

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр онкологии
имени Н.Н. Петрова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России)**

УТВЕРЖДАЮ



Директор
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова»
Минздрава России

А. М. БЕЛЯЕВ

2017 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

врачей со сроком освоения 18 академических часов
по специальности «Онкология»
по теме «Эндовидеохирургия в онкоурологии»

Обсуждена на Ученом совете
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова»
Минздрава России
Протокол № 11 от 05 декабря 2017 г.

Программа принята к реализации в системе
непрерывного медицинского и
фармацевтического образования

**Санкт-Петербург
2017 г.**

СОДЕРЖАНИЕ

1. Состав рабочей группы	– стр. 3
2. Общие положения	– стр. 4
3. Характеристика программы	– стр. 4
4. Планируемые результаты обучения	– стр. 5
5. Календарный учебный график	– стр. 6
6. Учебный план	– стр. 6
7. Рабочая программа	– стр. 6
8. Организационно-педагогические условия реализации программ	– стр. 9
9. Формы контроля и аттестации	– стр. 11
10. Оценочные средства	– стр. 11
11. Нормативные правовые акты	– стр. 29

1. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

по разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по теме «Эндовидеохирургия в онкоурологии», по специальности «Онкология»

№ п/п.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Должность	Место работы
1.	Беляев Алексей Михайлович	Д. м. н., профессор	Директор	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
2.	Петров Сергей Борисович	Д. м. н., профессор	Врач-онколог хирургического отделения онкоурологии и общей онкологии	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
3.	Носов Александр Константинович	К. м. н.	Заведующий хирургическим отделением онкоурологии и общей онкологии, доцент отдела учебно-методической работы	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
4.	Рогачев Михаил Васильевич	К. м. н., доцент	Доцент отдела учебно-методической работы, заведующий отделом учебно-методической работы	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
5.	Осетник Владислав Константинович		Врач-онколог хирургического отделения онкоурологии и общей онкологии	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по теме «Эндовидеохирургия в онкоурологии» (далее – Программа), по специальности «Онкология», представляет собой совокупность требований, обязательных при ее реализации в рамках системы образования.

2.2. Направленность Программы практико-ориентированная и заключается в удовлетворении потребностей профессионального развития медицинских работников, обеспечении соответствия их квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды.

2.3. Цель Программы – совершенствование имеющихся компетенций, приобретение новых компетенций для повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

2.4. Задачи Программы:

– обновление существующих теоретических и освоение новых знаний, методик и изучение передового практического опыта по вопросам малоинвазивной хирургии;

– усвоение и закрепление на практике профессиональных знаний, умений и навыков, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций по вопросам хирургического лечения опухолей в онкоурологии с применением лапароскопических методик.

3. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

3.1. Трудоемкость освоения Программы составляет 18 академических часов (1 академический час равен 45 мин).

3.2. Программа реализуется в очной форме обучения (с отрывом от работы) на базе ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России.

К освоению Программы допускаются врачи по специальности: онкология, акушерство и гинекология, анестезиология-реаниматология, детская онкология, детская урология-андрология, детская хирургия, нефрология, хирургия, эндоскопия.

3.3. Для формирования профессиональных умений и навыков в Программе предусматривается обучающий симуляционный курс (далее – ОСК).

3.4. Содержание Программы построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модуля являются разделы. Каждый раздел модуля 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 раздела (например, 1), на втором – код темы (например, 1.1), далее – код элемента (например, 1.1.1), затем – код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определенный порядок в перечень вопросов, содержащихся в Программе, что, в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом обеспечении Программы.

3.5. Учебный план определяет перечень, трудоемкость, последовательность и распределение модулей (разделов), устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, ОСК, семинарские и практические занятия), формы контроля знаний и умений обучающихся.

С учетом базовых знаний обучающихся и актуальности задач в системе непрерывного образования отделом учебно-методической работы могут быть внесены изменения в распределение учебного времени, предусмотренного учебным планом программы, в пределах 15 % от общего количества учебных часов.

3.6. В Программу включены планируемые результаты обучения, в которых отражаются требования профессиональных стандартов или квалификационных характеристик по соответствующим должностям, профессиям и специальностям.

3.7. Программа содержит требования к итоговой аттестации обучающихся, которая

осуществляется в форме зачета и выявляет теоретическую и практическую подготовку в соответствии с целями и содержанием программы.

3.8. Организационно-педагогические условия реализации Программы включают:

- а) тематику учебных занятий и их содержание для совершенствования компетенций;
- б) учебно-методическое и информационное обеспечение;
- в) материально-техническое обеспечение;
- г) кадровое обеспечение.

4. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

4.1. Требования к квалификации:

Уровень профессионального образования – высшее образование – специалитет по одной из специальностей: «лечебное дело», «педиатрия».

4.2. Результаты обучения по Программе направлены на совершенствование компетенций, усвоенных в рамках полученного ранее высшего профессионального образования, и в приобретении компетенций, необходимых для выполнения профессиональной деятельности по специальности онкология.

4.3. Характеристика профессиональных компетенций, подлежащих совершенствованию в результате освоения Программы.

У обучающегося совершенствуются следующие профессиональные компетенции (далее – ПК):

– способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на раннее выявление и/или профилактику опухолей в онкоурологии, их своевременную диагностику и лечение (ПК-1);

4.4. Характеристика новых профессиональных компетенций, приобретаемых в результате освоения Программы.

У обучающегося должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (далее – ПК):

– способность и готовность к отбору и подготовке больных, приобретению практических навыков для проведения эндовидеохирургических вмешательств в онкоурологии (ПК-2).

4.5. Перечень знаний и умений, обеспечивающих совершенствование (и приобретение) профессиональных компетенций.

В результате освоения Программы слушатель должен:

– усовершенствовать следующие необходимые знания: алгоритм постановки диагноза заболевания в онкоурологии с выработкой индивидуального плана лечения больного и определением основных прогностических перспектив; клинические и морфологические проявления предопухолевых заболеваний, доброкачественных и злокачественных опухолей в онкоурологии и основные методы их лечения; особенности метастазирования; принципы комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей в онкоурологии;

– приобрести следующие необходимые знания: показания и противопоказания к проведению эндовидеохирургических вмешательств в онкоурологии; принципы подготовки к проведению и технические аспекты проведения эндовидеохирургических вмешательств; оперативные приемы, применяемые при лапароскопических вмешательствах в онкоурологии; возможные интраоперационные и послеоперационные осложнения таких операций;

– усовершенствовать следующие необходимые умения: определение распространенности опухолевого процесса и установление стадии заболевания по системе TNM; оценка результатов проведенного лечения и его эффективности;

– приобрести следующие необходимые умения: подготовка больного к проведению эндовидеохирургического вмешательства в онкоурологии; алгоритм и методика проведения эндовидеохирургических вмешательств в онкоурологии.

5. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

График обучения				
Форма обучения	Академических часов в день	Дней в неделю	Общая трудоемкость Программы в часах	Итоговая аттестация
Очная	6-9	2-3	18	зачет

6. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

Код	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе					Форма контроля
			Лекции	ОСК	ПЗ, СЗ, ЛЗ, мастер-классы	СР	ДО	
1	Общие вопросы эндовидеохирургии в онкоурологии	4	4	-	-	-	-	Промежуточный контроль (тестовые задания)
1.1	Основы и общие принципы эндовидеохирургии в онкоурологии	2	2	-	-	-	-	Текущий контроль (опрос)
1.2	Осложнения при лапароскопических операциях в онкоурологии	2	2	-	-	-	-	Текущий контроль (опрос)
2	Частные вопросы эндовидеохирургии в онкоурологии	10	-	-	10	-	-	Промежуточный контроль (тестовые задания)
2.1	Лапароскопическая расширенная нефрэктомия и резекция почки	6	-	-	6	-	-	Текущий контроль (опрос)
2.2	Радикальная лапароскопическая простатэктомия и цистэктомия	4	-	-	4	-	-	Текущий контроль (опрос)
3	Отработка умений и навыков проведения эндовидеохирургических операций в онкоурологии – обучающий симуляционный курс (ОСК)	2	-	2	-	-	-	Промежуточный контроль (тестовые задания)
3.1	Отработка умений и навыков проведения эндовидеохирургических операций в онкоурологии – обучающий симуляционный курс (ОСК)	2	-	2	-	-	-	Текущий контроль (опрос)
Итоговая аттестация		2			-	-	2	Зачет
Всего		18	4	12	10	-	2	

7. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по теме «Эндовидеохирургия в онкоурологии»

РАЗДЕЛ 1.

Общие вопросы эндовидеохирургии в онкоурологии

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
1.1	Основы и общие принципы эндовидеохирургии в онкоурологии
1.1.1	Основы эндовидеохирургии в онкоурологии
1.1.1.1	Основа эндовидеохирургии – электрохирургия. Виды электрохирургии, механизм физического воздействия на ткани, осложнения высоко- и низкочастотной электрохирургии, их профилактика. Монополярная электрохирургия. Биполярная электрохирургия. Электрическая цепь. Выделение тепловой энергии при прохож-

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
	дении ВЧ-тока через ткани. Виды электрохирургического воздействия на ткани: резание и два вида коагуляции – фульгурация и десикация. Зоны повреждения внутренних органов в эндохирургии: зона эндоскопического обзора; вне зоны эндоскопического обзора. Механизмы повреждения вне зоны эндоскопического обзора: дефект изоляции электрода; ёмкостной пробой электроэнергии; прямой пробой электроэнергии. Ожог тканей – 4 механизма развития. Низкочастотные поражения: электротравмы и электроудары. Аномальные пути движения электрического тока. Меры безопасности в эндохирургии.
1.1.2	Общие принципы эндовидеохирургии в онкоурологии
1.1.2.1	Адекватный подбор пациентов. Показания плановые и экстренные. Противопоказания абсолютные и относительные. Создание пространства визуализации: наложение пневмоперитонеума, механическое поднятие брюшной стенки. Наложение пневмоперитонеума (ПП). Техника наложения иглы Вереша (прямая пункция, убегание капли, шприцевая проба). Прямая пункция троакаром. Открытая лапароскопия (показания, техника, преимущества и недостатки метода). Другие методы наложения ПП. Механическое поднятие передней брюшной стенки (лапаролифтинг) – безгазовая лапароскопия. Показания. Техника выполнения. Преимущества и недостатки. Видеопанорама и тактика введения инструментов, в том числе, у пациентов с чревосечением в анамнезе. Экспозиция. Тракция и противотракция (3 варианта). Разъединение тканей: остро, тупо, при помощи ВЧ электрического тока или лазера и сшивающими аппаратами, одновременно прошивающими и пересекающими ткани; техника аквадиссекции. Гемостаз: моно- и биполярная коагуляция. Соединение тканей: эндолигатура; эндохирургический шов (экстракорпоральный, интракорпоральный); наложение клипс; эндохирургический механический ниточный шов; сшивающие аппараты. Отработка практического навыка наложения швов на симуляторе. Приемы извлечения операционного материала в эндохирургии: расширение раны; раневые расширители; задняя кольпотомия с последующим ушиванием отверстия со стороны влагалища; контейнер; морцеллятор. Отработка навыка морцелляции на симуляторе. Дренирование брюшной полости, окончание операции, послеоперационное ведение пациентов.
1.2	Осложнения при лапароскопических операциях в онкоурологии
1.2.1	Общая характеристика осложнений эндовидеохирургии в онкоурологии
1.2.1.1	Экстраперитонеальная инсуфляция. Факторы риска. Основные причины возникновения. Механизмы развития. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение. Повреждения магистральных забрюшинных сосудов и сосудов передней брюшной стенки. Факторы риска. Основные причины возникновения. Механизмы развития. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение. Повреждения органов желудочно-кишечного тракта, мочевого пузыря, мочеточников. Факторы риска. Основные причины возникновения. Механизмы развития. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение. Послеоперационные грыжи, инфекционные осложнения. Факторы риска. Основные причины возникновения. Механизмы развития. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение.
1.2.2	Общие принципы профилактики осложнений
1.2.2.1	Общие принципы профилактики осложнений. Тщательный отбор пациентов. Опыт хирурга-эндоскописта. Критическая оценка возможностей лапароскопических электрохирургических инструментов и оборудования. Адекватное анестезиологическое пособие. Скорость объема в соответствии с выполняемым этапом хирургического вмешательства. Дифференцированный подход к методам гемостаза. Показания к конверсии.

РАЗДЕЛ 2.

Частные вопросы эндовидеохирургии в онкоурологии

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
2.1	Лапароскопическая расширенная нефрэктомия и резекция почки
2.1.1	Метод выполнения радикальной лапароскопической нефрэктомии
2.1.1.1	Метод выполнения лапароскопической нефрэктомии. История развития метода. Показания и противопоказания к выполнению лапароскопической расширенной нефрэктомии. Подбор пациентов. Техника выполнения. Преимущества перед лапаротомным доступом. Возможные осложнения. Профилактика возникновения осложнений. Отдаленные результаты.
2.1.2	Метод выполнения лапароскопической резекции почки
2.1.2.1	Метод выполнения лапароскопической резекции почки. История развития метода. Подбор больных. Показания к выполнению. Противопоказания. Техника выполнения. Возможные осложнения. Профилактика возникновения осложнений. Отдаленные результаты.
2.2	Радикальная лапароскопическая простатэктомия и цистэктомия
2.2.1	Метод выполнения лапароскопической простатэктомии
2.2.1.1	История развития метода. Показания и противопоказания к проведению радикальной лапароскопической операции на предстательной железе. Подбор пациентов. Дифференциальная диагностика при асците неясного генеза, верификация опухолевого процесса с учетом соблюдения правил абластики. Методика выполнения радикальной лапароскопической простатэктомии. Преимущества перед лапаротомным доступом. Возможные осложнения. Профилактика возникновения осложнений.
2.2.2	Метод выполнения лапароскопической цистэктомии
2.2.2.1	История развития метода лапароскопической цистэктомии. Показания к выполнению. Противопоказания. Техника выполнения. Возможные осложнения. Профилактика возникновения осложнений.

