

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе,
академик РАН, профессор И.В.Маев

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА

Кафедра	Оперативной хирургии и топографической анатомии	
Программа	Повышения квалификации	
Трудоемкость	36 ч.	
Наименование программы	Вариантная анатомия желудочно-кишечного тракта	
Контингент обучающихся (специальности)	Врачи хирурги, гепатологи, гастроэнтерологи, врачи общей практики, врачи хирургических специальностей	
Год разработки	2019	
Форма обучения	Очная	
Программа одобрена на кафедральном заседании 18 января 2019г. Протокол № 1/19 Зав.кафедрой клинической функциональной диагностики, профессор Праздников Э.Н.		
Программа одобрена Ученым советом ФДПО « ____ » _____ 2019г. Протокол № ____ Декан ФДПО, профессор Крихели Н.И.		

1. Цель программы.

Качественное улучшение профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации «врач хирург».

2. Планируемые результаты обучения

Перечень профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате обучения:

№ п/п	Перечень имеющихся компетенций	Совершенствуемые компетенции
1.	Универсальные компетенции	
1.1.	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);	Нет
1.2.	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);	Нет
1.3.	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)	Нет
2.	Профессиональные компетенции	
Профилактическая деятельность:		
2.1.	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 на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);	Да
2.2.	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);	Да
2.3.	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);	Нет
2.4.	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);	Нет
Диагностическая деятельность:		
2.5.	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Да

	(ПК-5);	
2.6.	готовность к применению методов функциональной диагностики и интерпретации их результатов (ПК-6);	Да
Психолого-педагогическая деятельность:		
2.7.	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-7);	Да
Организационно-управленческая деятельность:		
2.8.	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-8);	Да
2.9.	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-9);	Да
2.10.	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-10).	Нет

3. Квалификационные требования, предъявляемые к медицинским работникам по специальности «Хирургия»

Уровень профессионального образования	Высшее образование - специалитет по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология» Подготовка в ординатуре по специальности «Хирургия», «Акушерство и гинекология», «Онкология», «Детская хирургия», «Челюстно-лицевая хирургия», «Колопроктология», «Торакальная хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Нейрохирургия», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Гастроэнтерология»
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности «Хирургия» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: «Авиационная и космическая медицина», «Акушерство и гинекология», «Анестезиология-реаниматология», «Водолазная медицина», «Дерматовенерология», «Детская кардиология», «Детская онкология», «Детская хирургия», «Детская урология-андрология», «Детская эндокринология», «Гастроэнтерология», «Гематология», «Гериатрия», «Инфекционные болезни», «Кардиология», «Колопроктология», «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Нефрология», «Неврология», «Неонатология», «Нейрохирургия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Ортодонтия», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Педиатрия», «Пластическая хирургия», «Профпатология», «Пульмонология», «Ревматология», «Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Скорая медицинская помощь», «Стоматология общей практики», «Стоматология хирургическая», «Стоматология терапевтическая», «Стоматология детская», «Стоматология ортопедическая», «Терапия», «Торакальная хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Фтизиатрия», «Хирургия», «Челюстно-лицевая хирургия», «Эндокринология» Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач функциональной диагностики; заведующий (начальник)

	структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач функциональной диагностики
--	--

4. Учебный план.

№ п/п	Разделы дисциплины	Лекции	Практические занятия	Всего	Совершенствуемые проф. компетенции
1.	Общие вопросы организации обучения вариантом анатомии желудочно-кишечного тракта	3	-	3	ПК-8, ПК-9
1.1	Общие сведения о нормальной анатомии и физиологии желудочно-кишечного тракта. Наиболее распространенные ошибки в диагностике заболеваний области желудочно-кишечного тракта обусловленные вариантами ее анатомического строения.	3	-	3	
2.	Вариантная анатомия и диагностика	9	18	27	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7
2.1	Наиболее распространенные варианты анатомического строения желудочно-кишечного тракта	2	3	5	
2.2	Особенности физикальной и инструментальной диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта связанные с вариантами анатомического строения.	2	3	5	
2.3	УЗИ, КТ и рентгенологическая картина вариантов анатомического строения области желудочно-кишечного тракта на что следует обращать внимание.	2	3	5	
2.4	Наиболее типичные изменения анатомии желудочно-кишечного тракта на фоне онкологического процесса	1	3	4	
2.5	Изменения анатомии желудочно-кишечного тракта при доброкачественном опухолевом процесс.	1	3	4	
2.6	Важные моменты в определении тактических подходов к оперативному вмешательству при выявлении вариантов анатомического строения желудочно-кишечного тракта	1	3	4	
3.	Итоговая аттестация	-	6	6	

5. Календарный учебный график

Календарный учебный график, а также место и время проведения занятий определяется расписанием занятий, формируемым в соответствии с утвержденным учебно-производственным планом университета и/или согласно договорам об оказании платных образовательных услуг.

6. Организационно-педагогические условия:

Практические занятия могут быть осуществлены в виде мастер-классов, мастерских и деловых игр, лабораторных работ, круглых столов, ролевых игр, тренингов, семинаров по обмену опытом, выездных занятий, консультаций.

Для всех видов аудиторных занятий академический час устанавливается продолжительностью 45 минут.

