Особенности лапароскопического доступа при ожирении: Использование специальных длинных троакаров и инструментов. Тщательное формирование пневмоперитонеума (метод открытой лапароскопии по Хассону). Возможно использование дополнительных портов для лучшей экспозиции. 5.Программа профилактики тромбоэмболических осложнений: Низкомолекулярные гепарины за 12 часов до операции и в послеоперационном периоде. Эластическая компрессия нижних конечностей. Ранняя активизация.	
--	--	---	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	<i>Вопрос: дифференциальная диагностика острого живота</i> Клиническая ситуация: Пациент 45 лет доставлен с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину. Температура 38.5°C, лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, амилаза крови 1200 Ед/л. Задания: Проведите дифференциальную диагностику между острым панкреатитом, перфоративной язвой и острым холециститом	Клинические рекомендации «Острый панкреатит» (МЗ РФ, 2021). Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (МЗ РФ, 2020).

	- Опишите эндоскопические находки, характерные для каждой патологии - Обоснуйте необходимость экстренной ЭРХПГ при подозрении на билиарный панкреатит - Составьте план лабораторной и инструментальной диагностики	
2	Вопрос 2: Оценка тяжести при панкреонекрозе Клиническая ситуация: Пациент 55 лет с тяжелым острым панкреатитом. На 3-и сутки - лейкоциты $25 \times 10^9/\text{л}$, прокальцитонин 8.2 нг/мл, креатинин 210 мкмоль/л. Задания: - Рассчитайте баллы по шкалам Ranson и APACHE II - Интерпретируйте показатели эндотоксикоза - Обоснуйте показания к эндоскопическому дренированию - Составьте план антибактериальной терапии	<i>Клинические рекомендации «Острый панкреатит» (МЗ РФ, 2021).</i> Международные рекомендации по лечению острого панкреатита (IAP/APA, 2013).
3.	Вопрос: Тактика при перитоните Клиническая ситуация: Пациент 60 лет после лапароскопической холецистэктомии. На 5-е сутки - лихорадка 39°C, лейкоциты $22 \times 10^9/\text{л}$, признаки свободной жидкости при УЗИ. Задания: - Поставьте предварительный диагноз по МКБ-10 - Обоснуйте выбор между релапароскопией и чрескожным дренированием - Опишите технику лапароскопической санации - Назначьте эмпирическую антибактериальную терапию	Клинические рекомендации «Перитонит» (МЗ РФ, 2020). Клинические рекомендации «Внутрибрюшные инфекции» (Российское общество хирургов, 2019).
4.	Вопрос: Диагностика и лечение ЖКК Клиническая ситуация: Пациент 70 лет с рвотой "кофейной гущей", Нб 75 г/л, ЧСС 115 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Задания: - Определите степень тяжести кровотечения по шкале Rockall - Обоснуйте сроки выполнения экстренной ЭГДС - Опишите эндоскопические методы гемостаза - Составьте план трансфузионной терапии	<i>Клинические рекомендации «Желудочно-кишечные кровотечения» (МЗ РФ, 2020).</i> Клинические рекомендации «Диагностика и лечение язвенных кровотечений» (Российское общество хирургов, 2021).

5.	Вопрос: Тактика при остром холецистите Клиническая ситуация: Пациент 65 лет с желчной коликой, температурой 38.8°C, положительным симптомом Мерфи, лейкоцитами $16 \times 10^9/\text{л}$. Задания: 1. Оцените тяжесть по Токийским критериям 2. Обоснуйте сроки выполнения холецистэктомии 3. Опишите технику лапароскопической холецистэктомии 4. Составьте план антибиотикотерапии	Клинические рекомендации «Острый холецистит» (МЗ РФ, 2021). Токийские рекомендации по острому холециститу (TG18, 2018).
----	---	---

