

государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра хирургии ИПО

"СОГЛАСОВАНО"

Президент общественной
организации «Самарская областная
ассоциация врачей»,
д.м.н., профессор

 С.Н. Измаков

" 21 " 07 2016 г.

"УТВЕРЖДАЮ"

Первый проректор - проректор по
учебно-воспитательной работе и
социальной работе,
д.м.н., профессор



Ю.В. Щукин

" 07 " 2016 г.

Дополнительная профессиональная программа
повышения квалификации врачей по специальности «хирургия»
со сроком освоения 36 часов по теме

«ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ»

"СОГЛАСОВАНО"

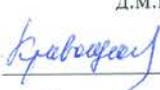
Директор ИПО,
проректор по лечебной работе,
д.м.н., профессор

 Е.А. Корымасов

" 30 " 06 2016 г.

Программа рассмотрена и одобрена
на заседании кафедры 07.06.2016 г.,
протокол № 12.

Заведующий учебной частью кафедры,
д.м.н., профессор

 Е.П.Кривошеков

" 07 " 06 2016 г.

Самара 2016

Программа составлена заведующим кафедрой хирургии ИПО, докт. мед. наук, профессором Е.А.Корымасовым, профессором кафедры хирургии ИПО, докт.мед.наук, профессором Е.П.Кривошековым, профессором кафедры хирургии ИПО, докт.мед.наук, доцентом С.А.Ивановым

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по теме «Хирургические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки» (далее Программа) заключается в удовлетворении образовательных и профессиональных потребностей, обеспечении соответствия квалификации врачей к меняющимся условиям профессиональной деятельности, а также совершенствовании профессиональных компетенций при оказании хирургической помощи пациентам с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки в рамках имеющейся квалификации по специальности «Хирургия».

Трудоемкость освоения –36 академических часов.

Основными компонентами дополнительной программы повышения квалификации врачей по теме «Хирургические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки» являются:

- цель программы;
- планируемые результаты обучения;
- учебный план;
- требования к итоговой аттестации обучающихся;
- рабочая программа;
- организационно-педагогические условия реализации Программы;
- оценочные материалы и иные компоненты.

Содержание Программы подразделяется на темы, каждая тема - на элементы, каждый элемент - на подэлементы. Для удобства пользования программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится - код темы (например, 1), далее - код элемента (например, 1.1), затем код - подэлемента (например, 1.1.1). Кодировка носит определенный порядок в перечень вопросов, содержащихся в программе, что, в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее - УМК).

В содержании Программы предусмотрен перечень необходимых знаний, умений и навыков врача-хирурга, составляющих основу универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

Содержание Программы разработано на основании установленных квалификационных требований, профессиональных стандартов и требований соответствующих федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования по специальности «Хирургия» к результатам освоения образовательной программы.

Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача-хирурга, его профессиональных знаний, умений, навыков.

Учебный план Программы определяет состав изучаемой темы с указанием трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, семинарские и практические занятия), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся. В случае необходимости, учитывая уровень базисных знаний, актуальность задач подготовки

врачей-хирургов, по усмотрению заведующего кафедрой могут быть внесены изменения в распределение учебного времени, предусмотренного учебными планами программы, в пределах 15% от общего количества учебных часов.

Организационно - педагогические условия реализации программы.

Условия реализации Программы по теме «Хирургические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки» включают:

1) учебно-методическую документацию и материалы по дисциплине «Хирургия»;

2) учебно-методическую литературу для внеаудиторной работы обучающихся;

3) материально-техническую базу, обеспечивающую организацию всех видов подготовки:

- учебные аудитории, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса;

- клинические базы в медицинских и научных организациях в зависимости от условий оказания медицинской помощи по профилю «Хирургия»: в амбулаторных условиях (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); в стационарных условиях (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

4) кадровое обеспечение реализации Программы соответствует требованиям штатного расписания кафедр хирургии образовательных организаций, реализующих дополнительные профессиональные программы;

5) законодательство Российской Федерации.

Программа может реализовываться полностью или частично в форме стажировки. Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта, закрепления теоретических знаний, полученных при освоении Программы, и приобретения практических навыков и умений для их эффективного использования их при исполнении своих должностных обязанностей. Содержание стажировки определяется образовательной организацией, реализующей дополнительную образовательную программу, с учетом предложения организации, направляющей специалиста на стажировку, и содержания Программы.

II. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ, УСПЕШНО ОСВОИВШИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ПРОГРАММУ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ СО СРОКОМ ОСВОЕНИЯ 36 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ, ПО ТЕМЕ: «ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ»

Результаты обучения по Программе направлены на совершенствование компетенций, приобретенных в рамках полученного ранее профессионального образования на основе Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности «Хирургия»; на формирование профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате обучения.

Характеристика профессиональных компетенций врача-хирурга, подлежащих совершенствованию в результате освоения Программы

У обучающегося совершенствуются следующие универсальные компетенции (далее - УК):

- способность анализировать и использовать на практике методы естественно-научных и медико-биологических наук в различных видах профессиональной деятельности (УК-1).

У обучающихся совершенствуются следующие общепрофессиональные компетенции (далее – ОПК):

в психолого-педагогической деятельности:

- способность и готовность формировать у пациентов и членов их семей мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ОПК-1).

У обучающихся совершенствуются профессиональные компетенции врача-хирурга.

Характеристика новых профессиональных компетенций врача-хирурга, формирующихся в результате освоения Программы

У обучающегося формируются следующие профессиональные компетенции (ПК):

в организаторской деятельности:

- владение принципами межведомственного взаимодействия органов управления здравоохранением, органов законодательной и исполнительной власти, территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций, органов социальной защиты, образовательных учреждений по вопросам хирургической помощи взрослому населению (ПК-1);

в диагностической деятельности:

- владение методами донозологической диагностики и раннего выявления факторов риска развития хирургических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (ПК-2);

в лечебной деятельности:

- способность и готовность выполнять коррекцию выявленных хирургических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (ПК-3) с последующим мониторингом эффективности проводимых профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий (ПК-4) и, в случае необходимости, проведением оперативного лечения только с добровольного информированного согласия пациента (ПК-5).

Перечень знаний, умений и навыков врача-хирурга, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций

По окончании обучения врач-хирург должен знать:

1. Общие знания:

- законодательство Российской Федерации в сфере здравоохранения, кодексы, федеральные законы, подзаконные нормативные правовые акты Российской Федерации оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным в Российской Федерации;

- основы организации первичной медико-санитарной помощи, скорой и специализированной хирургической помощи взрослому населению;

- принципы врачебной этики и медицинской деонтологии.

2. Специальные знания:

- топографическую анатомию желудка и ДПК, основные вопросы нормальной и патологической физиологии при хирургической патологии этих органов;

- общие, функциональные, инструментальные и другие специальные методы обследования больного с хирургической патологией желудка и ДПК;

- клиническую симптоматику хирургических заболеваний желудка и ДПК, их профилактику, диагностику и лечение;

- принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода;

- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, диспансеризации и реабилитации хирургических больных с патологией желудка и ДПК;
- применение физиотерапии, лечебной физкультуры;
- показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
- основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде;
- хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях.

По окончании обучения врач-хирург должен уметь:

- получить информацию о развитии и течении заболевания;
- выявить факторы риска развития хирургического заболевания желудка и ДПК, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования;
- применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания желудка и ДПК;
- оценить тяжесть состояния больного, определить необходимость, объем и последовательность лечебных, в том числе, реанимационных мероприятий;
- оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях;
- определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные;
- определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента;
- составить дифференцированный план обследования и лечения больного, проводить его коррекцию в динамике;
- разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции;
- определить группу крови и выполнить внутривенное или внутриаартериальное переливание крови, реинфузию; выявить возможные трансфузионные осложнения и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия;
- оценить критерии выбора адекватного метода обезболивания;
- решить вопрос о трудоспособности больного;
- вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями;
- проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность;
- проводить анализ основных показателей деятельности лечебно-профилактического учреждения;
- проводить санитарно-просветительную работу.
- диагностировать и оказывать необходимую помощь при следующих неотложных состояниях: острая кровопотеря, профузное гастродуоденальное кровотечение; перитонит различной этиологии;
- установить диагноз и провести необходимое лечение при следующих заболеваниях: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, острые и рецидивирующие язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейса.

По окончании обучения врач-хирург должен владеть навыками:

- ушивание перфорационного отверстия желудка и кишечника;
- наложение гастростомы;

- наложение гастроэнтероанастомоза в различных модификациях;
- резекция желудка в различных модификациях;
- стволовая, селективная проксимальная ваготомия с дренирующими операциями;
- формирование культи ДПК (различные модификации) при резекции желудка.

III. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации по теме «Хирургические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки» проводится в форме зачета и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-хирурга в соответствии с требованиями квалификационных характеристик, профессиональных стандартов и настоящей Программы.

Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения тем, предусмотренных учебным планом Программы.

Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации по теме «Хирургические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании - удостоверение о повышении квалификации.

IV. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА «ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ»

Код	Наименование темы, элементов и подэлементов
1.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в практике хирурга. Показания к операции и виды операций
2.	Осложнения язвенной болезни
2.1	Кровоточащая язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Патологическая анатомия. Патогенез нарушений основных звеньев гомеостаза. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение кровоточащих язв. Эндоскопические методы остановки кровотечения. Способы хирургического лечения
2.2	Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Классификация перфораций, патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечебная тактика.
2.3	Пилородуоденальный стеноз. Патогенез. Клиника и диагностика. Стадии заболевания, характер нарушений гомеостаза. Особенности предоперационной подготовки. Показания к операции и виды операций.
2.4	Пенетрация язв. Патогенез. Клиническая картина. Методы диагностики. Показания к оперативному лечению и виды операций.
2.5	Малигнизация язвы. Теории развития малигнизации. Частота малигнизации в зависимости от локализации язвы. Ранняя диагностика малигнизации.
2.6	Симптоматические язвы: гормональные и лекарственные язвы, синдром Золлингера-Эллисона. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Особенности хирургического лечения.
3.	Неязвенные поражения желудка как причина кровотечений
3.1	Синдром Меллори-Вейсса. Причины развития заболевания. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
3.2	Геморрагический гастрит. Синдром Дъелафуа. Острые стрессовые эрозии.
4.	Рак желудка и предраковые заболевания желудка.
4.1	Классификация. Клиническая картина заболевания в зависимости от

	локализации и характера роста опухоли. Осложнения: кровотечение, стеноз, перфорация. Диагностика и дифференциальная диагностика.
4.2	Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям. Принципы предоперационной подготовки и послеоперационное ведение.
5.	Ранние послеоперационные осложнения
5.1	Кровотечения, парез желудка и кишечника, анастомозит, несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечных анастомозов. Клиническая картина, диагностика, лечение.
5.2	Способы лечения ранних послеоперационных осложнений
6.	Болезни оперированного желудка
6.1	Классификация. Незажившие и рецидивные язвы, пептические язвы тощей кишки, синдром приводящей петли и демпинг-синдром. Причины возникновения. Клиника и диагностика.
6.2	Показания к хирургическому лечению, методы реконструктивных операций.

V. УЧЕБНЫЙ ПЛАН ПРОГРАММЫ

Цель: удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, обеспечение соответствия квалификации врачей к меняющимся условиям профессиональной деятельности, а также совершенствование профессиональных компетенций при оказании хирургической помощи пациентам с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки в рамках имеющейся квалификации по специальности «Хирургия».

Категория обучающихся: врач-хирург.

Трудоемкость обучения: 36 академических часов.

Режим занятий: 7,2 академических часа в день

Форма обучения: очная

	Разделы программы	Всего часов	В т.ч.		Форма контроля
			Л	С, Д/И П/З, Л/З, С/З	
1.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Показания к операции и виды операций	6	2	4	ТК (тесты)
2	Осложнения язвенной болезни	6	1	5	ТК (тесты)
3	Неязвенные поражения желудка как причина гастродуоденальных кровотечений	6	2	4	ТК (тесты)
4	Рак желудка и предраковые заболевания желудка.	6	1	5	ТК (тесты)
5	Ранние послеоперационные осложнения	5	1	4	ТК (тесты)
6	Болезни оперированного желудка	5	2	3	ТК (тесты)
	Всего	34	9	25	ТК (тесты)
	Итоговая аттестация	2	-	2	Зачет
	ИТОГО:	36	9	27	

Примечание: Л – лекция, С – стажировка, Д/И – деловые игры, П/З – практические занятия, Л/З – лабораторные занятия, С/З – семинарские занятия, мастер-класс, Ф/К – форма контроля, ТК – текущий контроль (тестовый контроль).

VI. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО ТЕМЕ «ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ»

При организации и проведении учебных занятий необходимо иметь учебно-методическую документацию и материалы по всем разделам Программы, соответствующую материально-техническую базу, обеспечивающую организацию всех видов дисциплинарной подготовки. Кадровое обеспечение реализации Программы должно соответствовать требованиям штатного расписания кафедр хирургии, реализующих дополнительную профессиональные программы.