6.1. Средства обеспечения освоения дисциплины:

- иллюстративный материал к лекциям в виде слайдов и плакатов, подготовленных с использованием результатов последних рекомендаций;
- методические пособия кафедры;
- диски с обучающими программами ведущих зарубежных медицинских центров, содержащие клинические примеры и записи больных в реальном масштабе времени; диски с материалами специальных сайтов по функциональной диагностике из сети Internet;
- собственные архивные видеозаписи, иллюстрирующие разнообразную патологию сердца и сосудов, и других внутренних органов.
- проведение функциональных исследований больным на базе больницы.

6.2. Материально-техническое обеспечение.

Кафедра имеет учебные помещения 2 лекционных зала, 5 аудиторий для проведения практических занятий. 2 экспериментальных операционных. 2 зала для занятий с нефиксированным биологическим материалом.

Лекционный зал на 100 посадочных мест на 1 этаже в корпусе №3 ГКБ им. Братьев Бахрушиных оборудован для сопровождения лекций мультимедийным оборудованием, которое позволяет проиллюстрировать лекции на самом современном уровне. Может быть использован для проведения практических занятий.

Лекционный зал на 80 посадочных мест на 6 этаже в корпусе №1/1 ГКБ им. Братьев Бахрушиных оборудован для сопровождения лекций мультимедийным оборудованием, которое позволяет проиллюстрировать лекции на самом современном уровне. Может быть использован для проведения практических занятий.

Кабинет «Компьютерный класс» на 25 посадочных мест на 6 этаже в корпусе №1/1 ГКБ им. Братьев Бахрушиных оборудован для проведения практических занятий в том числе с использованием компьютерных программ (Артекса) электронных атласов по дисциплине «Оперативная хирургии и топографическая анатомия». В кабинете развернуто 20 компьютеров которые используются для текущего тестирования и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Оперативная хирургии и топографическая анатомия». Кабинет оборудован жидкокристаллическим экраном большого размера совмещенным с мультимедиапроектором для демонстрации курсантам учебных фильмов из коллекции кафедры.

Кабинет «Симуляционный класс» на 25 посадочных мест на 6 этаже в корпусе №1/1 ГКБ им. Братьев Бахрушиных оборудован для проведения практических занятий в том числе с использованием обычных и электронных тренажеров для отработки базовых оперативных навыков по дисциплине «Оперативная хирургии и топографическая анатомия». Электронный симулятор позволяет воспроизводить в схематическом виде ряд оперативных вмешательств на органах грудной клетки и брюшной полости, объяснять курсантам тактику выполнения оперативных вмешательств, дает возможность курсантам отрабатывать навыки работы на органах и тканях на тренажере. Кабинет оборудован двумя жидкокристаллическими экранами большого размера совмещенными с мультимедиапроектором для демонстрации курсантам

учебных фильмов из коллекции кафедры.

Кабинет «Телемедицина» на 25 посадочных мест на 6 этаже в корпусе №1/1 ГКБ им. Братьев Бахрушиных оборудован проведения практических занятий в том числе для чтения лекций удаленными лекторами (опыт сотрудничества с профессорами кафедр Оперативной хирургии и топографической анатомии Первого МГУ им. И.М Сеченова и Самарского ГМУ) по дисциплине «Оперативная хирургии и топографическая анатомия».

Кабинет на 25 посадочных мест на 1 этаже в корпусе №1 ГКБ им. Братьев Бахрушиных оборудован проведения практических занятий в том числе с использованием обычных тренажеров для отработки базовых оперативных навыков по дисциплине «Оперативная хирургии и топографическая анатомия».

Кабинет на 25 посадочных мест на 1 этаже в корпусе №4 ГКБ им. Братьев Бахрушиных оборудован проведения практических занятий в том числе с использованием обычных тренажеров для отработки базовых оперативных навыков по дисциплине «Оперативная хирургии и топографическая анатомия». Кабинет используется совместно с кафедрой анестезиологии и реанимации МГМСУ им А.И.Евдокимова.

Два кабинета на 12 мест каждый на 6 этаже в корпусе №1/1 ГКБ им. Братьев Бахрушиных «Студенческая операционная» - оборудованы проведения практических занятий в том числе с использованием обычных тренажеров для отработки базовых оперативных навыков по дисциплине «Оперативная хирургии и топографическая анатомия».

Кабинет на 20 мест на 1 этаже в корпусе №10 (Морг) ГКБ им. Братьев Бахрушиных оборудован для проведения практических занятий с использованием нефиксированного биологического материала для отработки базовых оперативных навыков по дисциплине «Оперативная хирургии и топографическая анатомия». Кабинет используется совместно с кафедрой патологической анатомии МГМСУ им А.И.Евдокимова

Кабинет на 20 мест на 1 этаже в корпусе №9 (Морг) ГКБ №29 оборудован для проведения практических занятий с использованием нефиксированного биологического материала для отработки базовых оперативных навыков по дисциплине «Оперативная хирургии и топографическая анатомия».

