

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 4

« 09 » 04 2024 г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
« 15 » 04 2024г.
№ 195

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

«Диагностическая и лечебная колоноскопия при заболеваниях прямой и
ободочной кишки»

по основной специальности: эндоскопия
по смежным специальностям колопроктология, хирургия
Трудоемкость: 36часов

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2024

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Диагностическая и лечебная колоноскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки» обсуждена и одобрена на заседании кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор Яковлев А.А.

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1. Черкасов Михаил Федорович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии №4 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России/
2. Ханамирова Ляйля Загидуловна, к.м.н., заведующая амбулаторно-поликлиническое отделение №1 и №3 клинико - диагностического центра «Здоровье», врач - гастроэнтеролог, врач - эндоскопист, главный внештатный эндоскопист г. Ростова-на-Дону.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Диагностическая и лечебная колоноскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки» (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Яковлев А.А.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий/

ДПО - дополнительное профессиональное образование;
ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт
ПС - профессиональный стандарт
ОТФ - обобщенная трудовая функция
ТФ - трудовая функция
ПК - профессиональная компетенция
ЛЗ - лекционные занятия
СЗ - семинарские занятия;
ПЗ - практические занятия;
СР - самостоятельная работа;
ДОТ - дистанционные образовательные технологии;
ЭО - электронное обучение;
ПА - промежуточная аттестация;
ИА - итоговая аттестация;
УП - учебный план;
АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- статья 76, Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»
- Профессиональный стандарт «Врач - эндоскопист» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 14 июля 2021г. № 471н, регистрационный номер 1253)
- Профессиональный стандарт «Врач - колопроктолог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11 февраля 2019г. № 69н, регистрационный номер 1245)
- Профессиональный стандарт «Врач - хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26 ноября 2018г. № 743н, регистрационный номер 1224)
- ФГОС ВО по специальности 31.08.70 Эндоскопия утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014г. № 1113.
- ФГОС ВО по специальности 31.08.55 Колопроктология утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1098
- ФГОС ВО по специальности 31.08.67 Хирургия утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014г. № 1110
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – эндоскопия

Смежные специальности – колопроктология, хирургия.

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальностям «Эндоскопия», «Колопроктология», «Хирургия», а именно качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных при эндоскопической диагностике и лечения заболеваний прямой и ободочной кишки

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Эндоскопия»:

применение эндоскопических методов диагностики и лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта.

Уровень квалификации: 8

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Колопроктология»: профилактика, диагностика и лечение заболеваний и (или) состояний, в том числе новообразований, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области; медицинская реабилитация пациентов.

Уровень квалификации: 8

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Хирургия»: профилактика, диагностика и лечение хирургических заболеваний и (или) состояний, медицинская реабилитация пациентов

Уровень квалификации: 8

Связь Программы с профессиональным стандартом представлена в таблице 1.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт 1: Профессиональный стандарт «Врач - эндоскопист» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 14 июля 2021г. N 471н., регистрационный номер 1253).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
<i>А: Проведение эндоскопических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, скорой, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи, медицинской помощи при санаторно-курортном лечении</i>	<i>А/01.8</i>	Проведение эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта
Профессиональный стандарт 2: Профессиональный стандарт «Врач - хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26 ноября 2018г. N 743н., регистрационный номер 1224).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
<i>А: Оказание первичной медико-санитарной</i>	<i>А/01.8</i>	<i>Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических</i>

<i>помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю «хирургия»</i>		<i>заболеваний и (или) состояний и установления диагноза</i>
	<i>A/02.8</i>	<i>Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности</i>
<i>В: Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «хирургия»</i>	<i>B/01.8</i>	<i>Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза</i>
	<i>B/02.8</i>	<i>Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности</i>
Профессиональный стандарт 3: Профессиональный стандарт «Врач - колопроктолог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11 февраля 2019г. N 69н., регистрационный номер 1245).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
<i>А: Оказание медицинской помощи взрослому населению в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара по профилю «колопроктология»</i>	<i>A/01.8</i>	<i>Диагностика заболеваний и (или) состояний, в том числе новообразований, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области</i>
	<i>A/02.8</i>	<i>Лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, контроль его эффективности и безопасности</i>
<i>В: Оказание медицинской помощи взрослому населению в стационарных условиях по профилю «колопроктология»</i>	<i>B/01.8</i>	<i>Диагностика заболеваний и (или) состояний, в том числе новообразований, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области</i>
	<i>B/02.8</i>	<i>Лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях</i>

