

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце: Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

ФИО: Косенок Сергей Михайлович "Сургутский государственный университет"

Должность: ректор

Дата подписания: 01.07.2026 12:18:50

Уникальный программный ключ:

e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМП

11 июня 2026 г., протокол УМС №5

Основы флебологии

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Кардиологии**
Учебный план о310863-СерСосХир-26-1.plx
31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 52
самостоятельная работа 20

Виды контроля в семестрах:
зачет 1
контрольная работа 1

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
Неделя	16 4/6			
Вид занятий	уп	рп	у п	рп
Лекции	4		4	
Практические	48		4	
Итого ауд.	52		5	
Контактная работа	52		5	
Сам. работа	20		2	
Итого	72		7	

Программу составил(и):

к.м.н., старший преподаватель, Ибрагимов О.Р.

Рабочая программа дисциплины

Основы флебологии

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия (приказ Минобрнауки России от 30.06.2021 г. № 563)

составлена на основании учебного плана:

31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 11.06.2026 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Кардиологии от 17.04.2026 протокол № 10.

Зав. кафедрой, к.м.н, доцент Урванцева И.А.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-2.1: Разработка плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Знать:

ПК-2.2: Направление пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и (или) патологическими состояниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний

Знать:

ПК-1.1: Проводит обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) патологических состояний сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения

Знать:

ПК-1.2: Осуществляет сбор анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы

Знать:

ПК-1.3: Проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы

Знать:

ПК-1.4: Направляет пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы на инструментальное обследование и лабораторное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Знать:

ПК-1.5: Способен интерпретировать результаты осмотров врачей-специалистов, лабораторных исследований и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы

Знать:

ПК-2.3: Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Знать:

ПК-2.4: Проведение предоперационной подготовки с сопровождением пациента в операционную из профильного отделения

Ассистирование при:

- подготовке операционного поля, накрывании стерильным бельем
 - осуществлении доступа к сердцу и (или) сосудам
 - канюляции магистральных сосудов, проведении кардиоплегии
 - проведении основного этапа операции на сердце и (или) сосудах
 - проведении гемостаза на заключительных этапах операции на сердце и (или) сосудах
- Наложение подкожного и кожного шва, асептической повязки

Знать:

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

Форма оценочного материала для промежуточной аттестации

Тестовое задание для промежуточной аттестации по дисциплине:

Основы флебологии, 1 СЕМЕСТР

Код, направление подготовки	31.08.63 Сердечно - сосудистая хирургия
Направленность (профиль)	Основы флебологии
Форма обучения	Очная
Кафедра-разработчик	Кардиология
Выпускающая кафедра	Кардиология

Типовые задания для контрольной работы:

Контрольная работа

Написание рефератов по ниже предложенным темам

Темы рефератов к теме №1:

1. Анатомия и физиология венозного оттока.
2. Клиническая картина ХВН, классификация по СЕАР.
3. Диагностика ХВН.
4. Операции при варикозном расширении вен нижних конечностей.
5. Операции при ПТФС.

Темы рефератов к теме №2:

1. Минифлебэктомия
2. Склеротерапия
3. Лазерная коагуляция варикозных вен
4. Радиочастотная абляция вен нижних конечностей
5. Эндоскопическая диссекция перфорантных вен

Типовые вопросы к зачету:

Вопросы к зачетному занятию:

1. Анатомия и физиология венозного оттока.
2. Патомеханизм возникновения ПТФС.
3. Клиническая картина ХВН, классификация по СЕАР.
4. Диагностика ХВН.
5. Консервативное лечение.
6. Операции при варикозном расширении вен нижних конечностей.
7. Операции при ПТФС.
8. Тромбофлебит, флеботромбоз. Диагностика, консервативное лечение.
9. Этиология, патогенез венозных тромбозов.
10. Клиническая картина.
11. Дифференциальная диагностика.
12. Возможности ультразвуковой и рентгенконтрастной диагностики.