Раздел 3.

Отработка умений и навыков проведения эндовидеохирургических операций в онкоурологии – обучающий симуляционный курс (ОСК)

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
3.1	Отработка умений и навыков проведения эндовидеохирургических операций в онкоурологии – обучающий симуляционный курс (ОСК)
3.1.1	Формирование специальных умений и навыков. Отработка умений и навыков проведения эндовидеохирургических операций в онкоурологии
3.1.1.1	Отработка умений и навыков проведения эндовидеохирургических операций в онкоурологии. Отработка на манекене-тренажере навыков проведения лапароскопических процедур при операциях в онкоурологии.

8. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

8.1. Тематика учебных занятий и их содержание для совершенствования компетенций:

лекционные занятия

№	Тема лекции	Содержание	Совершенствуемые компетенции
1.	Основы и общие принципы эндовидеохирургии в онкоурологии	1.1	ПК-1, ПК-2
2.	Осложнения при лапароскопических операциях в онкоурологии	1.2	ПК-1, ПК-2

практические занятия:

№	Тема практических занятий	Содержание	Совершенствуемые компетенции
1.	Лапароскопическая расширенная нефрэктомия и резекция почки	2.1	ПК-1, ПК-2
2.	Радикальная лапароскопическая простатэктомия и цистэктомия	2.2	ПК-1, ПК-2

обучающий симуляционный курс:

№	Тема ОСК	Содержание	Совершенствуемые компетенции
1	Отработка умений и навыков проведения эндовидеохирургических операций в онкоурологии	3.1 Отработка практических навыков на муляже-имитаторе человеческого тела	ПК-2

8.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение

Основная литература:

1. Атлас лапароскопических реконструктивных операций в урологии: пер. с англ. / под ред. М. Рамалингама, В. П. Патела. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 552 с.
2. Диагностика и лечение злокачественных новообразований: клинические протоколы / под ред. В. И. Чиссова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2013. – 599 с.
3. Лапароскопическая хирургия. Атлас: пер с англ. / под ред. Теодора Н. Паппаса, Авроры Д. Приор, Михаэля С. Харниша. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 388 с.
4. Носов А. К., Рева С. А., Рогачев М. В., Петров С. Б. Эндовидеохирургия в онкоурологии: учебное пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования. – СПб.: НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, 2017. – 80 с.
5. Соколов В. В. Атлас видеэндоскопических внутрипросветных операций в клинической онкологии / под ред. А. Х. Трахтенберга, А. Д. Каприна, В. И. Чиссова. – М.: Практическая медицина, 2015. – 152 с.

Дополнительная литература:

1. Лапароскопическая хирургия в онкоурологии / под ред. В. Б. Матвеева, Б. Я. Алексеева. – М.: АБВ-пресс, 2007. – 2016 с.
2. Онкоурология: национальное руководство / под ред. В. Чиссова, Б. Алексеева, И. Русакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 694 с.
3. Попов С. В., Новиков А. И., Скрябин О. Н., Зайцев Э. В. Эндовидеохирургическое лечение больных с опухолями почек. – СПб.: СПбМАПО, 2011. – 224 с.
4. Рич Джером П., Амико Энтони В. Д'. Онкоурология: пер. с англ. – М.: БИНОМ, 2011. – 896 с.
5. Чернеховская Н. Е., Андреев В. Г., Поваляев А. В. Диагностическая лапароскопия. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 136 с.
6. Чернеховская Н. Е., Андреев В. Г., Поваляев А. В. Оперативная лапароскопия. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 192 с.

Базы данных, информационно-справочные системы:

1. Moodle
2. Научная электронная библиотека: eLIBRARY.RU
3. Научная электронная библиотека IPRbooks
4. Научная электронная библиотека диссертаций и авторефератов: www.dissercat.com
5. Министерство здравоохранения РФ: www.rosminzdrav.ru
6. Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга: zdrav.spb.ru
7. Комитет по здравоохранению Ленинградской области: www.health.lenobl.ru
8. Научная сеть: scipeople.ru
9. Российская национальная библиотека: www.nlr.ru

Программное обеспечение:

1. Система дистанционного обучения «Moodle»
2. Windows 7 Enterprise
3. Windows Thin PC МАК
4. Windows Server Standard 2008 R2
5. Microsoft Office Standard 2010 with SP1
6. Microsoft Office Professional Plus 2013 with SP1
7. Microsoft Office Professional Plus 2007
8. IBM SPSS Statistics Base Authorized User License
9. Программный комплекс «Планы» версии «Планы Мини»
10. ABBYY FineReader 12 Professional Full Academic

Интернет-сайты

Отечественные:

- <http://www.rosoncweb.ru>
- <http://www.hematology.ru>
- <http://oncology.ru>
- <http://www.doktor.ru/onkos>
- <http://03.ru/oncology>
- http://science.rambler.ru/db/section_page.html?s=111400140&ext_sec=
- <http://www.consilium-medicum.com/media/onkology>
- <http://www.esmo.ru>
- <http://www.lood.ru>
- <http://www.niioncologii.ru>

Зарубежные:

- <http://www.mymedline.com/cancer>
- <http://www.biomednet.com>
- <http://www.cancerbacup.org.uk>
- <http://www.cancerworld.org/ControlloFL.asp>
- <http://www.bioscience.org>
- <http://www.medicalconferences.com>
- <http://www.meds.com>
- <http://oncolink.upenn.edu>
- <http://www.chemoemboli.ru>
- <http://www.cancernetwork.com>
- <http://www.sgo.org>
- <http://www.elsevier.com/inca/publications/store>
- <http://auanet.org>
- <http://www.eortc.be/home/gugroup>

- <http://uroweb.nl/eau>
- <http://www.urolog.nl>
- <http://www.breastcancer.net>
- <http://www.iaslc.org>
- <http://www.elsevier.nl/gejng/10/30/34/show>
- <http://www.pain.com/cancerpain/default.cfm>
- <http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/ej.html>
- http://www.cancer.gov/search/cancer_literature
- <http://highwire.stanford.edu>
- <http://www.asco.org>
- <http://www.esmo.org>

8.3. Материально-техническое обеспечение, необходимое для организации всех видов дисциплинарной подготовки:

- учебные аудитории, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса, в том числе электронного обучения;
- клинические базы ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России;
- аудиторный и библиотечный фонд, в том числе дистанционные и электронные возможности, для самостоятельной подготовки обучающихся.