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
Эндоскопическая диагностика и лечения заболеваний прямой и ободочной кишки	готовность к: эндоскопической диагностике и лечению заболеваний прямой и ободочной кишки	A/01.8 A/01.8 A/02.8 B/01.8 B/02.8 A/01.8 A/02.8 B/01.8 B/02.8
	должен знать: правила проведения эндоскопических исследований; порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями прямой и ободочной кишки; Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями прямой и ободочной кишки; стандарты оказания специализированной медицинской помощи с применением эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки; этиологию и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний прямой и ободочной кишки, в том числе у детей; методы клинической и параклинической диагностики заболеваний и (или) состояний прямой и ободочной кишки; диагностику, консервативное, эндоскопическое и хирургическое лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки; методы эндоскопической диагностики и лечения заболеваний и (или) состояний прямой и ободочной кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные); технику выполнения эндоскопических вмешательств при заболеваниях прямой и ободочной кишки	
	должен уметь: собирать и интерпретировать жалобы, анамнез жизни и заболевания пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки, результаты осмотров врачами-специалистами, лабораторных, лучевых и инструментальных методов исследований; определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению эндоскопических	

	<p>вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>обосновывать медицинские противопоказания для эндоскопического вмешательства, оформлять в медицинской документации пациента мотивированный отказ в проведении эндоскопического вмешательства, информировать лечащего врача о невозможности проведения эндоскопического вмешательства;</p> <p>выполнять эндоскопические вмешательства у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>выполнять эндоскопические вмешательства, комбинированные с рентгенологическими и ультразвуковыми исследованиями</p> <p>оценивать эффективность и безопасность проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>оценивать результаты проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>оформлять заключение в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
	<p>должен владеть:</p> <p>определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний к проведению эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>обоснованием медицинских противопоказаний для эндоскопического вмешательства, оформление в медицинской документации пациента мотивированного отказа в проведении эндоскопического вмешательства, информирование лечащего врача о невозможности проведения эндоскопического вмешательства;</p> <p>проведением эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>применением необходимых медицинских изделий для выполнения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>оценкой эффективности и безопасности применения необходимых медицинских изделий для выполнения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и</p>	

	<p>(или) состояниями прямой и ободочной кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>выявлением симптомов и синдромов осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>оценкой эффективности и безопасности проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>оценкой результатов проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>оформлением заключения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
--	---	--

1.5 Форма обучения

График обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Форма обучения			
Очная	6	6	1 неделя, 6 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Диагностическая и лечебная колоноскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки»
в объеме 36 часов

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Совершенствуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Модуль 1 «Диагностическая и лечебная колоноскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки»																
1.1	Эндоскопическая диагностики и лечения заболеваний прямой и ободочной кишки	34	18		18			16	6	10					ПК-1	
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	18		18			16	6	10						
	Итоговая аттестация	2														зачет
	Всего часов по программе	36	18		18			16	6	10						

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 1 недели: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1 «Диагностическая и лечебная колоноскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки»

Код	Наименование тем, элементов и т. Д.
1.1.	Ректоскопия и колоноскопия в диагностике заболеваний прямой и ободочной кишки
1.1.1	Геморрой
1.1.2	Хронический колит
1.1.3	Дивертикулез
1.1.4	Полипы и диффузный полипоз
1.1.5	Рак прямой и ободочной кишки
1.1.6	Ишемический колит
1.1.7	Эрозивно-язвенные поражения толстой кишки
1.1.8	Подслизистые опухоли
1.1.9	Редкие заболевания толстой кишки
1.2.	Местный гемостаз через эндоскоп при желудочно-кишечных кровотечениях
1.2.1	Показания и противопоказания
1.2.2	Осложнения
1.2.3	Аппаратура и инструментарий
1.2.4	Способы местного гемостаза
1.2.5	Лекарственные препараты, используемые для местного гемостаза
1.2.6	Эффективность местного гемостаза
1.3	Эндоскопическая полипэктомия толстой кишки

1.3.1	Показания и противопоказания
1.3.2	Осложнения
1.3.3	Ведение больного после электроэксцизии полипа
1.3.4	Ближайшие и отдалённые результаты

Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма и итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП).

Форма итоговой аттестации – зачет, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО и решения одной ситуационной задачи (в АС ДПО)

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся удостоверение о повышении квалификации установленного образца локальным актом университета.