6.3. Рекомендуемая литература:

1. Абдоминальная эндохирургия. Национальное руководство. Гэотар-Медиа. 2011. 695 с.. 2 12
2. Торакальная эндохирургия. Национальное руководство . Гэотар-Медиа. 2010. 730 с. 3 20 5.2.
3. Р.С.Султанова Аплатизация кист печени и селезенки малоинвазивным способом ГЭОТАР-Медиа. 2010 г. 140 с. 30 1
4. У.А.Насибов Диагностика перитонита у пациентов пожилого и старческого возраста видеолaparоскопическим путем ГЭОТАР-Медиа. 2008 г. 90 с. 11 1
5. Гарифуллин Б.М. Опыт оптимизации хирургического этапа лечения больных с гематологическими заболеваниями ГЭОТАР- Медиа. 2004 г. 130 с. 2 1
6. Хатьков И.Е. Кривая обучения в лапароскопической хирургии рака поджелудочной железы ГЭОТАР-Медиа. 2011 г. 210 с. 4 2
7. Гайнутдинов Ф.М. Эндохирургия кишечных стом как метод выбора хирургического лечения ГЭОТАР-Медиа. 2012 г. 200 с. 2 1
8. Биганяков Р.Я. Опыт первых 100 эндоскопических вмешательств в лечении долихоколо ГЭОТАР- Медиа. 2013 г. 294 с. 3 2
9. Котловский В.И., Случай симультанной лапароскопической субтотальной гистерэктомии и 3D холецистэктомии, выполненных из «мультиминидоступа» ГЭОТАР-Медиа. 2011 г. 100 с. 4 1
10. Хатьков И.Е. Возможности единого видеоэндохирургического доступа в диагностике и лечении детей с дисгенезией гонад ГЭОТАР- Медиа. 2003 г. 234 с. 3 2
11. Хатьков И.Е. Санационная видеолaparоскопия при послеоперационном перитоните ГЭОТАР-Медиа. 2008 г. 123 с. 2 2 10

7. Формы аттестации

Освоение программы завершается итоговой аттестацией, состоящей из решения тестовых заданий (100 вопросов).

Лицам, не прошедшим итоговой аттестации или получившим на итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также лицам, освоившим часть дополнительной профессиональной программы и (или) отчисленным из организации, выдается справка об обучении или о периоде обучения.

При освоении дополнительной профессиональной программы параллельно с получением высшего образования удостоверение о повышении квалификации и (или) диплом о профессиональной переподготовке выдаются одновременно с получением соответствующего документа об образовании и о квалификации.

8. Оценочные материалы (см. Приложение №1 к Программе).

7. Авторский коллектив:

Рабочая учебная программа составлена сотрудниками кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова:

ФИО	Должность	Подпись
Праздников Э.Н.	Зав. кафедрой, профессор, д.м.н.	
Овчаров С.Э.	доцент, к.м.н.	

Приложение 1

Вопросы итогового тестового контроля – 100 шт.:

1. Нижней границей пахового канала является
 - А) Верхние края наружной косой и поперечной мышц живота
 - Б) Гребешковая связка
 - В) Паховая связка
 - Г) Продольная фасция
2. У мужчин в паховой связке проходит
 - А) Круглая связка матки
 - Б) Семенной канатик
 - В) Паховая артерия
 - Г) Мочеиспускательный канал
3. Переднебоковая стенка живота разделяется с помощью горизонтальных и вертикальных линий на
 - А) 8 областей
 - Б) 9 областей
 - В) 10 областей

- Г) 11 областей
 Д) 12 областей
4. Поверхностная фасция переднебоковой стенки живота устроена таким образом
 - А) Отсутствует
 - Б) Сливается с собственной фасцией
 - В) Имеет один листок
 - Г) Имеет два листка
 - Д) Имеет более двух листков
 5. Наружная косая мышца живота имеет такой ход волокон
 - А) Снизу вверх и снаружи внутрь
 - Б) Сверху вниз и изнутри кнаружи
 - В) Сверху вниз и снаружи кнутри
 - Г) Поперечный
 - Д) Продольный
 6. Внутренняя косая мышца живота в боковом отделе переднебоковой стенки живота имеет такой ход волокон
 - А) Ход волокон этой мышцы совпадает с ходом волокон наружной косой мышцы живота
 - Б) Ход волокон этой мышцы противоположен ходу волокон наружной косой мышцы живота
 - В) Эта мышца отличается поперечным ходом волокон
 - Г) Мышца имеет продольный ход волокон
 - Д) Волокна направляются сверху вниз и снаружи кнутри
 7. В верхнем отделе брюшной стенки передняя стенка влагалища прямой мышцы живота образована
 - А) Апоневрозом наружной косой мышцы живота
 - Б) Апоневрозом наружной и внутренней косых мышц живота
 - В) Апоневрозом наружной, внутренней и поперечной мышц живота
 - Г) Апоневрозом внутренней косой и поперечной мышц живота
 - Д) Апоневрозом поперечной мышцы живота
 8. Позади поперечной мышцы живота находится
 - А) Брюшина
 - Б) Предбрюшинная клетчатка
 - В) Внутривнутрибрюшная фасция
 - Г) Все перечисленные слои
 - Д) Сухожильное растяжение
 9. Белая линия живота образуется за счет
 - А) Апоневроза наружной косой мышцы живота
 - Б) Апоневроза внутренней косой мышцы живота
 - В) Апоневроза поперечной мышцы живота
 - Г) Сухожильных пучков наружной, внутренней косой и поперечной мышц живота
 - Д) Внутривнутрибрюшной фасции
 10. Необходимость построения пахового треугольника связана с тем что
 - А) Представляет теоретический интерес
 - Б) Для четкого определения паховой области
 - В) Для определения проекции на кожу наружного и внутреннего отверстий пахового канала
 - Г) Для дифференцировки косых и прямых паховых грыж
 - Д) Для выбора метода оперативного вмешательства при паховых грыжах
 11. паховый промежуток” – это расстояние между
 - А) Наружным и внутренним кольцами пахового канала
 - Б) Паховой связкой и нижним краем внутренней косой и поперечной мышц живота
 - В) Паховой связкой и поперечной мышцей