8.4. Кадровое обеспечение:

Реализация Программы осуществляется профессорско-преподавательским составом, состоящим из специалистов, систематически занимающихся научной и научно-методической деятельностью со стажем работы в системе высшего и/или дополнительного профессионального образования в сфере здравоохранения не менее 5 лет.

9. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ

9.1. Текущий контроль хода освоения учебного материала проводится в форме устного опроса. Промежуточный контроль проводится в форме тестирования.

9.2. Итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации проводится в форме зачета, в котором предусматривается компьютерное тестирование в системе дистанционного обучения.

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

9.4. Обучающиеся, освоившие Программу и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

10. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Контрольные вопросы:

1. Онкоурологические заболевания и роль хирургического лечения.
2. Роль лапароскопии в хирургическом лечении онкоурологических заболеваний.
3. Хирургическая анатомия фасций предстательной железы.
4. Разновидности техник нервосберегающей простатэктомии.
5. Онкологические и функциональные результаты лапароскопической простатэктомии.
6. Возможности изображения современной эндовидеохирургической техники.
7. Проксимальные и дистальный анатомические ориентиры при выполнении лапароскопической простатэктомии.
8. Способы создания пневмоперитонеума.

9. Показания для выполнения тазовой лимфаденэктомии при простатэктомии.
10. Отличия чрезбрюшинного и внебрюшинного доступа при видеоэндоскопической простатэктомии.
11. Антеградная и ретроградная техники выполнения лапароскопической радикальной простатэктомии.
12. Качество уретровезикального анастомоза при открытой и лапароскопической простатэктомии.
13. Внутривнутрибрюшное давление при чрезбрюшинной и внебрюшинной видеоэндоскопической простатэктомии.
14. Техники формирования анастомоза при лапароскопической простатэктомии.
15. Интраоперационные способы улучшения континенции в послеоперационном периоде после простатэктомии.
16. Набор инструментов для выполнения лапароскопической простатэктомии.
17. Основные принципы установки портов для выполнения лапароскопической трансабдоминальной простатэктомии.
18. Основные принципы установки портов для выполнения видеоэндоскопической внебрюшинной простатэктомии.
19. Показания и противопоказания для выполнения внебрюшинной простатэктомии.
20. Показания к лимфаденэктомии при раке предстательной железы.
21. Уровень лимфаденэктомии при раке предстательной железы различных групп риска.
22. Критерии адекватной лимфаденэктомии при раке предстательной железы.
23. Спектр послеоперационных осложнений при чрезбрюшинной и внебрюшинной видеоэндоскопической простатэктомии.
24. Частота положительного хирургического края в зависимости от онкологических характеристик рака простаты и технологий выполнения простатэктомии.
25. Предикторы положительного хирургического края.
26. Системы оценки результатов хирургического лечения рака простаты.
27. Характеристики системы оценки Trifecta.
28. Сравнение онкологической и функциональной эффективности открытой, лапароскопической и робот-ассистированной простатэктомии.
29. Комбинированное лечение при раке предстательной железы.
30. Неоадьювантная терапия рака мочевого пузыря.
31. Этапы лапароскопической радикальной цистэктомии.
32. Аппаратно-техническое обеспечение лапароскопической цистэктомии.
33. Периоперационная химиотерапия рака мочевого пузыря.
34. Радикальная цистэктомия с полностью интракорпоральным выполнением.
35. Экстирпационный этап (удаление органокомплекса) при минимально-инвазивных цистэктомиях.
36. Реконструктивный (кишечный) этап (формирование отводящего механизма) при минимально-инвазивных цистэктомиях.
37. Набор инструментов для выполнения лапароскопической радикальной цистэктомии.
38. Виды кишечной пластики при формировании мочевого резервуара.
39. Современные технические разработки в минимально инвазивной радикальной хирургии рака мочевого пузыря.
40. Ранние онкологические показатели (ПХК, количество удалённых лимфоузлов) при радикальной лапароскопической цистэктомии.
41. Безрецидивная и безметастатическая выживаемость при открытой, лапароскопической и робот-ассистированной цистэктомии.
42. Общая выживаемость при открытой, лапароскопической и робот-ассистированной цистэктомии.

43. Способы улучшения онкологических результатов лапароскопической цистэктомии.
44. Показания к лимфаденэктомии при раке мочевого пузыря.
45. Уровень лимфаденэктомии при раке мочевого пузыря.
46. Критерии адекватной лимфаденэктомии при раке мочевого пузыря.
47. Послеоперационное ведение пациентов после открытой и лапароскопической цистэктомии.
48. Функциональные результаты лапароскопической цистэктомии.
49. Интраоперационные осложнения при лапароскопической цистэктомии.
50. Ранние послеоперационные осложнения при открытой и лапароскопической цистэктомии.
51. Поздние послеоперационные осложнения при открытой и лапароскопической цистэктомии.
52. Особенности действия при различных интраоперационных осложнениях лапароскопических вмешательств в онкоурологии.
53. Показания для различных методов деривации мочи в онкоурологии.
54. Противопоказания для контингентного отведения мочи: абсолютные и относительные.
55. Основные принципы формирования ортотопического мочевого пузыря в открытом и лапароскопической (интракорпоральном) варианте.
56. Основные принципы установки портов для выполнения лапароскопической цистэктомии.
57. Локальный и системный эффект пневмоперитонеума.
58. Исторические этапы развития лапароскопической нефрэктомии.
59. Исторические этапы развития лапароскопического органосохраняющего лечения опухолей почки.
60. Укладка пациента для выполнения лапароскопического вмешательства на почке.
61. Укладка пациента для выполнения видеоэндоскопического внебрюшинного вмешательства на почке.
62. Преимущества и недостатки лапароскопической нефрэктомии.
63. Преимущества и недостатки робот-ассистированной нефрэктомии
64. Аппаратно-техническое обеспечение лапароскопических вмешательств на почке.
65. Анатомические ориентиры при трансабдоминальном доступе к почке.
66. Анатомические ориентиры при внебрюшинном доступе к почке.
67. Экономическая эффективность минимально инвазивных вмешательств на почке.
68. Конверсия при лапароскопическом вмешательстве на почке.
69. Частота интраоперационных осложнений при открытом и лапароскопическом вмешательстве на почке.
70. Лапароскопическое вмешательство на почке с ручным ассистированием: преимущества и недостатки.
71. Частота послеоперационных осложнений при открытой и лапароскопической нефрэктомии.
72. Онкологические результаты открытой и лапароскопической нефрэктомии.
73. Конверсия при внебрюшинном вмешательстве на почке.
74. Тактика при вскрытии брюшной полости при забрюшинной операции на почке.
75. Абсолютные и относительные показания для органосохраняющего лечения опухолей почки.
76. Показания для минимально инвазивной хирургии при лечении опухолей почки.
77. Современные нефрометрические системы.
78. Роль нефрометрических систем в определении тактики лечения опухолей почки.
79. Способы гемостаза при лапароскопическом органосохраняющем лечении опухолей почки.