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы		
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде вопросов, тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
1	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (кафедра гастроэнтерологии и эндоскопии), Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, Литер Б-А	5 этаж эндоскопическое отделение, каб. № 511, каб. № 513, каб. № 514, каб. № 515
2	ФГКУ «1602 военный клинический госпиталь» Минобороны России, г. Ростов-на-Дону, ул. Дачная, д. 10.	эндоскопическое отделение каб. № 7, каб. № 8, каб. № 9

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Помещение укомплектовано специализированной учебной мебелью: типовые наборы профессиональных моделей с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования, мультимедийный презентационный комплекс, компьютерная техника, подключенная к сети «Интернет» с обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета.
2.	Помещения (эндоскопическое отделение клиники ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ (Литер Б-А , 5 этаж)) эндоскопическое отделение: №513: помещения укомплектованы специализированной мебелью, источник

	света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс - видеоколоноскопCF-Q160L, видеоколоноскопCF-H-180AL, видеоколоноскопЕС-250WL5, видеоколоноскопCF-Q150L,аргоно - плазменный коагулятор, баллонный дилататор, эндоскопический отсасыватель, набор для эндоскопической резекции слизистой,
3	Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, эндоскопическое отделения ФГКУ «1602 Военные клинический госпиталь» Министерства обороны РФ укомплектованы специализированной мебелью, облучатель бактерицидный, колоноскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, эндоскопический отсасыватель, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, баллонный дилататор.

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература
1	Функциональные (эндоскопия) и морфологические параллели с основой клинической анатомии и оперативной хирургии при патологии толстой кишки : учебное пособие : для врачей / В.К. Татьянченко, А.А. Яковлев, Ю.В. Сухая [и др.] ; под ред. В.К. Татьянченко. - Ростов-на-Дону : Изд-во РостГМУ, 2022. - 208 с. : ил. – Доступ из ЭБ РостГМУ.
	Дополнительная литература
1	Эндоскопия желудочно-кишечного тракта: руководство / С.А. Блащенко, А.Г. Короткевич, Е.П. Селькова [и др] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 520с – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
2	Атлас клинической гастроинтестинальной эндоскопии / Ч. Уилкоккс, М. Муньос-Навас, Дж. Й. Санг; пер. с англ. Под ред. Е.Д. Федорова. – Москва: Рид Элсивер, 2010. - 483 с
3	Эндоскопия. Базовый курс лекций / В.В. Хрячков, Ю.Н. Федосов, А.И. Давыдов [и др].- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с - Доступ из ЭБС «Консультант врача».

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1	Электронная библиотека РостГМУ.	http://109.195.230.156:9080/o

		pacg/
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: ЭБС. – Москва: ООО ГК «ГЭОТАР».	http://www.rosmedlib.ru
3	Консультант Плюс: справочная правовая система.	http://www.consultant.ru
4	Научная электронная библиотека eLIBRARY.	http://elibrary.ru
5	Национальная электронная библиотека.	http://нэб.пф/
6	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.	http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru
7	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка.	http://cyberleninka.ru/
8	Архив научных журналов / НЭИКОН.	https://archive.neicon.ru/xmlui/
9	ECO-Vector Journals Portal / <u>Open Journal Systems</u> .	https://journals.eco-vector.com/
10	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН.	https://elpub.ru/
11	Медицинский Вестник Юга России.	https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ
12	Всемирная организация здравоохранения.	http://who.int/ru/
13	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей.	https://www.evrika.ru/
14	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал.	http://www.med-edu.ru/
15	<u>Univadis.ru</u> : международ. мед. портал.	http://www.univadis.ru/
16	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине.	http://doctorspb.ru/
17	Современные проблемы науки и образования: электрон. журнал.	http://www.science-education.ru/ru/issue/index
18	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России.	http://cr.rosminzdrav.ru/
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	http://rostgmu.ru

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по специальностям «Эндоскопия», в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 75%

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100%

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
1	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2	Малаханов	д.м.н.	Доцент кафедры	ФГКУ "1602 военный

	Сергей Николаевич		гастроэнтерологии и эндоскопии	клинический госпиталь" Минобороны России /ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3	Скуратов Андрей Владимирович	к.м.н.	Ассистент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Конорезов Алексей Михайлович	-	Ассистент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.**

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «Диагностическая и лечебная
колоноскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки» со сроком
освоения 36 академических часов по специальности «эндоскопия»,
«колопроктология», «хирургия»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной пере-подготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав. кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	E-mail	gastro@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	+79185572934
8	Кабинет №	511
9	Учебная дисциплина	Эндоскопия
10	Учебный предмет	эндоскопия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Эндоскопия, хирургия, колопроктология
13	Форма обучения	Все
14	Модуль	«Диагностическая и лечебная колоноскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки»
15	Тема	1.1-1.3.4
16	Подтема	все
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			При подготовке к колоноскопии у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника пероральный прием раствора фосфата натрия нередко вызывает ___ слизистой оболочки толстой кишки		
			петехии		
			ангиодисплазии		
			полипоз		
	*		афтоподобные поражения		
1	1	2			
2			При правильно выполненном введении колоноскопа расстояние до нисходящей ободочной кишки от ануса должно быть (в см)		
			около 80		
			не более 10		
			около 90		
	*		не более 40		
1	1	3			
3			Для САР-полипоза характерным признаком является		
			наличие спастических болей		
			стойкий запор		
	*		диарея с примесью большого		