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Вопрос: Острая кишечная непроходимость Клиническая ситуация: Пациент 65 лет, жалуется на схваткообразные боли в животе, отсутствие стула 3 суток, рвоту. Живот асимметричен, перистальтика усилена. На обзорной R-графии ОБП - уровни жидкости, чаши Клойбера. Задания: 1. Оцените тяжесть состояния по шкалам (ASA, Мангеймский индекс перитонита) 2. Определите объем неотложных мероприятий 3. Составьте план предоперационной подготовки 4. Обоснуйте показания к лапароскопическому вмешательству Критерии оценки: • Правильность оценки тяжести состояния • Полнота плана неотложных мероприятий • Адекватность предоперационной подготовки • Обоснованность выбора хирургической тактики	Клинические рекомендации «Острая кишечная непроходимость» (МЗ РФ, 2020)
2.	Вопрос: Острый калькулезный холецистит Клиническая ситуация: Пациентка 55 лет, боли в правом подреберье, температура 38.5°C, положительный симптом Мерфи. УЗИ: конкременты в желчном пузыре, утолщение стенки до 5 мм, перивезикальный выпот. Задания: 1. Оцените тяжесть по Токийским критериям 2. Определите сроки выполнения холецистэктомии 3. Составьте план антибиотикопрофилактики	Клинические рекомендации «Острый холецистит» (МЗ РФ, 2021)

	4. Опишите технику лапароскопической холецистэктомии Критерии оценки: • Правильность оценки тяжести • Соблюдение временных рамок операции • Адекватность антибиотикопрофилактики • Знание хирургической техники	
3.	Вопрос 3: Перфоративная язва желудка Клиническая ситуация: Пациент 45 лет, внезапные "кинжальные" боли в эпигастрии. Живот доскообразно напряжен, симптомы раздражения брюшины положительные. На R-графии - серп воздуха под диафрагмой. Задания: 1. Оцените тяжесть состояния по шкале Боеу 2. Определите объем экстренной помощи 3. Обоснуйте выбор метода операции (ушивание vs резекция) 4. Составьте план послеоперационного ведения Критерии оценки: • Правильность оценки тяжести • Адекватность экстренной помощи • Обоснованность выбора метода операции • Полнота плана послеоперационного ведения	Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (МЗ РФ, 2020)
4.	Вопрос: Острый аппендицит Клиническая ситуация: Пациент 25 лет, боли в правой подвздошной области, температура 37.8°C, лейкоциты $15 \times 10^9/\text{л}$. При УЗИ - утолщение стенки аппендикса до 7 мм, периаппендикулярный выпот. Задания: 1. Оцените вероятность острого аппендицита по шкале Alvarado 2. Определите показания к экстренной операции 3. Составьте план лапароскопической аппендэктомии 4. Назначьте послеоперационную терапию Критерии оценки: • Правильность использования диагностической шкалы • Обоснованность показаний к операции • Полнота плана операции • Адекватность послеоперационной терапии	Клинические рекомендации «Острый аппендицит» (МЗ РФ, 2020)

5.	Вопрос: Послеоперационные осложнения Клиническая ситуация: Пациент на 3-и сутки после лапароскопической резекции кишечника. Температура 39°C, лейкоциты $20 \times 10^9/\text{л}$, боли в животе. При УЗИ - свободная жидкость в брюшной полости. Задания: 1. Проведите дифференциальную диагностику осложнений 2. Определите объем дополнительного обследования 3. Составьте план лечебных мероприятий 4. Обоснуйте показания к релапароскопии Критерии оценки: • Полнота дифференциальной диагностики • Адекватность обследования • Обоснованность плана лечения • Правильность определения показаний к реоперации	Клинические рекомендации «Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии» (МЗ РФ, 2020)
----	--	--