80. Способы уменьшения кровопотери при лапароскопическом органосохраняющем лечении опухолей почки.
81. Резекция почки с ишемией и без ишемии.
82. Длительность ишемии почки.
83. Прогностические факторы снижения функции почек при радикальном и органосохраняющем лечении.
84. Энуклеация, энуклеорезекция и резекция почки.
85. Частота послеоперационных осложнений при открытой и лапароскопической резекции почки.
86. Методики оценки послеоперационной функции почек.
87. Шовный материал, используемый при резекции почек.
88. Гемостатические агенты, используемые при резекции почек.
89. Онкологические результаты открытой и лапароскопической резекции почки.
90. Новые технологии, используемые для минимально инвазивной хирургии.

Тестовые задания:

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

1. При выполнении интерфасциальной диссекции в процессе выполнения нервосберегающей простатэктомии выделение происходит между

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	капсулой железы и простатической фасцией	
б	простатической фасцией и эндопельвикальной фасцией	+
в	капсулой железы и паренхимой	
г	вскрывается эндопельвикальная фасция	
д	не имеет значения	

2. Для выполнения простатэктомии с помощью эндовидеохирургии наиболее удобно нахождение пациента в положении

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	на спине	
б	литотомическом	
в	на боку	
г	Тренделенбурга	+
д	Фовлера	

3. Современные стандарты предусматривают выполнении тазовой лимфодиссекции при радикальной простатэктомии при вероятности поражения лимфоузлов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	более 5 %	+
б	более 10 %	
в	более 20 %	
г	лимфодиссекция рекомендуется во всех случаях	
д	выполнение лимфодиссекции при РПЭ не рекомендуется	

4. Предпростатическая клетчатка содержит метастатически поражённые лимфоузлы в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1-2 %	+
б	5-10 %	
в	около 20 %	
г	никогда не является зоной метастазирования	
д	предпростатическая клетчатка не содержит лимфоузлов	

5. Частота положительного хирургического края (ПХК) выше при выполнении

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	открытой простатэктомии	
б	лапароскопической простатэктомии	
в	робот-ассистированной простатэктомии	
г	одинакова при всех трёх методиках	+
д	открытой простатэктомии	

6. По современным данным, к наиболее важным предикторам ПХК не относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	клиническая стадия Т	
б	сумма Глисона при биопсии	
в	перинеуральная инвазия	
г	опыт хирурга	
д	длительность операции	+

7. Система оценки результатов лечения Trifecta включает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	выживаемость без биохимического рецидива, эректильную функцию, удержание мочи	+
б	эректильную функцию, удержание мочи, канцер-специфическую выживаемость	
в	эректильную функцию, удержание мочи, длительность госпитализации	
г	выживаемость без биохимического рецидива, канцер-специфическую выживаемость, общую выживаемость	

8. Частота развития отдалённых метастазов в течение 2 лет после радикальной цистэктомии (РЦЭ) по поводу рака мочевого пузыря составляет около

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	10 %	
б	20 %	
в	30 %	
г	50 %	+
д	100 %	

9. Наибольшая частота гемотрансфузий отмечена при выполнении

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	открытой цистэктомии	+
б	лапароскопической цистэктомии	
в	робот-ассистированной цистэктомии	
г	одинакова при всех трёх методиках	

10. Частота метастазов в местах установки портов при РЦЭ по поводу рака мочевого пузыря (РМП) равна

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	0,4 %	+
б	1 %	
в	6-8 %	
г	развития имплантационных метастазов не отмечено	

11. При оценке эффективности эндовидеохирургической (ЭВХ) радикальной цистэктомии по сравнению с открытой операцией в большинстве исследований отмечена меньшая частота

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	кровопотери	+
б	гемотрансфузий	+
в	потребности в анальгетиках	+
г	нарушений функций кишечника	+
д	восстановлений функций кишечника	

12. При выполнении робот-ассистированной простатэктомии (РАЦЭ) отмечена большая частота развития

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	локальных рецидивов	
б	канцероматоза брюшины	+
в	метастазов в экстрапельвикальных лимфоузлах	+

13. Первым хирургом, выполнившим лапароскопическое удаление почки, был

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	P. Walsh	
б	I. Gill	
в	R. Clayman	+
г	W. Schuessler	
д	J.-U. Stolzenburg	

14. Эпидемиология рака почки в последнее десятилетие показывает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рост I стадии и уменьшение IV стадии	+
б	рост заболеваний во II-III стадиях	
в	нет прироста заболеваемости	
г	рост заболеваемости почечно-клеточным раком (ПКР) всех стадий	

15. При трансперитонеальной ЭВХ-операции на почке порт для камеры классически устанавливается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	в подреберье	
б	в параумбиликальной области	+
в	в подвздошной области	
г	под мечевидным отростком	

16. При ретроперитонеоскопической ЭВХ-операции на почке порт для инструмента хирурга классически устанавливается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	в параумбиликальной области	
б	под мечевидным отростком	
в	в подреберном пространстве	+
г	между 11 и 12 рёбрами	

17. В среднем, частота конверсии при выполнении трансперитонеальной лапароскопической нефрэктомии (ЛНЭ) составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	менее 1 %	
б	2-6 %	+
в	8-10 %	
г	10-15 %	
д	около 20 %	

18. Недостатком использования ручного ассистирования при выполнении ЭВХ-операции на почке является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	отсутствие адекватной визуализации	
б	трудности установки портов	
в	большая частота осложнений	
г	необходимость изменения положения пациента	
д	чувство онемения и покалывания в руке хирурга	+

19. Уровнем установки порта для камеры при ретроперитонеоскопической операции на почке классически является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	конец 12 ребра	+
б	верхний край гребня подвздошной кости	
в	латеральный край мышцы разгибателя спины	
г	параумбиликальная область	

20. По оценке онкологических результатов лечения больных с локализованным ПКР преимуществом среди ЭВХ-техник обладает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лапароскопическая нефрэктомия	
б	лапароскопическая резекция почки	
в	ретроперитонеоскопическая нефрэктомия	
г	ретроперитонеоскопическая резекция почки	
д	результаты приведённых выше методик равнозначны	+