- Г) Передней и задней стенками пахового канала;
 Д) Пахового промежутка не существует
12. Поверхностное паховое кольцо образовано
 А) Внутривентральной фасцией
 Б) Расщеплением паховой связки
 В) Расщеплением апоневроза наружной косой мышцы живота
 Г) Внутренней косой и поперечной мышцами живота
 Д) Поверхностной фасцией
13. Внутреннее отверстие пахового канала соответствует ямке
 А) Латеральной
 Б) Медиальной
 В) Надпузырной
 Г) Нижней
 Д) Верхней
14. Паховые грыжи чаще бывают у
 А) Мужчин
 Б) Женщин
 В) Детей вне зависимости от пола
 Г) Стариков вне зависимости от пола
 Д) Закономерности не существует
15. Анатомической предпосылкой образования паховых грыж является
 А) Наличие пахового промежутка
 Б) Наличие широкого пахового промежутка
 В) Наличие узкого пахового промежутка
 Г) Отсутствие пахового промежутка
 Д) Отсутствие внутривентральной фасции
16. Укрепляют заднюю стенку пахового канала
 А) При косой паховой грыже
 Б) При прямой паховой грыже
 В) При врожденной паховой грыже
 Г) При ущемленной грыже
 Д) Определяется желанием хирурга
17. Разрез при операции по поводу паховой грыжи располагается
 А) Параллельно паховой связке на 2 см ниже нее
 Б) Параллельно паховой связке на 2 см выше нее
 В) По проекции паховой связки
 Г) Над грыжевым мешком
 Д) Горизонтально на границе наружной и средней третей длины паховой связки
18. К паховой связке при укреплении грыжевых ворот по способу боброва—жирара—спасокуцкого подшиваются следующие слои
 А) Апоневроз наружной косой мышцы живота
 Б) Внутренняя косая и поперечная мышцы живота
 В) Апоневроз наружной косой мышцы живота вместе с внутренней косой и поперечной мышцами живота
 Г) Поперечная фасция
 Д) Край прямой мышцы живота
19. К паховой связке при укреплении грыжевых ворот по способу бассини подшиваются такие слои
 А) Апоневроз наружной косой мышцы живота
 Б) Внутренняя косая и поперечная мышцы живота вместе с поперечной фасцией
 В) Апоневроз наружной косой мышцы живота вместе с внутренней косой и поперечной

- мышцами
 Г) Поперечная фасция
 Д) Края прямой мышцы живота
20. К паховой связке при укреплении грыжевых ворот по мартынову подшиваются такие слои
 А) Апоневроз наружной косой мышцы живота
 Б) Внутренняя косая и поперечная мышцы живота
 В) Апоневроз наружной косой мышцы живота вместе с внутренней косой и поперечной мышцами живота
 Г) Поперечная фасция
 Д) Края прямой мышцы живота
21. На паховую связку при укреплении пахового канала швы должны накладываться так
 А) Строго по одной линии
 Б) По одной линии с одинаковым расстоянием между швами
 В) В шахматном порядке
 Г) Хаотично
 Д) Закономерностей нет
22. Бедренный канал имеет
 А) 2 отверстия и 2 стенки
 Б) 2 отверстия и 3 стенки
 В) 2 отверстия и 4 стенки
 Г) 3 отверстия и 2 стенки
 Д) 3 отверстия и 3 стенки
23. Наружное отверстие бедренного канала находится
 А) В поверхностной фасции
 Б) В апоневрозе наружной косой мышцы живота
 В) В широкой фасции бедра
 Г) В передней стенке футляра прямой мышцы живота
 Д) Во внутрибрюшной фасции
24. При операции бедренной грыжи бедренным способом сшиваются эти ткани
 А) Паховая связка с лакунарной
 Б) Паховая связка с гребешковой
 В) Внутренняя косая и поперечная мышцы с паховой и гребенчатой связками
 Г) Апоневроз наружной косой мышцы живота с гребенчатой связкой
 Д) Лакунарная связка с гребенчатой
25. Необходимость просвечивания иглы при ее проведении через волокна паховой связки при операции по поводу паховой грыжи обусловлена
 А) Опасностью повреждения бедренных сосудов
 Б) Опасностью повреждения бедренного нерва
 В) Опасностью повреждения мочевого пузыря
 Г) Опасностью повреждения лимфатического узла Розенмюллера— Пирогова
 Д) Косметическими соображениями
26. Недостаток применения бедренного способа операции бедренной грыжи заключается в возможности
 А) Сдавления большой подкожной вены
 Б) Увеличения пахового промежутка при смещении вниз паховой связки
 В) Сдавления сосудисто-нервного пучка бедра
 Г) Формирования грубого послеоперационного рубца
 Д) Повреждения бедренных сосудов
27. Имеет ли забрюшинное пространство одинаковые границы с поясничной областью
 А) Имеет одинаковые границы с забрюшинной областью
 Б) Значительно превосходит поясничную область по своим границам
 В) Значительно меньше поясничной области