Основное внимание должно быть уделено практическим занятиям. Приоритетным следует считать разбор/обсуждение выбранной тактики и осуществление действий при организации хозяйственной и финансовой деятельности медицинских организаций в каждой конкретной ситуации. Предпочтение следует отдавать активным методам обучения (разбор случаев, нормативных актов - их обсуждение, использование ролевых игр). Для усиления интеграции профессиональных знаний и умений следует поощрять контекстное обучение. Этические и психологические вопросы должны быть интегрированы во все разделы Программы. С целью проведения оценки знаний следует использовать различные методики, например, тестовые задания, содержащие вопросы с несколькими вариантами ответов, прямые вопросы, а также опросники для оценки отношения и профессиональных навыков.

VII. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ В ФОРМЕ СТАЖИРОВКИ

Программа может реализовываться частично или полностью в форме стажировки.

Стажировка носит индивидуальный или групповой характер и может предусматривать такие виды деятельности, как:

- самостоятельную работу с учебными изданиями;
- приобретение профессиональных навыков;
- изучение организации и методик работ;
- участие в совещаниях, деловых встречах.

Содержание стажировки определяется с учетом пожеланий и предложений медицинских организаций, направляющих специалистов на обучение в форме стажировки, и содержания данной Программы.

Содержание стажировки должно быть направлено на достижение целей Программы - освоения планируемых ее результатов.

Освоение Программы в форме стажировки завершается итоговой аттестацией обучающихся, порядок которой определяется образовательной организацией реализующей программу дополнительного профессионального образования.

VIII. ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Обучающиеся допускаются к итоговой аттестации после изучения Программы в объеме, предусмотренном учебным планом.

Обучающиеся, освоившие Программу и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании –

удостоверение о повышении квалификации.

Контрольные вопросы по теме:

1. Клиника и диагностика желудочно-кишечных кровотечений.
2. Эндоскопические методы остановки кровотечения.
3. Виды тактики при язвенном гастродуоденальном кровотечении.
4. Классификация перфораций желудка и ДПК.
5. Выбор способа операции при перфоративной язве.
6. Стадии пилородуоденального стеноза, характер нарушений основных звеньев гомеостаза. Особенности предоперационной подготовки.
7. Пенетрация язв. Показания к оперативному лечению и виды операций.
8. Частота малигнизации в зависимости от локализации язвы. Ранняя диагностика малигнизации.
9. Симптоматические язвы: гормональные и лекарственные язвы, синдром Золлингера-Эллисона. Особенности хирургического лечения.
10. Синдром Меллори-Вейсса. Консервативное и оперативное лечение.
11. Клиническая картина рака желудка в зависимости от локализации и характера роста опухоли.
12. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям при раке желудка.
13. Незажившие и рецидивные язвы, пептические язвы тощей кишки. Показания к хирургическому лечению, методы реконструктивных операций.
14. Ранние послеоперационные осложнения в хирургии язвенной болезни. Клиническая картина, диагностика, лечение.

Примеры оценочных средств для текущего контроля знаний

№ 1.

Больной 46 лет лечится у Вас амбулаторно; 3 недели назад он был оперирован по поводу грыжи белой линии живота в районной больнице. Больного давно следовало бы выписать на работу, но он продолжает жаловаться на боли в эпигастральной области, почти такие же, какие у него были до операции. У него нет аппетита, нарастает слабость, он похудел. Курс УВЧ-терапии, который Вы назначили, определив у него воспалительную инфильтрацию рубца, боли не снял.

1. Почему так протекает послеоперационный период?
2. Что следует предпринять?

Эталон ответа.

1. Подозрение на наличие злокачественной опухоли желудка.
2. ФГДС и рентгеноскопия желудка, особенно у пожилых.

№ 2.

В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного была обильная рвота, и он сильно похудел. При осмотре: больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация кожи и определяется шум плеска.

1. Какой диагноз может быть поставлен?
2. С чем связано состояние, в котором больной поступил?
3. Как следует лечить больного, начиная с момента поступления?

Эталон ответа.

1. Стеноз привратника.
2. Коматозное состояние связано с гипохлоремией, развившейся у больного вследствие нарушения проходимости привратника, результатом которой явилась частая и обильная рвота.
3. Для выведения больного из коматозного состояния ему следует ввести в вену 40-60 мл 10% раствора хлорида натрия, а затем организовать постоянное капельное вливание физиологического раствора, ввести сердечные и сосудистые препараты, парентеральное введение белков, жиров, углеводов, электролитов, переливания крови и плазмы, ежедневное промывание желудка. Подготовка больного к операции не должна превышать 7-10 дней. Уточнить причину стеноза. Показана операция.