Задания открытого типа ПК 8.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задача: Санаторно-курортное лечение после холецистэктомии Клиническая ситуация: Пациентка 48 лет, через 2 месяца после лапароскопической холецистэктомии по поводу ЖКБ. Жалуется на периодические боли в правом подреберье, нарушение стула (чередование запоров и диареи), непереносимость жирной пищи. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению 2. Выберите оптимальный тип курорта и профиль лечения 3. Составьте перечень противопоказаний для курортного лечения 4. Разработайте программу реабилитации	Ответ: 1. Показания: состояние после холецистэктомии, постхолецистэктомический синдром, дискинезия желчевыводящих путей 2. Рекомендуемые курорты: бальнеологические и грязевые курорты с минеральными водами (Ессентуки, Железноводск, Трускавец) 3. Противопоказания: острый холецистит, желтуха, камни в желчных протоках, обострение хронических заболеваний 4. Программа реабилитации: Диетотерапия (стол №5) Прием минеральных вод (сульфатные, хлоридно-сульфатные)	Клинические рекомендации «Реабилитация после холецистэктомии» (МЗ РФ, 2021)

		Грязелечение (аппликации на область правого подреберья) Физиотерапия (электрофорез с магнезия сульфатом) ЛФК для улучшения оттока желчи	
2.	Задача: Элиминационная терапия при послеоперационном эндотоксикозе Клиническая ситуация: Пациент 55 лет, на 3-и сутки после лапароскопической резекции кишечника по поводу опухоли. Температура 38.5°C, лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 180 мкмоль/л, мочевины 12 ммоль/л. Задания: 1. Оцените степень эндотоксикоза 2. Определите показания к элиминационной терапии 3. Выберите метод детоксикации 4. Составьте план элиминационной терапии	Ответ: 1.Степень эндотоксикоза: Средней тяжести (лейкоцитоз, повышение маркеров почечной функции) 2.Показания к элиминационной терапии: Нарастание интоксикации, признаки полиорганной недостаточности 3.Методы детоксикации: Инфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды) Форсированный диурез Энтеросорбция При необходимости - плазмаферез 4.План терапии: Инфузия растворов Рингера, реосорбилакта 2000-2500 мл/сут Фуросемид 20-40 мг в/в при необходимости Энтеросорбенты (полифепан, энтеросгель) Контроль диуреза, электролитов	Клинические рекомендации «Интенсивная терапия эндотоксикоза» (МЗ РФ, 2020)
3.	Задача: Реабилитация после герниопластики Клиническая ситуация: Пациент 60 лет, через 1 месяц после лапароскопической пластики послеоперационной вентральной грыжи. Жалуется на дискомфорт в области послеоперационных рубцов, ограничение физической активности. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению	Ответ: 1.Показания: реабилитация после герниопластики, профилактика рецидива 2.Методы реабилитации: Лечебная гимнастика для укрепления мышц брюшного пресса Дыхательные упражнения Физиотерапия (ультразвук, лазеротерапия)	Клинические рекомендации «Реабилитация после герниопластики» (МЗ РФ, 2021)

	2. Выберите методы физической реабилитации 3. Составьте программу ЛФК 4. Оцените противопоказания к физическим нагрузкам 1.	1. Программа ЛФК: Через 1 месяц: изометрические упражнения, дыхательная гимнастика Через 2 месяца: дозированные нагрузки на пресс Через 3 месяца: полный объем физических нагрузок 3.Противопоказания: поднятие тяжестей >5 кг в течение 3 месяцев, интенсивные нагрузки на пресс	
4.	Задача: Санаторное лечение после операций на желудке Клиническая ситуация: Пациент 50 лет, через 6 месяцев после лапароскопической резекции желудка по поводу язвенной болезни. Жалуется на демпинг-синдром, слабость, потерю веса. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению 2. Выберите тип курорта и методы лечения 3. Составьте диетические рекомендации 4. Разработайте программу физической реабилитации	Ответ: 1.Показания: Состояние после резекции желудка, демпинг-синдром, нарушение питания 2.Рекомендуемые курорты: Гастроэнтерологические курорты (Ессентуки, Пятигорск) 3.Диетические рекомендации: Частое дробное питание (6-8 раз в день) Ограничение простых углеводов Высокобелковая диета Прием пищи в горизонтальном положении 4.Программа реабилитации: Прием минеральных вод (Ессентуки №4) Грязелечение ЛФК для укрепления мышц брюшного пресса Психотерапия для коррекции пищевого поведения	Клинические рекомендации «Реабилитация после операций на желудке» (МЗ РФ, 2021)
5.	Задача: элиминационная терапия при панкреонекрозе Клиническая ситуация: Пациент 45 лет, после лапароскопического дренирования по	Ответ: 1.Показания: выраженный эндотоксикоз, признаки полиорганной недостаточности	Клинические рекомендации «Лечение острого панкреатита» (МЗ РФ, 2021)