			количества слизи		
			диарея с примесью крови		
1	1	4			
4			Эндоскопическая картина псевдомембранозного колита характеризуется множественными _____ на фоне выраженного воспаления окружающей слизистой		
			внутрислизистыми геморрагиями		
			сливающимися глубокими язвами		
			сливающимися эрозиями		
	*		белесовато-желтыми бляшками		
1	1	5			
5			К наследственному заболеванию толстой кишки относится		
			дивертикулез		
			псевдомембранозный колит		
	*		семейный аденоматоз толстой кишки		
			САР-полипоз		
1	1	6			
6			Рак толстой кишки, имеющий закругленный, ровный, плотный край, сужение просвета кишки до 3-5 мм в диаметре, называется		
	*		скирр		
			инфильтративная карцинома		
			полиповидная карцинома		
			блюдцеобразный		

1	1	7			
7			Для гистологической картины псевдоинвазии в аденоматозных полипах толстой кишки характерным является		
			инвазия атипических клеток в мышечный слой		
	*		эктопия хорошо сформированных эпителиальных желез на собственную мембрану подслизистого слоя		
			эктопия атипических желез на собственную мембрану подслизистого слоя		
			инвазия атипических клеток за собственную пластинку слизистой		
1	1	8			
8			Реже всего при диффузном полипозе выявляется рак ____ кишки		
			восходящей		
			прямой		
			сигмовидной		
	*		слепой		
1	1	9			
9			Техника электроэксцизии полипа включает		
			чрезмерное затягивание петли		
	*		предпочтительное использование режима коагуляции при		

			приближении к центру ножки		
			затягивание петли на уровне слизистой оболочки		
			затягивание петли на расстоянии 1-2 см от уровня слизистой оболочки		
1	1	10			
10			При подготовке к колоноскопии необходимо исключить		
			йогурт, бульон		
	*		фрукты, овощи, каши, хлеб		
			мясо, яйца		
			сыр		
1	1	11			
11			Противопоказанием к щипцевой биопсии является		
			гнойный секрет в устье бронха		
	*		нарушение свертывающей системы крови		
			центральный рак легкого		
			отек слизистой оболочки бронха		
1	1	12			
12			Для САР-полипоза характерной локализацией поражения является _____ кишка		
			слепая		
	*		сигмовидная		
			поперечно-ободочная		
			восходящая		
1	1	13			

13			Макроскопически для ворсинчатых опухолей толстой кишки характерен ____ тип		
			язвенный		
			инфильтративный		
			блюдцеобразный		
	*		стелющийся		
1	1	14			
14			Чаще всего в толстой кишке встречаются		
	*		мелкие эпителиальные образования на широком основании		
			крупные эпителиальные образования на ножке		
			крупные эпителиальные образования на широком основании		
			мелкие ворсинчатые эпителиальные образования		
1	1	15			
15			Язвенный дефект толстой кишки по Парижской классификации будет относиться к ____ типу		
	*		0-III		
			0-IIIc		
			0-IIIa		
			0-IIIb		
1	1	16			
16			Специфическим морфологическим субстратом при туберкулезе толстой кишки является		
			гемосидеринсодержащие макрофаги		
			выраженный фиброз и гиалиноз кишечной стенки		
			выраженная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация глубоких слоев		

			кишечной стенки		
	*		саркоидная гранулема с очагами казеозного некроза		
1	1	17			
17			Эндоскопическая картина псевдомембранозного колита представлена в виде		
			выраженного воспаления слизистой оболочки, где определяются множественные язвенные дефекты с налетом фибрина и подрывными краями		
			множественных псевдополипов на фоне нормальной слизистой оболочки		
	*		диффузного поверхностного воспаления, на фоне которого определяются множественные плотно фиксированные желтовато-белые бляшки размерами до 0,5 см в диаметре		
			множественных глубоких язв-трещин, между которыми определяются участки неповрежденной слизистой оболочки		
1	1	18			
18			Складки в количестве 12-24 определяются в _____ кишке		
			восходящей		
			слепой		
	*		поперечно-ободочной		
			нисходящей		
1	1	19			
19			Дивертикулез толстой кишки чаще поражает _____ кишку		
			нисходящую		
			прямую		
			поперечно-ободочную		
	*		сигмовидную		