№ 3.

Больной 48 лет поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. Перенес болезнь Боткина 3 года назад. Брат больного страдает туберкулезом легких. Общее состояние удовлетворительное.

1. С какими заболеваниями Вам придется проводить дифференциальный диагноз?
2. Каковы будут Ваши действия при поступлении такого больного?
3. Какие дополнительные методы исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?

Эталон ответа.

1. Язва желудка и ДПК, рак желудка, варикозное расширение вен пищевода, заболевания легких (туберкулез, бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легкого), эрозивный гастрит, синдром Маллори-Вейса, болезнь Верльгофа.
2. ФГДС.
3. На высоте кровотечения выполнить ФГДС.

№ 4.

Больной, в течение 10 лет страдавший язвенной болезнью, во время очередного обострения поступил в стационар. За последнее время больной похудел, что он связывает с боязнью есть из-за возникающих после еды болей. Аппетит остается хорошим. При обследовании врач пропальпировал в эпигастральной области резко болезненное образование. Анализы крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено повышение общей кислотности и связанной соляной кислоты. При рентгенологическом исследовании обнаружена гиперсекреция натошак, ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется ниша диаметром 2 см. Стенка желудка вокруг ниши ригидная, складки слизистой оболочки не выражены. Исследование этой области чрезвычайно болезненное.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какова в данном случае должна быть лечебная тактика?

Эталон ответа.

1. Язвенная болезнь желудка (воспалительный инфильтрат вокруг язвы).
2. Исключить рак желудка. ФГДС с биопсией.
3. Операция после консервативного противовоспалительного лечения.

№ 5.

Больной 50 лет в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка. Особенно больших неприятностей заболевание ему не причиняло. Однако последний месяц больной отмечает усиление болей в эпигастральной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул, возникают позывы на стул после каждого

приема пищи. В кале стали встречаться кусочки непереваренной пищи. Больной резко похудел. Температура нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное количество слизи и непереваренной пищи.

1. Что произошло с больным?
2. Каким исследованием можно подтвердить свое предположение?
3. Как лечить больного?

Эталон ответа.

1. Пенетрация язвы желудка в поперечную ободочную кишку с образованием желудочно-толстокишечного свища.
2. Рентгеноскопия желудка.
3. Лечение хирургическое (резекция желудка и клиновидная резекция поперечной ободочной кишки).

№ 6.

Больной 63 лет, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 месяца сильно похудел и ослаб. Утром у него появилось головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул - кал дегтеобразный. После этого был доставлен в хирургическое отделение.

1. Чем вызвано подобное состояние больного ?
2. С помощью каких исследований можно уточнить диагноз ?
3. Что следует предпринять ?

Эталон ответа.

1. Желудочное кровотечение. Рак желудка.
2. ФГДС и рентгенография желудка.
3. Следует попытаться с помощью консервативных мероприятий остановить кровотечение. В дальнейшем, при отсутствии противопоказаний, после короткой, но интенсивной подготовки нужно оперировать больного в плановом порядке. Если же кровотечение продолжается, больного надо экстренно оперировать.

№ 7.

Больной 44 лет поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Заболел внезапно. Появилась обильная повторная кровавая рвота. Больной резко ослаб. Из анамнеза удалось выяснить, что он много лет злоупотреблял алкоголем. При обследовании больного обращала внимание большая плотная селезенка. Печень не пальпировалась.

1. Что может служить источником кровотечения?
2. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа.

1. Варикозно расширенные вены пищевода на почве алкогольного цирроза печени.
2. Исключить язвенное кровотечение, из распадающейся опухоли желудка, связанное с заболеванием крови и легочное кровотечение. ФЭГДС.

№ 8.

Больной 42 лет поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Кровавая рвота возникла внезапно. Больной отмечает, что в течение 2 лет такое кровотечение начинается в третий раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре выраженная венозная сеть на животе в виде «головы медузы». Пальпируется большая селезенка и плотный край печени у реберной дуги.

1. О каком заболевании следует думать?
2. В чем будет заключаться неотложная помощь больному?
3. Как следует обследовать больного в дальнейшем, после остановки

кровотечения?

4. Каковы возможные варианты лечения данного больного?