21. Под конверсией в лапароскопии понимают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	выполнение минилапаротомии	
б	незапланированный переход от лапароскопического к открытому (лапаротомному) вмешательству	+
в	удаление операционного препарата из брюшной полости	
г	отказ от выполнения органосохраняющего вмешательства	

22. Вмешательство называется лапароскопически-ассистированным, если

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	выполняется с использованием лапароскопа	
б	начинается с диагностической лапароскопии	
в	состоит из лапароскопического и открытого этапов	+
г	требует выполнения минилапаротомии	

23. Фасция Денонвиллье – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	фасция, расположенная между прямой кишкой и мочевым пузырем у мужчин	+
б	фасция, расположенная между прямой кишкой и влагалищем у женщин	+
в	брюшинно-промежностная фасция	+
г	позадибодочная фасция	

24. Фасция Героты – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	мезоректальная фасция	
б	почечная фасция	+
в	брюшинно-промежностная фасция	
г	позадибодочная фасция	

25. Фасция Гольдта – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	мезоректальная фасция	
б	почечная фасция	
в	брюшинно-промежностная фасция	
г	позадибодочная фасция	+

26. Выберите верное утверждение: пресакральная фасция...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	является париетальным листком тазовой фасции	+
б	является продолжением подвздошной фасции	+
в	образует переднюю границу предкрестцового фасциального пространства	+
г	является париетальным листком большого сальника	+
д	является висцеральным листком большого сальника	

27. Выберите верное утверждение: подчревные нервы...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	являются продолжением верхнего подчревного сплетения	+
б	формируют нижние подчревные сплетения	+
в	несут симпатические нервные волокна	+
г	несут висцеральные нервные волокна	

28. Подчревные нервы относятся к

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	соматической нервной системе	
б	симпатической нервной системе	+
в	парасимпатической нервной системе	

29. К преимуществам лапароскопической хирургии относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ускоренная послеоперационная реабилитация пациентов	+
б	менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде	+
в	сокращение сроков госпитализации	+
г	хороший косметический эффект	+
д	увеличение сроков госпитализации	

30. К недостаткам лапароскопической хирургии относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	увеличение длительности операции	
б	необходимость дополнительного обучения медицинского персонала	+
в	рост стоимости операции	+
г	уменьшение длительности операции	
д	уменьшение стоимости операции	

31. Применение лапароскопии позволяет выявить метастазы в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	почках	
б	печени	+
в	большом и малом сальниках	+
г	поджелудочной железе	
д	тонкой кишке	

32. К осложнениям лапароскопической хирургии относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ранение крупных сосудов	+
б	ранение полых органов	+
в	ранение мочеточника	+
г	мацерация	
д	деструкция	

33. Методы обезболивания в эндовидеохирургии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	внутривенная многокомпонентная общая анестезия со спонтанным дыханием	+
б	внутривенная многокомпонентная общая анестезия с ИВЛ	+
в	перидуральная анестезия в сочетании с внутривенной	+
г	перидуральная анестезия в сочетании с внутривенной и ИВЛ	+
д	анестезия регионарных нервных стволов	

34. Абсолютные противопоказания для выполнения лапароскопической операции

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	острый инфаркт миокарда	+
б	разлитой перитонит	+
в	некорригируемая коагулопатия	+
г	гиповолемический шок	+
д	гипертоническая болезнь	

35. Основные патофизиологические последствия напряженного пневмоперитонеума

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	сдавление нижней полой вены с нарушением венозного кровотока в её бассейне	+
б	нарушение кровотока в артериях органов брюшной полости	+
в	нарушение сердечной деятельности (снижение сердечного выброса и сердечного индекса)	+
г	нарушение мозгового кровообращения	
д	инфаркт брыжейки тонкой кишки	

36. Преимуществами использования углекислого газа при наложении пневмоперитонеума является то, что

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	углекислый газ легко всасывается и может быть эффективно удален легкими при умеренной гипервентиляции	+
б	углекислый газ легко всасывается и, таким образом, может повышать рСО ₂ артериальной крови	
в	углекислый газ имеет высокий коэффициент диффузии, что влияет на риск развития газовой эмболии	+
г	углекислый газ является недорогим и легкодоступным	+
д	углекислый газ может повышать рСО ₂ венозной крови	

37. Мобилизация селезеночного изгиба проводится в положении

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	Тренделенбурга	
б	Фовлера	+
в	на левом боку	
г	на правом боку	+
д	на животе	

38. Нижняя брыжеечная артерия является ветвью

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	брюшной аорты	+
б	верхней брыжеечной артерии	
в	левой ободочной артерии	
г	верхней прямокишечной артерии	
д	задней брыжеечной артерии	

39. Санториниево сплетение – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нижнее подчревное нервное сплетение	
б	верхнее подчревное нервное сплетение	
в	предстательное венозное сплетение	+
г	артериальное сплетение	
д	селезеночное сплетение	

40. Отток крови из санториниева сплетения идет в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	общие подвздошные вены	
б	наружные подвздошные вены	
в	внутренние подвздошные вены	+
г	поверхностные бедренные вены	
д	чревные вены	

41. Левая яичниковая вена впадает в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нижнюю брыжеечную вену	
б	левую внутреннюю подвздошную вену	
в	левую общую подвздошную вену	
г	левую почечную вену	+
д	селезеночную вену	

42. Запирательный нерв исходит из

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	копчикового нервного сплетения	
б	поясничного нервного сплетения	+
в	крестцового нервного сплетения	
г	чревного нервного сплетения	
д	плечевого нервного сплетения	

43. Методами профилактики порт-сайд метастазов являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	использование ограничительного кольца при извлечении препарата	+
б	десуффляция через порты	+
в	использование антисептических растворов	
г	использование O ₂	
д	использование CO ₂	

44. Методами профилактики послеоперационных вентральных грыж при лапароскопии являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ушивание апоневроза в месте введения 12 мм порта	+
б	ушивание апоневроза в месте введения 10 мм порта	+
в	ушивание апоневроза в месте введения 5 мм порта	
г	ушивание апоневроза в месте введения 30 мм порта	
д	ушивание апоневроза в месте введения 20 мм порта	

45. Кровопотеря при лапароскопических операциях

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	сопоставима с кровопотерей при открытых операциях	+
б	минимальна при условии выполнения лимфодиссекции в пределах бессосудистых эмбриональных слоев	+
в	зависит от объема удаляемой ткани	
г	не зависит от объема удаляемой ткани	
д	не сопоставима с кровопотерей при открытых операциях	

46. Визуализация структур малого таза при лапароскопических операциях

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	сопоставима с визуализацией при открытых операциях	
б	лучше, чем при открытых операциях	+
в	хуже, чем при открытых операциях	
г	зависит от объема удаляемой ткани	
д	зависит от вида анестезии	