1	1	20			
20			Рак ободочной кишки по морфологическому типу чаще всего представлен		
			перстневидноклеточным раком		
			нейробластомой		
			плоскоклеточным раком		
	*		аденокарциномой		
1	1	21			
21			Отделом толстой кишки, в котором чаще всего обнаруживается рак, является _____ кишка		
	*		прямая		
			сигмовидная		
			нисходящая		
			поперечно-ободочная		
1	1	22			
22			Для дифференциальной диагностики ишемического колита при отсутствии перитонеальных симптомов рекомендуется проведение		
			ректороманоскопии		
			лапароскопии		
	*		колоноскопии		
			анализа кала на скрытую кровь		
1	1	23			
23			Способ экстракции удаленных эндоскопически полипов из просвета толстой кишки определяет		
			функциональное состояние толстой кишки		
			гистологическую структуру полипа		
			способ подготовки кишки к колоноскопической электроэксцизии		
	*		размер и консистенцию полипа		

1	1	24			
24			Контактная кровоточивость при тяжелой форме острого лучевого колита		
	*		резко выражена		
			не выражена		
			не наблюдается		
			отмечается		
1	1	25			
25			К форме рака толстой кишки, склонной к циркулярному поражению, относится		
			нодозная		
			in situ		
			полиповидная		
	*		инфильтративная		
1	1	26			
26			К признакам радиационного колита относится		
	*		формирование стриктуры в сочетании с проктитом и изъязвлениями слизистой оболочки		
			наличие воспалительных полипов		
			формирование глубоких продольных, длительно незаживающих трещин, сочетающихся со стриктурами		
			наличие псевдополипов		
1	1	27			
27			Складки в количестве 6-8 определяются в ___ кишке		
			восходящей		
	*		нисходящей		
			слепой		
			поперечно-ободочной		
1	1	28			
28			Селезенка просвечивается через ободочную кишку в ___ изгибе		
			правом		

			нижнем		
			верхнем		
	*		левом		
1	1	29			
29			Максимальная лучевая нагрузка приходится на ___ стенку ампулы прямой кишки		
			левую		
			заднюю		
		*	переднюю		
			правую		
1	1	30			
30			Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет около ___ м/час		
			2,5		
			1,5		
	*		1		
			2		

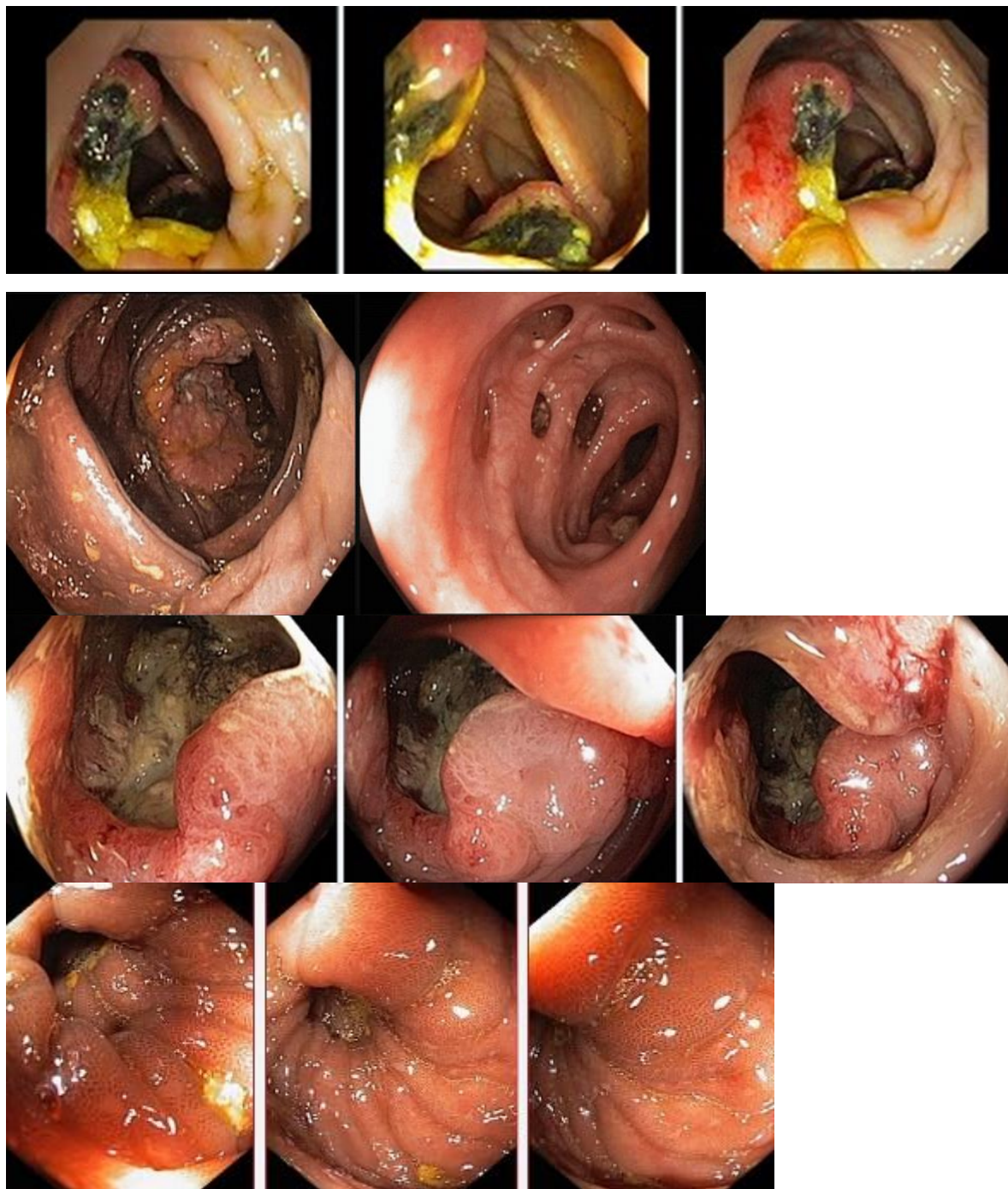
2. Оформление фонда ситуационных задач (для проведения экзамена в АС ДПО).