- Г) Эти области нельзя сравнивать, так как они значительно удалены друг от друга
Д) Поясничная область и забрюшинное пространство - это синонимы
28. Толщина подкожной жировой клетчатки поясничной области распределяется так
А) Равномерно — ее относительно мало
Б) Равномерно—ее относительно много
В) Неравномерно — ее толщина значительно больше в верхнем отделе
Г) Неравномерно — ее толщина значительно больше в нижнем отделе
Д) Толщина клетчатки в различных отделах поясничной области зависит от индивидуальных особенностей
29. Брюшная полость разделяется на верхний и нижний этажи посредством
А) Большого сальника
Б) Брыжейки поперечно-ободочной кишки
В) Брыжейки тонкой кишки
Г) Желудочно-ободочной связки
30. В составе печечно-двенадцатиперстной связки проходит
А) Правый лимфатический проток
Б) Надпеченочная артерия
В) Пузырный проток
Г) Воротная вена
31. Ветвью чревного ствола является артерия
А) Левая желудочно-сальниковая
Б) Правая желудочная
В) Общая бедренная
Г) Селезеночная
32. Границами треугольника Кало являются
А) Пузырная артерия, пузырный проток, общий желчный проток
Б) Пузырная артерия, пузырный проток, общий печеночный проток
В) Общая печеночная артерия, общий печеночный проток, общий желчный проток
Г) Правая печеночная артерия, пузырная артерия, правый печеночный проток
33. От брюшного отдела аорты отходит
А) Селезеночная артерия
Б) Чревный ствол
В) Левая сонная артерия
Г) Пузырная артерия
34. В забрюшинном пространстве выделяют столько слоев клетчатки
А) Один
Б) Два
В) Три
Г) Четыре
Д) Пять
35. Соединяется ли непосредственно окологпочечная клетчатка с околомочеточниковой клетчаткой
А) Да, соединяется непосредственно во всех случаях
Б) Нет, не соединяется
В) Соединяется очень часто
Г) Соединяется крайне редко
Д) Соединяется только после разрушения предпочечной фасции
36. Обычно длиннее
А) Правая почечная вена
Б) Левая почечная вена
37. Угол, образованный продольными осями обеих почек открыт
А) Книзу

- Б) Кверху
 - В) Латерально
 - Г) Медиально
 - Д) Четкой ориентации угла нет
38. Симпатический ствол переходит из грудной полости в брюшинное пространство через
- А) Отверстие нижней полой вены
 - Б) Аортальное отверстие
 - В) Щель в латеральной части ножки поясничной части диафрагмы
 - Г) Пищеводное отверстие
 - Д) Любое из вышеперечисленных отверстий
39. У грудного протока выделяют такие части
- А) Верхняя и нижняя
 - Б) Брюшная и грудная
 - В) Брюшная, грудная и шейная
 - Г) Грудная и шейная
 - Д) Пристеночная и висцеральная
40. Грудной проток переходит из брюшинного пространства в грудную полость через это отверстие диафрагмы
- А) Пищеводное отверстие
 - Б) Аортальное отверстие
 - В) Отверстие нижней полой вены
 - Г) Сухожильный центр
41. Расширение в начальной части грудного протока называется цистерна
- А) Хили
 - Б) Грубера
 - В) Н. И. Пирогова
 - Г) В. Н. Шевкуненко
 - Д) Д. А. Жданова
42. В воротах почки мочеточник занимает положение
- А) Самое верхнее
 - Б) Самое нижнее
 - В) Самое переднее
 - Г) Самое заднее
 - Д) Между почечной артерией и веной
43. Доступы к почке — по Бергману-Израелю или Федорову характеризуются тем что
- А) Это внебрюшинные доступы
 - Б) Это чрезбрюшинные доступы
 - В) При этих доступах обязательно резецируется XII ребро
 - Г) Это переменные доступы
 - Д) Это доступы, обязательно требующие вскрытия плевральной полости
44. Почечный зажим на почечную ножку накладывается для
- А) Ускоренного тромбообразования в просвете сосудов после раздавливания их стенки
 - Б) Фиксации почки
 - В) Выведения почки из раны
 - Г) Проведения лигатуры
 - Д) Мобилизации почечных сосудов
 - Е) Предупреждения кровотечения при тщательном выделении ножки
45. На почечную ножку перед удалением почки должно быть наложено столько рядов лигатур
- А) Один ряд лигатур на почечные артерии и вены
 - Б) Три ряда (два ряда общих лигатур на все сосуды и ряд ординарных лигатур на отдельные ветви сосудов)
 - В) Два ряда (одна общая лигатура и ряд отдельных лигатур на каждую сосудистую ветвь)