	поводу инфицированного панкреонекроза. Выраженная интоксикация, лейкоциты $25 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 220 мкмоль/л. Задания: 1. Оцените показания к экстракорпоральной детоксикации 2. Выберите метод элиминационной терапии 3. Составьте план детоксикации 4. Определите критерии эффективности	2.Методы детоксикации: плазмаферез Гемофильтрация Перитонеальный лаваж 3.План терапии: плазмаферез 2-3 сеанса через день Инфузионная терапия под контролем ЦВД Антибиотикотерапия 4.Критерии эффективности: снижение лейкоцитоза Нормализация креатинина Улучшение общего состояния	
--	--	--	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Задача: Санаторно-курортное лечение после холецистэктомии Клиническая ситуация: Пациентка 48 лет, через 2 месяца после лапароскопической холецистэктомии по поводу ЖКБ. Жалуется на периодические боли в правом подреберье, нарушение стула (чередование запоров и диареи), непереносимость жирной пищи. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению 2. Выберите оптимальный тип курорта и профиль лечения 3. Составьте перечень противопоказаний для курортного лечения 4. Разработайте программу реабилитации	Клинические рекомендации «Реабилитация после холецистэктомии» (МЗ РФ, 2021)
2	Задача: Элиминационная терапия при послеоперационном эндотоксикозе Клиническая ситуация: Пациент 55 лет, на 3-и сутки после лапароскопической резекции кишечника по поводу опухоли. Температура 38.5°C, лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 180 мкмоль/л, мочевины 12 ммоль/л. Задания:	Клинические рекомендации «Интенсивная терапия эндотоксикоза» (МЗ РФ, 2020)

	1. Оцените степень эндотоксикоза 2. Определите показания к элиминационной терапии 3. Выберите метод детоксикации 4. Составьте план элиминационной терапии	
3.	Задача: Реабилитация после герниопластики Клиническая ситуация: Пациент 60 лет, через 1 месяц после лапароскопической пластики послеоперационной вентральной грыжи. Жалуется на дискомфорт в области послеоперационных рубцов, ограничение физической активности. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению 2. Выберите методы физической реабилитации 3. Составьте программу ЛФК 4. Оцените противопоказания к физическим нагрузкам	Клинические рекомендации «Реабилитация после герниопластики» (МЗ РФ, 2021)
4.	Задача 4: Санаторное лечение после операций на желудке Клиническая ситуация: Пациент 50 лет, через 6 месяцев после лапароскопической резекции желудка по поводу язвенной болезни. Жалуется на демпинг-синдром, слабость, потерю веса. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению 2. Выберите тип курорта и методы лечения 3. Составьте диетические рекомендации 4. Разработайте программу физической реабилитации	Клинические рекомендации «Реабилитация после операций на желудке» (МЗ РФ, 2021)
5.	Задача 5: Элиминационная терапия при панкреонекрозе Клиническая ситуация: Пациент 45 лет, после лапароскопического дренирования по поводу инфицированного панкреонекроза. Выраженная интоксикация, лейкоциты $25 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 220 мкмоль/л. Задания: 1. Оцените показания к экстракорпоральной детоксикации 2. Выберите метод элиминационной терапии 3. Составьте план детоксикации 4. Определите критерии эффективности	Клинические рекомендации «Лечение острого панкреатита» (МЗ РФ, 2021)