Задача 1.

Мужчина, 67 лет, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли в правом фланке живота без иррадиации, запорами чередующимися с диареей, общую слабость. Из анамнеза известно, что нарушение стула по типу запоров впервые возникли около 7 лет назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая слабительные средства на основе сенны и коры крушины. Ухудшение в течение последних 4-х недель с учащения приступов болей в правом фланке живота, сопровождающихся общими симптомами (слабость, снижение аппетита) и нарушением стула: чередование запоров с диареей. Учитывая выраженный болевой абдоминальный синдром обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – умерла в 76 лет - острый инфаркт миокарда, отец – умер в 72 года от рака кишечника. При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 17 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 92 уд. в мин., АД – 160/80мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом,

влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в илеоцекальной зоне, где пальпируется плотное опухолеобразное образование с ограниченной подвижностью. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови: СОЭ - 46 мм/час, Нв - 90 г/л. Рекомендовано проведение видеокOLONОСКОПИИ (ВКС).

При ВКС получены изображения



Вопросы:

1. Дайте правильное описание выявленных при ВКС изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение

а) Экзофитная полуциркулярная опухоль слепой кишки с изъязвлением.

б) Экзофитная полуциркулярная опухоль слепой кишки с изъязвлением.

Меланоз слепой кишки. Дивертикулез нисходящей кишки Полип слепой кишки. Дивертикулы нисходящей кишки. Рак толстой кишки. Дивертикулез толстой кишки.*

с) Рак толстой кишки. Дивертикулез толстой кишки.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

а) Заключение о наличии экзофитной полуциркулярной опухоли слепой кишки с изъязвлением установлено на основании типичных эндоскопических признаков:

- наличие выступающего полуциркулярного крупноузлового образования с изъязвлением, прикрытым белым фибрином
- плотной консистенции образования при инструментальной пальпации и легкой фрагментарности ткани при биопсии
- отрицательного симптома «шатра» и ограниченной смещаемости при инструментальной пальпации

Заключение о наличии меланоза слепой установлено на основании типичных эндоскопических признаков:

- темно-коричневая окраска с изменением рельефа слизистой оболочки слепой кишки.

Заключение о наличии дивертикулеза нисходящей кишки получено на основании типичных эндоскопических признаков:

устья дивертикулов размерами от 0,4 до 0,8 см в Д без признаков воспалительных изменений слизистой оболочки окружающей устья.*

б) Заключение о наличии экзофитной полуциркулярной опухоли слепой кишки с изъязвлением установлено на основании типичных эндоскопических признаков:

- наличие выступающего полуциркулярного крупноузлового образования с изъязвлением, прикрытым белым фибрином

Заключение о наличии дивертикулеза нисходящей кишки получено на основании типичных эндоскопических признаков:

устья дивертикулов размерами от 0,4 до 0,8 см в Д без признаков воспалительных изменений слизистой оболочки окружающей устья.

с) Заключение о наличии меланоза слепой установлено на основании

типичных эндоскопических признаков:

- темно-коричневая окраска с изменением рельефа слизистой оболочки слепой кишки.