- Г) Количество рядов не имеет значения, важно полностью остановить кровотечение
 Д) Четыре ряда (два ряда общих лигатур и еще два ряда лигатур на каждый из сосудов по отдельности в воротах почки)
46. При доступе к почке через латеральный отдел поясничной области может быть поврежден этот синус плевральной полости
 А) Задний реберно-медиастинальный
 Б) Передний реберно-медиастинальный
 В) Реберно-диафрагмальный
 Г) Все вышеперечисленные синусы
 Д) Медиастино-диафрагмальный
47. При нефрэктомии следует перевязывать мочеточник на уровне
 А) Как можно ближе к лоханке
 Б) Как можно ближе к мочевому пузырю
 В) На середине длины между почкой и мочевым пузырем
 Г) Отступя 4-5 см от нижнего конца почки
 Д) Отступя 5 см от нижнего конца почки
48. Точка вкола иглы при выполнении паранефральной блокады находится
 А) По середине нижнего края XII ребра
 Б) На границе наружной 1/3 и внутренних 2/3 нижнего края XII ребра
 В) В углу между XII ребром и наружным краем мышцы, выпрямляющей позвоночник
 Г) В точке наибольшей болезненности в поясничной области
 Д) По середине латерального отдела поясничной области
49. Продвигать иглу при выполнении паранефральной блокады следует в направлении
 А) Строго в направлении сзади наперед
 Б) По направлению к пупку
 В) По направлению к основанию мечевидного отростка
 Г) Под углом 30° к поверхности кожи в восходящем направлении
50. Критерием попадания конца иглы в около почечную клетчатку при паранефральной блокаде является
 А) Появление крови в шприце
 Б) Появление “отрицательного мениска” жидкости в канюле иглы
 В) Ощущение “провала”
 Г) Появление выраженного сопротивления продвижению иглы
 Д) Свободный ход поршня шприца
51. Верно ли что правая печеночная сумка непосредственно соединяется с правым боковым каналом
 А) Да, соединяется непосредственно
 Б) Нет, не соединяется
 В) Обычно правая печеночная пазуха перекрыта правой ободочно-диафрагмальной связкой
 Г) Степень соединения зависит от величины преджелудочного пространства
 Д) Соединяется лишь в 1/3 случаев
52. Границей между верхним и нижним этажами брюшной полости является
 А) Горизонтальная плоскость, проведенная через нижние края реберных дуг
 Б) Горизонтальная плоскость, проведенная через пупок
 В) Малый сальник
 Г) Большой сальник
 Д) Поперечная ободочная кишка и ее брыжейка
53. Пережать пальцами печеночно-двенадцатиперстную связку для временной остановки кровотечения из печени можно
 А) На 5-7 мин
 Б) На 5-10 мин

- В) На 15-20 мин
Г) На 25-30 мин
Д) Время пережатия определяется необходимостью остановки кровотечения
54. Прием Губарева, позволяющий определить начало тощей кишки заключается в определении
- А) Точки пульсации нижней брыжеечной артерии
 - Б) Приводящего отдела тощей кишки по волнам перистальтики
 - В) Начала тощей кишки в месте пересечения корня брыжейки поперечной ободочной кишки и позвоночника
 - Г) Пульсовой точки чревного ствола
 - Д) Места отхождения правой почечной артерии
55. Для определения в ране приводящей и отводящей петли тонкой кишки нужно сделать
- А) Следить за волнами перистальтики
 - Б) Использовать знание особенностей хода сосудов
 - В) Вскрыть просвет кишки для определения направления движения содержимого
 - Г) Расправить кишку для свободного доступа к корню ее брыжейки
 - Д) Ничего делать не нужно — кишка сама займет нужное положение
56. Поперечная ободочная кишка расположена по отношению к брюшине так
- А) Брюшиной поперечная ободочная кишка не покрыта
 - Б) Покрыта с одной стороны
 - В) Покрыта с двух сторон
 - Г) Покрыта с трех сторон
 - Д) Покрыта со всех сторон
57. Восходящая ободочная кишка покрыта брюшиной
- А) Брюшиной не покрыта
 - Б) С одной стороны
 - В) С двух сторон
 - Г) С трех сторон;
 - Д) Со всех сторон
58. Признак позволяющий отличить поперечную ободочную кишку от остальных отделов ободочной кишки
- А) Большое количество жировых подвесок
 - Б) Наличие большого сальника
 - В) Ориентация в поперечном направлении
 - Г) Интраперитонеальное отношение к брюшине
 - Д) Наличие мышечных лент
59. Для определения источников кровотечения в брюшной полости при ревизии органов такой порядок действий предпочтительнее
- А) Осмотр производится последовательно в направлении сверху вниз
 - Б) Последовательно осматривается правый боковой канал, левый боковой канал, левая брыжеечная пазуха, правая брыжеечная пазуха
 - В) Осмотр начинается с места наибольшего скопления крови
 - Г) Для определения источника кровотечения последовательно в нисходящем направлении пережимается брюшная аорта
 - Д) Осмотр производится в направлении справа налево
60. Для наложения на рану селезенки с целью остановки кровотечения используется материал
- А) Шелк
 - Б) Синтетические нити
 - В) Кетгут
 - Г) Только монофиламентные нити
 - Д) Выбор материала не имеет значения