47. Кровопотеря при лапароскопических операциях

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	зависит от объема удаляемой ткани	
б	всегда больше, чем при открытых операциях	
в	сопоставима с кровопотерей при открытых операциях	+
г	обычно меньше, чем при открытых операциях	+
д	минимальна при условии выполнения лимфодиссекции в пределах бессосудистых эмбриональных слоев все ответы правильные	+

48. С целью профилактики ранения магистральных сосудов и полых органов при введении первого троакара используют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	пункцию брюшной полости иглой Вереша	
б	доступ по Хассену	+
в	доступ в верхней точке Калька	
г	доступ в нижней точке Калька	
д	доступ в средней точке Калька	

49. Нижняя точка Калька локализуется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	на 3-4 см медиальнее и на 2 см ниже правой передней верхней подвздошной ости	
б	под пупком	+
в	над пупком	
г	под эпигастрием	
д	над эпигастрием	

50. Онкологические результаты при выполнении стандартных объемов операций лапароскопически

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	улучшаются	
б	ухудшаются	
в	зависят от квалификации хирурга	+
г	сопоставимы с результатами открытой хирургии	+

51. Варианты гемостаза в лапароскопии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	монополярная коагуляция	+
б	биполярная коагуляция	+
в	клипирование	+
г	лигирование	+

52. При лапароскопии можно установить всё перечисленное, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	цвета опухоли	
б	морфологической структуры опухоли	+
в	наличия метастазов	
г	консистенции опухоли	
д	подвижности опухоли	

53. Способствовать осмотру контуров правой почки можно

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	приподняв нижний край правой доли печени	+
б	сместив книзу печеночный угол толстой кишки	+
в	сместив кверху печеночный угол толстой кишки	
г	сместив латерально восходящий отдел толстой кишки	
д	сместив медиально восходящий отдел толстой кишки	

54. Органы малого таза при лапароскопии следует осматривать в положении

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	на спине при горизонтальном положении стола	
б	на спине при опущенном головном конце стола	+
в	на правом боку с опущенным головным концом стола	
г	на левом боку с опущенным головным концом стола	
д	на левом боку при горизонтальном положении стола	

55. Ушивание паренхимы почки при резекции опухоли производится с использованием нитей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	викрил 0	+
б	викрил 2/0	+
в	викрил 4/0	
г	пролен	
д	викрил 0	

56. Удаление опухоли в пределах ее капсулы называют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	энуклеация	+
б	энуклеорезекция	
в	резекция	
г	биопсия	
д	абляция	

57. Что из перечисленного не является нефрометрической системой, позволяющей оценить сложность резекции почки

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	RENAL	
б	PADUA	
в	C-index	
г	NOTES	+
д	INOD	+

58. Что из перечисленного не относится к гемостатическим средствам, используемым для гемостаза при резекции почки

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	Tisseal	
б	Gelfoam	
в	Floseal	
г	Surgicel	
д	Florisel	+

59. Выполнение органосохраняющей операции при опухоли почки с оставлением тонкого ободка паренхимы (1-2 мм) называется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	энуклеация	
б	энуклеорезекция	+
в	резекция	
г	биопсия	

60. Большинство исследований указывают на максимально возможное время тепловой ишемии при резекции почки в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	5-10 минут	
б	10-15 минут	
в	20-30 минут	+
г	50-60 минут	
д	80-100 минут	

61. Среди перечисленных прогностических факторов снижения функции оперированной почки при резекции считается ведущим

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ее изначальное функциональное состояние	+
б	техника операции (открытая или лапароскопическая)	
в	объем кровопотери	
г	объем удаленной ткани	

62. К минимизации ишемии почечной ткани при резекции относятся все перечисленные приемы, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	раннего снятия зажима с почечной ножки	
б	селективной ишемии (наложение зажима не на основной ствол почечной артерии)	
в	отказа от выполнения лапароскопического вмешательства	+
г	безишемической резекции	

63. Выполнение лапароскопической резекции наиболее обосновано при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	доброкачественном характере опухоли	
б	стадии cT1a (образование менее 4 см)	+
в	стадии cT1b в опытных центрах (образование 4-7 см)	
г	стадии cT2 (образование более 7 см)	

64. Основное доказанное преимущество органосохраняющего подхода при хирургическом лечении опухолей почки

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	меньшая частота развития ХПН в послеоперационном периоде	+
б	меньшая частота интраоперационных осложнений	
в	меньшая частота рецидивов опухоли	
г	меньшая частота кровопотери	

65. При распространении органосохраняющего подхода при хирургическом лечении опухолей почки по сравнению с нефрэктомией канцер-специфическая выживаемость

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	не изменилась	+
б	увеличилась	
в	снизилась	
г	на сегодняшний день два подхода не сравнивались	

66. Преимуществами забрюшинного доступа при эндоскопическом лечении опухолей почки являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	минимизация манипуляций с кишечником	+
б	предотвращение контаминации брюшной полости	+
в	потенциальное предотвращение затёка крови и мочи в брюшную полость	+
г	относительно малое рабочее пространство	

67. Недостатком забрюшинного доступа при эндоскопическом лечении опухолей почки является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	минимизация манипуляций с кишечником	
б	предотвращение контаминации брюшной полости	
в	потенциальное предотвращение затёка крови и мочи в брюшную полость	
г	относительно малое рабочее пространство	+

68. Для эндоскопических ретроперитонеоскопических операций на почке оптимальным является использование оптики

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	0°	+
б	30°	
в	90°	
г	120°	
д	150°	

69. Ориентирами для установки портов для доступа к забрюшинному доступу к почке являются все, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	XII ребра	
б	ребра подвздошной кости	
в	лонного сочленения	+
г	мышцы, выпрямляющей спину (m. erector spinae)	

70. Фасция, проходимая при доступе к забрюшинному пространству, называется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	предбрюшинная фасция	
б	дорсолюмбальная фасция	+
в	фасция Денонвилье	
г	фасция Тольдта	
д	фасция Клодта	

71. Ориентирами при забрюшинном эндоскопическом доступе к почке и/или сосудистой ножке являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	поясничная мышца	+
б	фасция Героты	+
в	гонадная вена	+
г	мочеточник	+
д	мочевой пузырь	

72. Сложности, связанные с повреждением брюшины с утечкой газа в брюшную полость, можно минимизировать

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	закрытием дефекта брюшины	+
б	расширением ретроперитонеального пространства	+
в	установкой иглы в брюшную полость для отхождения оттуда газа	+
г	повышением давления в забрюшинном пространстве	

73. Последовательность компонентов почечного синуса со стороны забрюшинного пространства следующая

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	вена, артерия, лоханка	
б	лоханка, вена, артерия	
в	лоханка, артерия, вена	+
г	вена, лоханка, артерия	

74. Частота развития локальных рецидивов в течение 5 лет после выполнения резекции почки составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	0 %	
б	менее 10 %	+
в	20-30 %	
г	около 50 %	
д	60 %	