Заключение о наличии дивертикулеза нисходящей кишки получено на основании типичных эндоскопических признаков:

устья дивертикулов размерами от 0,4 до 0,8 см в Д без признаков воспалительных изменений слизистой оболочки окружающей устья.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

а) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

- хромовидеоколоноскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя

полисегментарную биопсию из полуциркулярного крупноузлового образования с изъязвлением слепой кишки и измененной слизистой оболочки слепой кишки*

б) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

полисегментарную биопсию из полуциркулярного крупноузлового образования с изъязвлением слепой кишки и измененной слизистой оболочки слепой кишки

с) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

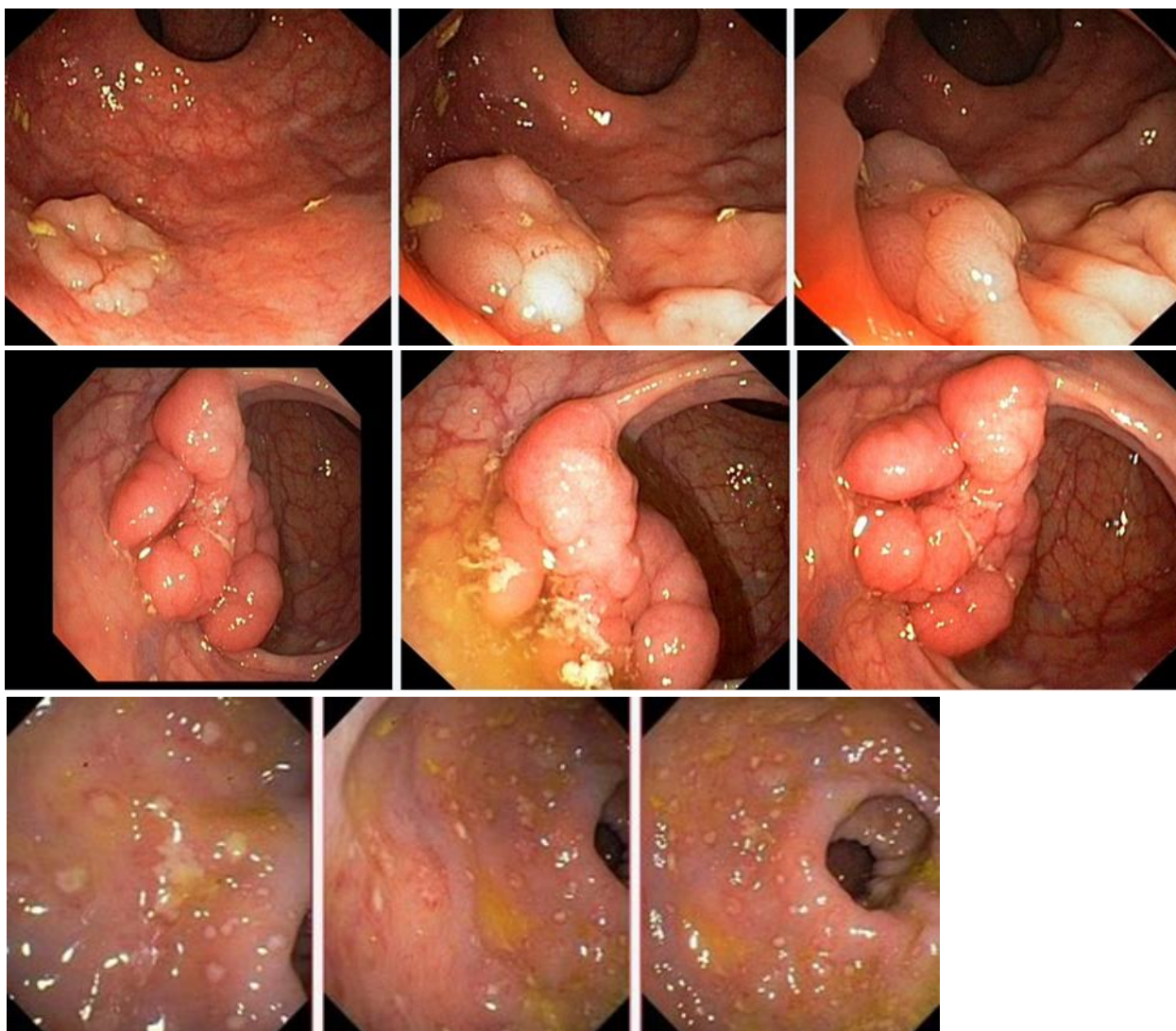
- хромовидеоколоноскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя

Задача 2.