61. Наибольшая трудность в наложении узловых швов на рану печени и селезенки заключается в
- А) Возможности прорезывания швов
 - Б) Трудности завязывания узлов
 - В) Труднодоступности раны из-за неудовлетворительных геометрических характеристик доступа
 - Г) Возможности повреждения крупных внутриорганных сосудов
 - Д) Наложении швов не представляет технических трудностей
62. Обходить пупок при выполнении срединной лапаротомии рекомендуется
- А) С правой стороны
 - Б) С левой стороны
 - В) Выбор стороны не имеет значения
63. При перфорации передней стенки желудка желудочное содержимое из преджелудочной щели может распространиться на нижний этаж брюшной полости
- А) Да, это наиболее часто встречающееся направление распространения содержимого желудка при перфорации его передней стенки
 - Б) Преджелудочная щель замкнута, поэтому такой путь распространения содержимого желудка невозможен
 - В) Такое направление распространения возможно лишь редких случаях при небольших размерах большого сальника треугольной формы
 - Г) Распространение содержимого желудка при перфорации его передней стенки обычно происходит в правую печеночную пазуху
 - Д) Преджелудочная щель сообщается только с левой печеночной пазухой
64. Общий желчный и панкреатический протоки обычно открываются в эту часть двенадцатиперстной кишки в
- А) Горизонтальную часть
 - Б) Нисходящую часть
 - В) Горизонтальную часть
 - Г) Верхнюю часть
 - Д) Заднюю часть
65. Кровь от двенадцатиперстной кишки оттекает в
- А) Воротную вену
 - Б) Нижнюю полую
 - В) Воротную и нижнюю полую вены
 - Г) Нижнюю и верхнюю полые вены
 - Д) Воротную, нижнюю полую и верхнюю полую вены
66. Для поиска двенадцатиперстно-тощего изгиба используется прием
- А) Пирогова
 - Б) Мультиановского
 - В) Губарева
 - Г) Мак-вее
 - Д) Куино
67. Корень брыжейки тонкой кишки ориентирован в направлении
- А) Поперечно слева направо
 - Б) Косо сверху вниз и слева направо
 - В) Продольно
 - Г) Косо сверху вниз и справа налево
 - Д) Корень брыжейки тонкой кишки не имеет четкой ориентации
68. Тошая и подвздошная кишка относятся к брюшине так
- А) Обе экстраперитонеально
 - Б) Обе мезоперитонеально
 - В) Обе интраперитонеально

- Г) Тощая кишка интраперитонеально, подвздошная - мезоперитонеально
 Д) Подвздошная кишка интраперитонеально, тощая - мезоперитонеально
69. Восходящая ободочная кишка чаще всего относится к брюшине
 А) Мезоперитонеально
 Б) Интраперитонеально
 В) Экстраперитонеально
 Г) Отношение к брюшине неопределенно
 Д) Брюшиной восходящая ободочная кишка не покрыта
70. Отличить поперечную ободочную кишку от других отделов ободочной кишки позволяет
 А) Серо-голубой цвет
 Б) Жировые подвески
 В) Характерные вздутия (гаустры)
 Г) Интраперитонеальное положение
 Д) Свешивающийся большой сальник
71. Отличить сигмовидную кишку от других отделов ободочной кишки позволяет
 А) Свешивающийся сальник
 Б) Большое количество жировых подвесок
 В) Серо-голубой цвет
 Г) Изгиб в форме буквы <s>
 Д) Интраперитонеальное положение
72. Участие в кровоснабжении ободочной кишки принимают
 А) Ветви нижней брыжеечной артерии
 Б) Ветви верхней брыжеечной артерии
 В) Ветви чревного ствола (селезеночная артерия)
 Г) Ветви верхней и нижней брыжеечных артерий
 Д) Ветви чревного ствола и верхней брыжеечной артерии
73. Производить подход к задней поверхности нисходящей или восходящей ободочной кишки следует
 А) Со стороны бокового канала
 Б) Со стороны брыжеечной пазухи (синуса)
 В) В направлении сверху вниз
 Г) В направлении снизу вверх
 Д) Направление подхода определяется характером повреждения
74. Тампонада ран паренхиматозных органов свободными сальниковыми фрагментами или сальниковыми лоскутами на ножке применяется для
 А) Предупреждения инфицирования полости брюшины
 Б) Предупреждения развития в последующем спаечной болезни
 В) Более эффективной остановки кровотечения
 Г) Лучшего всасывания раневого отделяемого
 Д) Исключения прорезывания нитей
75. Отличить восходящую ободочную кишку от слепой кишки можно по
 А) Отношению к брюшине — слепая кишка обычно покрыта брюшиной со всех сторон, а восходящая ободочная — с трех сторон
 Б) Наружному диаметру — диаметр слепой кишки больше диаметра восходящей ободочной кишки
 В) Количеству жировых подвесок — на слепой кишки количество жировых подвесок невелико, а на восходящей ободочной — значительно
 Г) Цвету — слепая кишка серовато-голубая, а восходящая ободочная — розовая
 Д) Толщине стенки — у слепой кишки стенка толстая, а у восходящей ободочной — тонкая
76. Отличить слепую кишку от сигмовидной можно по
 А) Топографии — слепая кишка находится с правой стороны, а сигмовидная — с левой