Эталон ответа.

1. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

2. Зонд Блекмора на 1-3 дня, гемостатическая терапия, раствор питуитрина, который снижает давление в портальной системе.

3. Уточнить диагноз и выяснить причину портальной гипертензии (фиброгастроскопия, рентгеноскопия легких, пищевода, желудка, УЗИ органов брюшной полости, ультразвуковую доплерографию сосудов портальной системы, измерение давления в портальной системе, спленопортографию).

4. После выяснения локализации блока решить вопрос о выборе операции (наложение портокавального, спленоренального анастомоза, операция Таннера, операция Сугиуры, оментогепатопексия).

Критерии оценок тестовых заданий

Формула для оценки тестовых заданий:

$$\% \text{ правильных ответов} = 100 - \left(\frac{X_1 + X_2}{Y} \times 100 \right)$$

где

X_1 - недостающее количество правильных ответов;

X_2 - количество неправильных ответов;

Y - количество правильных ответов.

До 70% правильных ответов

– «неудовлетворительно»

От 70% до 79% правильных ответов

– «удовлетворительно»

От 80% до 89% правильных ответов

– «хорошо»

90% и более правильных ответов

– «отлично»

IX. Список литературы

Основная литература

1. Абдоминальная хирургия: Национальное руководство. Краткое издание. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 912 с.
2. Барыкина, Н.В. Справочник по хирургии [Текст] / Н. В. Барыкина. - Ростов н/Д : Феникс, 2012. - 508 с.
3. Золлингер Р. (ст.), Золлингер Р. (мл.). Атлас хирургических операций. - М.:«ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 800 с.
4. Клиническая хирургия: Национальное руководство. В 3-х томах / Под ред. В.С.Савельева и А.И. Кириенко. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008-2010 гг.
5. Ковалев, А. И. Школа неотложной хирургической практики [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образ. врачей / А. И. Ковалев, Ю. Т. Цуканов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2010. - 743 с.
6. Ковалев, А. И. Стратегия и тактика неотложной абдоминальной хирургии [Текст] / А. И. Ковалев. - М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2011. - 360 с.
7. Лебедев Н.В. Системы объективной оценки тяжести состояния больных и пострадавших. – М.: «Бином», 2015. - 160 с.

8. Общая и неотложная хирургия : Руководство: Пер.с англ. / Под ред.С.Патерсона-Брауна. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 378с.
9. Перитонит (практическое руководство) / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Литтерра, 2006. – 206 с.
10. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости: Руководство для врачей. Под ред. В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: «МИА (Медицинское информационное агентство)», 2014. - 544 с.
11. Сажин, В.П. Эндоскопическая абдоминальная хирургия: Руководство / В. П. Сажин, А. В. Федоров, А. В. Сажин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 502с.
12. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х., Пачес А.И. Атлас онкологических операций.- М.:«ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 624 с.

Дополнительная литература

1. Абакумов М.М., Чирков Р.Н. Повреждения двенадцатиперстной кишки. – М.: «Бином», 2014. -152 с.
2. Галкин, Р.А. Ошибки в хирургической практике и их предупреждение [Текст] : монография / Р. А. Галкин, И. Г. Лещенко ; МЗ Самар. обл., ГБОУ ВПО "СамГМУ", ГБУЗ "Самар. обл. гериатр. центр". - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 431 с.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Руководство для врачей. - М.:«ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 384 с.
4. Киселев, Е. А. Хирургическое лечение рака желудка IV стадии [Текст] : монография / Е. А. Киселев, С. А. Берзин, Ю. В. Истомин ; МЗ и СР РФ, ГБОУ ВПО Урал. гос. мед. акад. - Екатеринбург, 2012. - 115 с.
5. Классификация злокачественных опухолей TNM (7-й пересмотр).- М., 2011.
6. Клинический протокол диагностики и лечения язвенного гастродуоденального кровотечения в Самарской области / Е.А.Корымасов и соавт. – Самара, 2013. – 22 с.
7. Костюченко Л.Н. Нутритивная поддержка при последствиях операций на желудочно-кишечном тракте. – М., 2011.
8. Михайлов А.П. Повреждения двенадцатиперстной кишки. – Санкт-Петербург, 2010.
9. Хирургия пищевода и желудка / Под ред. С.М.Гриффина, С.А. Реймса; пер. с англ под ред. Ю.М.Стойко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
10. Черноусов А.Ф. Диагностика и лечение гастринпродуцирующих опухолей. – М., 2013.