Формирование практический навыков

№	Содержание задания	Источник
---	--------------------	----------

1.	Вопрос: определение показаний к санаторно-курортному лечению Клиническая ситуация: Пациент 50 лет, через 3 месяца после лапароскопической холецистэктомии. Жалуется на тяжесть в правом подреберье, непереносимость жирной пищи, периодические нарушения стула. Задания: 1. Оцените необходимость санаторно-курортного лечения 2. Определите оптимальный вид курортного лечения 3. Составьте перечень необходимых обследований перед направлением на курорт 4. Обоснуйте противопоказания к санаторному лечению Критерии оценки: • Полнота оценки клинической ситуации • Обоснованность выбора вида лечения • Правильность определения обследований • Знание противопоказаний	Клинические рекомендации «Медицинская реабилитация при заболеваниях органов пищеварения» (МЗ РФ, 2021)
2.	Вопрос: Применение элиминационных методов при эндотоксикозе Клиническая ситуация: Пациент 60 лет, на 2-е сутки после лапароскопической резекции кишечника. Температура 38.9°C, лейкоциты $20 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 200 мкмоль/л. Задания: 1. Оцените степень эндотоксикоза 2. Выберите метод элиминационной терапии 3. Составьте план детоксикации 4. Определите критерии эффективности лечения Критерии оценки: • Правильность оценки тяжести состояния • Обоснованность выбора метода детоксикации • Полнота плана лечения • Знание критериев эффективности	Национальные рекомендации «Интенсивная терапия сепсиса и септического шока» (Российское общество хирургов, 2021)
3.	Вопрос: разработка индивидуальной программы реабилитации Клиническая ситуация: Пациент 55 лет, через 1 месяц после лапароскопической пластики гигантской послеоперационной грыжи. ИМТ 35, сахарный диабет 2 типа. Задания:	Клинические рекомендации «Реабилитация после герниопластики» (Общество герниологов, 2021)

	1. Составьте программу санаторно-курортного лечения 2. Определите необходимые физиотерапевтические процедуры 3. Разработайте план диетического питания 4. Оцените возможность физических нагрузок Критерии оценки: • Индивидуальный подход к программе лечения • Обоснованность выбора процедур • Адекватность диетических рекомендаций • Правильность оценки физических нагрузок	
4.	Вопрос: Энтеросорбция в комплексной терапии эндотоксикоза Клиническая ситуация: Пациент 45 лет, после лапароскопического дренирования абсцесса брюшной полости. Явления кишечной недостаточности, выраженная интоксикация. Задания: 1. Обоснуйте необходимость энтеросорбции 2. Выберите препарат для энтеросорбции 3. Составьте схему применения 4. Оцените эффективность терапии Критерии оценки: • Правильность обоснования метода • Обоснованность выбора препарата • Полнота схемы применения • Знание критериев эффективности	Методические рекомендации «Применение энтеросорбентов в интенсивной терапии» (НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, 2020)
5.	Вопрос: реабилитация пациентов с сопутствующей патологией Клиническая ситуация: Пациент 65 лет, через 2 месяца после лапароскопической холецистэктомии. ИБС, гипертоническая болезнь, ХОБЛ. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению 2. Оцените риски курортного лечения 3. Составьте программу реабилитации 4. Определите необходимый медицинский контроль Критерии оценки: • Полнота оценки показаний • Правильность оценки рисков • Адекватность программы реабилитации • Обоснованность объема медицинского контроля	Клинические рекомендации «Медицинская реабилитация при сочетанной патологии» (МЗ РФ, 2022)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "ВОЛГОГРАДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**, Барканова Ольга
Николаевна

14.09.26 09:58 (MSK)

Простая подпись