- Б) Форме — сигмовидная кишка имеет характерную s-образную форму
В) Наличию мышечных лент (у слепой кишки мышечные ленты хорошо выражены, а у сигмовидной кишки — определяются с трудом)
Г) Количеству жировых подвешек (у сигмовидной кишки большое количество жировых подвешек, а у слепой кишки их практически нет)
Д) Цвету — сигмовидная кишка розовая, а слепая кишка — серовато-голубая
77. Артерии идущие к желудку обычно отходят из
А) Чревного ствола
Б) Верхней брыжеечной артерии
В) Нижней брыжеечной артерии
Г)левой почечной артерии
Д) Правой почечной артерии
78. Наиболее выраженную мышечную оболочку имеет
А) Пищевод
Б) Желудок
В) Двенадцатиперстная кишка
Г) Тощая кишка
Д) Подвздошная кишка
Е) Толстая кишка
79. В составе стенки тонкой кишки выделяют футляров
А) Один
Б) Два
В) Три
Г) Четыре
Д) Пять
80. Наибольшими пластическими свойствами обладает какая из оболочек стенок полых органов брюшной полости
А) Слизистая
Б) Подслизистая
В) Мышечная
Г) Серозная
Д) Субсерозная
81. Срастание серозной оболочки происходит через
А) 12 ч
Б) 24 ч
В) 36 ч
Г) 7 сут
Д) 7 сут
82. Из оболочек полых органов наибольшей механической прочностью обладает
А) Серозная
Б) Мышечная
В) Подслизистая
Г) Слизистая
83. Наиболее выраженные артериальные и венозные сплетения располагаются в каком слое стенки полых органов брюшной полости
А) Серозной
Б) Мышечной
В) Подслизистой
Г) Слизистой
84. Обеспечивает герметичность наложение швов на какой из футляров стенки кишки
А) Серозно-мышечный
Б) Слизисто-подслизистый

85. Предложил соединять серозные поверхности путем сшивания:
- А) Черни
 - Б) Ламбер
 - В) Пирогов
 - Г) Шмиден
 - Д) Кирпатовский
86. При наложении кишечного шва прошивать все оболочки предложил
- А) Пеан
 - Б) Бильрот
 - В) Альберт
 - Г) Жели
 - Д) Вельфлер
87. Кровь от двенадцатиперстной кишки оттекает в
- А) Воротную вену
 - Б) Нижнюю полую
 - В) Воротную и нижнюю полую вены
 - Г) Нижнюю и верхнюю полые вены
 - Д) Воротную, нижнюю полую и верхнюю полую вены
88. Для поиска двенадцатиперстно-тощего изгиба используется прием
- А) Пирогова
 - Б) Мультиановского
 - В) Губарева
 - Г) Мак-веля
 - Д) Куино
89. Корень брыжейки тонкой кишки ориентирован в направлении
- А) Поперечно слева направо
 - Б) Косо сверху вниз и слева направо
 - В) Продольно
 - Г) Косо сверху вниз и справа налево
 - Д) Корень брыжейки тонкой кишки не имеет четкой ориентации
90. Тощая и подвздошная кишка относятся к брюшине так
- А) Обе экстраперитонеально
 - Б) Обе мезоперитонеально
 - В) Обе интраперитонеально
 - Г) Тощая кишка интраперитонеально, подвздошная - мезоперитонеально
 - Д) Подвздошная кишка интраперитонеально, тощая - мезоперитонеально
91. Восходящая ободочная кишка чаще всего относится к брюшине
- А) Мезоперитонеально
 - Б) Интраперитонеально
 - В) Экстраперитонеально
 - Г) Отношение к брюшине неопределенно
 - Д) Брюшиной восходящая ободочная кишка не покрыта
92. Отличить поперечную ободочную кишку от других отделов ободочной кишки позволяет
- А) Серо-голубой цвет
 - Б) Жировые подвески
 - В) Характерные вздутия (гаустры)
 - Г) Интраперитонеальное положение
 - Д) Свешивающийся большой сальник
93. Отличить сигмовидную кишку от других отделов ободочной кишки позволяет
- А) Свешивающийся сальник
 - Б) Большое количество жировых подвесок
 - В) Серо-голубой цвет

- Г) Изгиб в форме буквы <s>
 - Д) Интраперитонеальное положение
94. Участие в кровоснабжении ободочной кишки принимают
- А) Ветви нижней брыжеечной артерии
 - Б) Ветви верхней брыжеечной артерии
 - В) Ветви чревного ствола (селезеночная артерия)
 - Г) Ветви верхней и нижней брыжеечных артерий
 - Д) Ветви чревного ствола и верхней брыжеечной артерии
95. Производить подход к задней поверхности нисходящей или восходящей ободочной кишки следует
- А) Со стороны бокового канала
 - Б) Со стороны брыжеечной пазухи (синуса)
 - В) В направлении сверху вниз
 - Г) В направлении снизу вверх
 - Д) Направление подхода определяется характером повреждения
96. Тампонада ран паренхиматозных органов свободными салниковыми фрагментами или салниковыми лоскутами на ножке применяется для
- А) Предупреждения инфицирования полости брюшины
 - Б) Предупреждения развития в последующем спаечной болезни
 - В) Более эффективной остановки кровотечения
 - Г) Лучшего всасывания раневого отделяемого
 - Д) Исключения прорезывания нитей