13. Консервативная терапия.
14. Современные лекарственные средства в лечении флеботромбозов.
15. Тромбофлебит подкожных вен, клиника, диагностика, лечение.
16. Показания к экстренным операциям при тромбофлебите и флеботромбозе.
17. Организация работы сосудистого отделения;
18. Патопфизиология сосудистых окклюзий;
19. Основы сосудистой хирургической техники;
20. Хирургический инструментарий
21. Шовный материал используемый в флебологии
22. Методика наложения шва на сосуды
23. Техника сосудистого шва на артерии.
24. Техника наложения сосудистого шва на вене.
25. Ликвидация спазма сосудов
26. Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения вен.
27. Операциях на периферических венах.
28. Гистопатология сосудистых анастомозов;
29. Обезболивание при сосудистых операциях

Перечень задач к зачету:

Задача 1.

Больной И. 48 лет предъявляет жалобы на выраженную одышку в покое, на ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, на боли в области сердца, снижение работоспособности, общую слабость.

Из анамнеза: считает себя больным с февраля 2016г., когда стал отмечать отечность левой н/к., болезненность по ходу большой подкожной вены Больной ничем не лечился, за помощью не обращался. Резкое ухудшение состояния, в виде резкого приступа одышки, болей в области сердца 07.03.17г., в связи с чем КСМП был экстренно госпитализирован в условия стационара.

При осмотре: состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые бледные. Гиперстеник. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних полях обоих легких, единичные сухие хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС 90 в минуту. Аускультативно выслушивается дующий систолический шум с эпицентром на мечевидном отростке, акцент 2 тона над легочной артерией. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.

ЭКГ: ритм синусовый регулярный с ЧСС 53. Очаговая в/ж блокада. Субэндокардиальная ишемия по передней, боковой стенке.

Ангиопульмонография: картина тромбоэмболии долевых и сегментарных ветвей обеих легочных артерий, ЛГ.

ЭхоКГ: ЛП: 49/39 КДР: 53 КСР: 35 ФВ: 63% тЗСЛЖ: 9/14 тМЖП: 14/19 Митральный клапан: створки с очаговыми изменениями. Регургитация: нет. Аортальный клапан: створки с очаговыми изменениями. Регургитация: 1 ст. Трехстворчатый клапан: створки с очаговыми изменениями. Регургитация: нет. Кровоток в легочной артерии необструктивного типа. расчетное давление в ЛА 47мм.рт.ст., Доп. Особ.: Сократимость равномерная.

Контрольные вопросы или задания.

1. Сформулируйте диагноз

2. Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз порока сердца(аортальный стеноз).
3. Показания для операции при данной патологии
4. Виды хирургических операций при ТЭЛА.
5. Укажите возможные осложнения ТЭЛА.

Задача 2.

Пациентка 49 лет жалуется на наличие расширенных вен на ногах, боль, тяжесть, усталость, отечность ног. Болеет длительное время, когда после вторых родов стала отмечать указанные симптомы. По данным дуплексного сканирования вен нижних конечностей отмечается несостоятельность остиального клапана с обеих сторон, ретроградный кровоток по стволу большой подкожной вены, варикозно расширенные притоки, несостоятельность перфорантов в нижней трети голени. Локально: на нижних конечностях отмечаются варикозно расширенные вены в бассейне большой и малой подкожных вен, трофических изменений нет. Пульсация артерий сохранена на всех уровнях.

Контрольные вопросы или задания.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Классификация ХВН
3. Назовите принципы хирургической коррекции варикозной болезни
4. Хирургическая тактика у данной пациентки
5. Назовите основные осложнения после операций при варикозной болезни

Задача 3.

Женщина, 54 года, предъявляет жалобы отёчность, тяжесть, ноющую боль в левой нижней конечности, в области язвенного дефекта левой стопы, к вечеру и после физической нагрузки.

Из анамнеза: страдает варикозной болезнью в течение многих лет (после первых родов). В течении последних 6 месяцев беспокоят тяжесть и отёчность левой нижней конечности к вечеру и после физической нагрузки, появился язвенный дефект на левой стопе. Лечилась самостоятельно (троксерутиновая мазь) без значительного эффекта.