75. Аббревиатура, обозначающая использование одного порта при выполнении эндоскопического вмешательства

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	LESS	+
б	PADUA	
в	NSS	
г	NOTES	
д	INOD	

76. Выполнение робот-ассистированных вмешательств при опухолях почки ассоциировано с

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	большой стоимостью операции	+
б	большой частотой осложнений	
в	большой кровопотерей	
г	большой длительностью госпитализации	
д	большим удалением тканей	

77. При установке портов хирургом давление, оказываемое на его кисть, составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	не оказывается давления	
б	до 100 мм рт. ст.	+
в	до 500 мм рт. ст.	
г	до 5 атмосфер	
д	до 10 атмосфер	

78. Эргономика в лапароскопии – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	создание условий для комфортной работы операционной бригады, оперирующего хирурга	+
б	создание удобного положения пациента для предотвращения осложнений	+
в	оптимизация работы лечебного учреждения	
г	присутствие руководителя на операции	

79. Нарушение принципов эргономики в лапароскопии приводит к

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	покалыванию в кисти оперирующего хирурга	+
б	онемению мягких тканей кисти оперирующего хирурга	+
в	осложнениям у пациента в послеоперационном периоде	
г	выводу из строя оборудования	
д	выводу из строя оперирующего хирурга	

80. Доказанным предиктором конверсии при выполнении лапароскопической нефрэктомии является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	возраст пациента	
б	сторона поражения	
в	архитектоника почечных сосудов	
г	размер опухоли	+
д	нарушение принципов эргономики	

81. При выполнении чрезбрюшинной нефрэктомии у тучных пациентов троакары обычно устанавливаются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	краниальнее обычного	
б	медиальнее обычного	
в	латеральнее обычного	+
г	ожирение не влияет на расположении портов	

82. Порт для инструмента, используемого для тракции печени обычно устанавливается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	в околопупочной области	
б	под реберной дугой	
в	по средней аксиллярной линии	
г	под мечевидным отростком	+
д	над мечевидным отростком	

83. Наиболее часто лапароскопическая нефрэктомия выполняется по поводу

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	опухоли менее 7 см (стадия T1)	
б	опухоли размером 7-10 см (стадия T2)	+
в	наличия тромба в нижней полой вене	
г	лапароскопическое выполнение нефрэктомии нецелесообразно	
д	выполнение лапароскопической нефрэктомии возможно при любом размере и распространенности опухоли	

84. Первая лапароскопическая нефрэктомия была выполнена в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1985 году	
б	1989 году	
в	1991 году	+
г	1998 году	

85. Электрохирургическое оборудование для выполнения лапароскопических операций на почке включает в себя

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ультразвуковые диссекторы	+
б	инструменты с монокоагуляцией	+
в	инструменты с бикоагуляцией	+
г	LigaSure	+

86. Частота развития стриктур уретероилеального анастомоза при выполнении кишечной деривации мочи после радикальной цистэктомии составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	0-5 %	
б	от 5 до 15 %	+
в	от 25 до 30 %	
г	от 40 до 50 %	

87. Клинически значимые отдаленные осложнения лапароскопической радикальной цистэктомии (лимфоцеле, хилезный асцит, мочевые фистулы) встречаются с частотой

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	до 5 %	+
б	10-15 %	
в	25-35 %	
г	50 %	
д	60 %	

88. Минимально-инвазивная цистэктомия характеризуется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	меньшей частотой кишечной непроходимости	+
б	меньшей длительностью госпитализации	+
в	меньшей частотой инфекционных осложнений раны	+
г	тромбированием вен	
д	тромбированием артерий	

89. После радикальной цистэктомии частота стриктур уретероилеального анастомоза при лапароскопическом его формировании по сравнению с открытым

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ниже	
б	выше	
в	не отличается	+

90. Плотность метастатически поражённых лимфоузлов (отношение метастатических к общему количеству удаленных), неблагоприятно влияющая на выживаемость при раке мочевого пузыря, составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	5-10 %	
б	более 20 %	+
в	более 40 %	
г	более 60 %	

91. Количество центров, выполняющих интракорпоральное отведение мочи после радикальной цистэктомии, составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	3 %	+
б	5-10 %	
в	20-30 %	
г	50 %	
д	60 %	

92. Мышечно-инвазивные формы рака мочевого пузыря по статистике в России встречаются в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	10 %	
б	30 %	
в	60 %	+
г	90 %	

93. При формировании ортотопического мочевого пузыря длина участка подвздошной кишки, используемого для резервуара, составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	10-15 см	
б	20-25 см	
в	45-55 см	+
г	60-70 см	

94. На качество удержания мочи после радикальной простатэктомии может оказывать влияние

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	сохранение шейки мочевого пузыря	+
б	сохранение сосудисто-нервных пучков	+
в	тщательная апикальная диссекция с максимальным сохранением уретры	+
г	тренировки мышц тазового дна	+
д	объем удаляемой ткани	

95. К преимуществам внебрюшинной эндоскопической простатэктомии относится всё, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	возможности выполнения лимфаденэктомии в большем объеме	+
б	меньшей необходимости манипуляций с кишечником	
в	предотвращения необходимости низведения мочевого пузыря	
г	меньшей необходимости наклона головного конца операционного стола (положение Тренделенбурга)	

96. Техника Velthoven заключается в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	укреплении задней стенки везикоуретрального анастомоза наложением дополнительного шва на ректоуретральные мышцы	
б	простатэктомии с сохранением пубопростатических связей	
в	формировании везикоуретрального анастомоза с помощью непрерывного шва двумя нитями и сшивании их на 12 часах у.ц.	+

97. Частота контрактур шейки мочевого пузыря при лапароскопической простатэктомии составляет около

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1-2 %	+
б	5-8 %	
в	10-15 %	
г	25-30 %	
д	35-40 %	

98. При формировании доступа по Хассону для выполнения лапароскопической простатэктомии разрез производят

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	в правой подвздошной области	
б	в левой подвздошной области	
в	под пупком продольно	+
г	под пупком поперечно	+
д	латеральнее пупка	

99. Абсолютным противопоказанием для выполнения видеоэндоскопической простатэктомии внебрюшинным доступом считается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ТУР простаты в анамнезе	
б	хроническая задержка мочи	
в	дистанционная лучевая терапия на простату в анамнезе	
г	mesh-пластика паховых грыж в анамнезе	+

100. К образованиям, окружающим предстательную железу, относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	капсула простаты	+
б	простатическая фасция	+
в	эндопельвикальная фасция	+
г	висцеральная брюшина	
д	париетальная брюшина	

11. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Онкология»;
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2012 № 560н (ред. от 02.09.2013) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Детская онкология»;
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
10. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».