При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 64 ударов в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Status localis: по ходу большой подкожной вены слева отмечаются варикозно измененные притоки большой подкожной вены, мягкие, безболезненные при пальпации. Левая нижняя конечность отёчна, тёплая на ощупь, в нижней трети левой голени отмечается выраженный липодерматосклероз. На передней поверхности левой стопы имеется язвенный дефект 1*1 см, дно язвы выполнено фибрином, без отделяемого. Периферическая пульсация сохранена.

Выполнено УЗДГ и ДС вен нижних конечностей: выявлено варикозная трансформация притоков БПВ слева, ствол БПВ расширен. При проведении пробы с натуживанием ретроградный кровоток определяется. Несостоятельность перфорантов на голени слева.

В анализах: Нб 120 г/л, Эр-4,02 x 10¹²/л, Le-10,4 x 10⁹/л, Тр-220 x 10⁹ /л, СОЭ-25 мм/ч. О.билирубин 18,8 мкмоль/л, АлТ 21 Ед/л; АсТ 31 Ед/л; мочевины 7,5

ммоль/л, креатинин – 97,2 мкмоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л
Коагулограмма: АЧТВ – 32 сек, ТВ – 18 сек, фибриноген – 4,8 г/л, Д-димер >500 мкг/л, МНО – 1,0
ЭКГ: Ритм синусовый. Горизонтальное положение ЭОС. ЧСС – 66 в мин.
Экстрасистолия. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Контрольные вопросы или задания.

1. Сформулируйте диагноз
2. Характеристика метода, который позволяет верифицировать диагноз варикозной болезни.
3. Показания к операции при данной патологии
4. Назовите обязательные этапы хирургической операции при ВБВНК.
5. Назовите современные методы лечения варикозной болезни

Тестовый контроль к зачету:

1. Варикозное расширение вен нижних конечностей имеет:

- а) врожденное происхождение - ангиодисплазию
- б) врожденное происхождение - артериовенозные свищи
- в) приобретенное происхождение - компенсацию недостаточности глубокой венозной системы
- г) полиэтиологическое происхождение, где слабость венозной стенки играет роль и очень важную
- д) этиология не выяснена

2. В классификации варикозного расширения вен следует выделять:

- а) первичный варикоз (варикозная болезнь)
- б) вторичный варикоз
- в) стадии компенсации и декомпенсации
- г) наличие трофических расстройств
- д) все перечисленное

3. В клинической картине варикозной болезни преобладают:

- а) жалобы на болевые ощущения
- б) жалобы на косметические дефекты
- в) местные трофические расстройства
- г) расширение подкожной венозной системы, отеки к концу дня, появление гиперпигментации
- д) все перечисленное

4. В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет:

- а) врожденная слабость соединительной ткани венозной системы
- б) нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы
- в) нарушение функции коммуникативных вен
- г) развитие венозной гипертензии в нижних конечностях
- д) все перечисленное

5. При варикозной болезни проведение УЗГД и флебографии показано:

- а) всем больным
- б) при наличии трофических расстройств на конечности
- в) при атипичной локализации варикозных узлов и неясности диагноза
- г) при молодом возрасте пациентов
- д) дифференцированный подход

6. Показанием к оперативному лечению при варикозной болезни являются:

- а) боли в нижней конечности к концу дня
- б) появление отеков на нижней конечности
- в) трофические расстройства на конечности (кроме язв)
- г) косметические дефекты из-за варикозного расширения вен
- д) все перечисленное

7. Радикальность хирургического лечения варикозной болезни зависит от:

- а) тщательной обработки всех коллатералей в области овальной ямки
- б) удаления варикозной магистральной вены на всем протяжении со всеми коллатеральями
- в) удаления малой подкожной вены при ее поражении
- г) над- и подфасциальной перевязки всех перфорантных вен
- д) всего перечисленного

8. Традиционная операция флебэктомии - это операция:

- а) Троянова - Тренделенбурга
- б) Бэбкокка
- в) Нарата
- г) Кокетта
- д) все перечисленные

9. В послеоперационном периоде после флебэктомии важным является:

- а) антибиотикотерапия
- б) ранняя активизация больных
- в) физиотерапия
- г) ношение эластических бинтов и ранняя активизация больных
- д) все перечисленное

10. Консервативное лечение при варикозной болезни включает:

- а) физические упражнения
- б) эластическое бинтование нижней конечности
- в) медикаментозное лечение
- г) физиотерапию
- д) все перечисленное

11. Посттромбофлебитическая болезнь обычно поражает:

- а) поверхностную венозную систему
- б) коммуникантные вены
- в) медикаментозное лечение
- г) физиотерапию
- д) все перечисленное

12. Посттромбофлебитическая болезнь преимущественно поражает:

- а) подколенно-тибиальный сегмент
- б) бедренно-тибиальный сегмент
- в) подвздошно-бедренный сегмент
- г) илеокавальный сегмент
- д) нижнюю полую вену

13.Патофизиология венозной гемодинамики при посттромбофлебитической болезни, в первую очередь, связана с:

- а) наличием варикозного расширения поверхностных вен
- б) патологическим сбросом венозной крови из глубокой венозной системы в поверхностную
- в) развитием венозной гипертензии в нижней конечности
- г) разрушением клапанов коммуникантных вен
- д) всем перечисленным

14.Типичный симптомокомплекс при посттромбофлебитической болезни не включает:

- а) боли в нижней конечности
- б) отека нижней конечности
- в) отсутствия пульса на стопе
- г) вторичного варикозного расширения вен
- д) пигментацию и индурацию кожи на голени

15.К наиболее распространенным формам посттромбофлебитической болезни относятся:

- а) отечно-болевая
- б) варикозно-язвенная
- в) трофическая
- г) правильно а и б
- д) правильно все перечисленное

16.В диагностике посттромбофлебитической болезни для решения вопроса о хирургическом лечении определяющим методом диагностики являются:

- а) функциональные пробы
- б) радионуклидная флебография
- в) ультразвуковая доплерография
- г) контрастная флебография
- д) компьютерная томография

17.При хирургическом лечении посттромбофлебитической болезни в настоящее время наиболее часто применяется:

- а) операция по имплантации искусственных клапанов в глубокую венозную систему
- б) операция Кокетта
- в) экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен
- г) аутовенозное шунтирование и протезирование глубоких вен
- д) операция Линтона в сочетании с комбинированной флебэктомией

18.Наиболее частой причиной синдрома верхней полой вены являются:

- а) первичный тромбоз верхней полой вены
- б) злокачественные опухоли средотения и бронхолегочный рак
- в) внутригрудинные доброкачественные опухоли
- г) травма грудной клетки
- д) одинаково часто все выше перечисленное

19.В клинической картине синдрома верхней полой вены важную роль играют:

- а) венозный застой в поверхностных и глубоких венах, туловища и верхних конечностей
- б) венозный застой в головном мозгу
- в) симптоматика основного заболевания
- г) нарушение сердечной гемодинамики
- д) все перечисленное

20. В диагностике синдрома верхней полой вены следует использовать:

- а) рентгенографию грудной клетки
- б) флебографию
- в) флеботонометрию
- г) эхолокацию
- д) все перечисленное

21. При хирургическом лечении синдрома верхней полой вены чаще всего выполняются:

- а) протезирование верхней полой вены
- б) обходное шунтирование между бассейном верхней и нижней полых вен (экстраанатомическое)
- в) обходное шунтирование между непарной веной и ушком правого предсердия
- г) все перечисленные методы одинаково часто

22. Синдром Педжета - Шреттера — это:

- а) острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента
- б) хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза подключично-подмышечного сегмента
- в) острый тромбоз бассейна верхней полой вены
- г) посттромбофлебитический синдром верхних конечностей
- д) данный синдром не относится к венозной патологии

23. Клиническая картина болезни Педжета - Шреттера включает:

- а) прогрессирующий отек конечности
- б) сильные боли в конечности и цианоз кожи
- в) видимое развитие подкожных коллатералей
- г) все перечисленное
- д) только А и Б

24. В диагностике синдрома Педжета - Шреттера целесообразно использовать:

- а) ультразвуковую доплерографию
- б) флебографию
- в) ультрасонографию
- г) компьютерную томографию
- д) все перечисленные методы

25. Радикальной операцией при болезни Педжета — Шреттера следует считать:

- а) венолизис
- б) тромбэктомию
- в) резекцию I ребра
- г) скаленотомию
- д) аутовенозное шунтирование
- е) комбинации операций в зависимости от ситуации

26. При хронических венозных окклюзиях верхних конечностей операцией выбора является:

- а) тромбэктомия
- б) резекция I ребра, скаленотомия
- в) аутовенозное шунтирование, устранение причины тромбоза
- г) аутовенозное протезирование
- д) аутовенозное шунтирование, наложение временной артериовенозной стомы и устранение причины тромбоза

27. При циррозе печени чаще развивается:

- а) внутрипеченочная форма портального блока
- б) надпеченочная форма портального блока
- в) подпеченочная форма портального блока
- г) смешанная форма портального блока

28. При циррозе печени патогенез портальной гипертензии связан с:

- а) диффузным развитием в печени фиброзной ткани
- б) фиброзом глиссоновой капсулы
- в) окклюзией внутрипеченочных желчных ходов
- г) внутريدольковой узловой регенерацией
- д) поражением внепеченочных желчных ходов

29. Повышение давления в воротной вене ведет к развитию коллатерального кровообращения в:

- а) системе вен желудка
- б) венозном сплетении пищевода
- в) прямокишечных зонах
- г) системе подкожных вен передней брюшной стенки
- д) во всех перечисленных системах

30. В клинической картине портальной гипертензии выделяют все перечисленное, за исключением:

- а) спленомегалии
- б) варикозного расширения вен, развития подкожных коллатералей
- в) асцита
- г) гепатомегалии

31. К ранним признакам портальной гипертензии относят:

- а) вздутие живота и чувство полноты в подложечной области
- б) ощущение постоянного переполнения кишечника
- в) периодические поносы
- г) периодические поносы, боли в подложечной области
- д) все перечисленное

32. При выраженной портальной гипертензии характерными явлениями гиперспленизма являются все перечисленные, за исключением:

- а) анемии
- б) лейкопении
- в) тромбоцитопении
- г) повышенной СОЭ

33.В диагностике портальной гипертензии ведущую роль играют:

- а) рентгеноскопия пищевода и желудка
- б) эзофагогастродуоденоскопия
- в) спленоманометрия
- г) гепатоманометрия
- д) портогепатография

34.Срочное вмешательство на фоне желудочно-кишечного кровотечения при портальной гипертензии должно начинаться с:

- а) наложения портокавального анастомоза
- б) прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка
- в) установки зонда Блекмора
- г) экстренной эзофагогастродуоденоскопии
- д) ни одного из перечисленных

35.Плановые операции при портальной гипертензии необходимо производить:

- а) вне кровотечения
- б) при удовлетворительной функции печени
- в) при стабильном течении цирроза
- г) при умеренно развитых коллатералях на передней брюшной стенке
- д) с учетом всего перечисленного

36.В случаях хронического гепатита при начальных стадиях цирроза печени можно выполнять все перечисленные типы операций, за исключением:

- а) портокавального анастомоза
- б) артериализации печени
- в) периаартериальной симпатэктомии печеночной артерии
- г) перевязки селезеночной артерии

37.При сформировавшемся циррозе печени с системной портальной гипертензией целесообразны:

- а) периаартериальная симпатэктомия
- б) перевязка селезеночной артерии
- в) портокавальные анастомозы
- г) все перечисленное
- д) только А и Б

38.Возможны следующие виды аневризм яремных вен:

- а) диффузные
- б) мешковидные
- в) истинные
- г) ложные
- д) все перечисленные

39.Клиническое течение аневризм яремных вен проявляется:

- а) давлением на окружающие ткани
- б) затрудненным оттоком от головного мозга, косметическими дефектами
- в) риском разрыва
- г) правильно А и Б
- д) правильно все перечисленное

40.Оптимальным методом лечения аневризм яремных вен является:

- а) окутывание аневризм фасцией
- б) протезирование эксплантатом
- в) краевая резекция и ушивание
- г) резекция аневризмы с анастомозом конец в конец и укрытие линии швов дубликатурой из венозной стенки
- д) аутовенозное протезирование