Мужчина, 74 лет, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли в животе, преимущественно в параумбиликальной области и левом фланке живота без иррадиации, диарею с примесью слизи и прожилок крови, тенезмы, общую слабость, лихорадку. Из анамнеза известно, что нарушение стула по типу чередования запоров с поносами впервые возникли около 3 лет назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдал диету и принимая слабительные средства на основе сены и коры крушины или адсорбенты (активированный уголь, смекту). Ухудшение самочувствия в течение последних 3-х недель, когда боли в животе и диарея с примесью слизи стали постоянными, появилась лихорадка и общая слабость. Учитывая выраженный болевой абдоминальный синдром и признаки интоксикации обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – умерла в 56 лет

- острый инфаркт миокарда, отец – умер в 72 года от рака кишечника. При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 18 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 98 уд. в мин., АД – 160/90мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови: СОЭ - 49мм/час, Нв - 101 г/л. Рекомендовано проведение видеокOLONоскопии (ВКС).

При ВКС получены изображения



Вопросы:

1. Дайте правильное описание выявленных при ВКС изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение

а) Стелющийся полип прямой кишки. Псевдомембранозный колит. Тубулярная аденома сигмовидной кишки 2 типа. Стенозирующая форма опухоли образования нисходящей кишки. Полип прямой кишки. Полип сигмовидной кишки. Язвенный колит. Полип прямой кишки. Полип сигмовидной кишки. Болезнь Крона толстой кишки.*

б) Полип прямой кишки. Полип сигмовидной кишки. Язвенный колит. Полип прямой кишки. Полип сигмовидной кишки. Болезнь Крона толстой кишки.

с) Стелющийся полип прямой кишки. Псевдомембранозный колит. Тубулярная аденома сигмовидной кишки 2 типа. Стенозирующая форма опухоли образования нисходящей кишки. Полип прямой кишки. Полип сигмовидной кишки.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

а) Заключение о наличии тубулярной аденомы сигмовидной кишки 2 типа получено на основании типичных эндоскопических признаков:

- наличие выступающего мелкобугристого образования в сигмовидной кишке, представленного железистой тканью без налета изъязвления, наложения фибрина и контактной кровоточивости.

Заключение о наличии стенозирующей опухоли нисходящей кишки получено на основании типичных эндоскопических признаков:

- сужение нисходящей кишки с формированием стеноза в зоне сужения визуализируется ярко-красного цвета с наложениями фибрина выступающие циркулярное образование

б) Заключение о наличии стелющегося полипа прямой кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков:

- наличие выступающего округлой формы плоского железистого образования в прямой кишки без конвергенции складок, изъязвления и контактной кровоточивости

Заключение о наличии псевдомембранозного колита установлено на основании типичных эндоскопических признаков:

- наличие множественных фибринозных белесоватого цвета наложений на слизи-стой оболочке сигмовидной и нисходящей кишки без признаков активного воспаления (сохранный сосудистый рисунок, отсутствие диффузной гиперемии и отека слизистой оболочки, контактной и спонтанной кровоточивости).

Заключение о наличии тубулярной аденомы сигмовидной кишки 2 типа получено на основании типичных эндоскопических признаков:

- наличие выступающего мелкобугристого образования в сигмовидной кишке, представленного железистой тканью без налета изъязвления, наложения фибрина и контактной кровоточивости.

Заключение о наличии стенозирующей опухоли нисходящей кишки получено на основании типичных эндоскопических признаков:

- сужение нисходящей кишки с формированием стеноза в зоне сужения визуализируется ярко-красного цвета с наложениями фибрина выступающие циркулярное образование *

с) Заключение о наличии стелющегося полипа прямой кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков:

- наличие выступающего округлой формы плоского железистого образования в прямой кишки без конвергенции складок, изъязвления и контактной кровоточивости

Заключение о наличии псевдомембранозного колита установлено на основании типичных эндоскопических признаков:

- наличие множественных фибринозных белесоватого цвета наложений на слизи-стой оболочке сигмовидной и нисходящей кишки без признаков активного воспаления (сохранный сосудистый рисунок, отсутствие диффузной гиперемии и отека слизистой оболочки, контактной и спонтанной кровоточивости).

Заключение о наличии тубулярной аденомы сигмовидной кишки 2 типа получено на основании типичных эндоскопических признаков:

- наличие выступающего мелкобугристого образования в сигмовидной кишке, представленного железистой тканью без налета изъязвления, наложения фибрина и контактной кровоточивости.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

а) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

- полисегментарную биопсию из зоны циркулярного сужения нисходящей кишки, полиповидных выступающих образований сигмовидной и прямой кишок

б) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

- хромоvideоколоноскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя

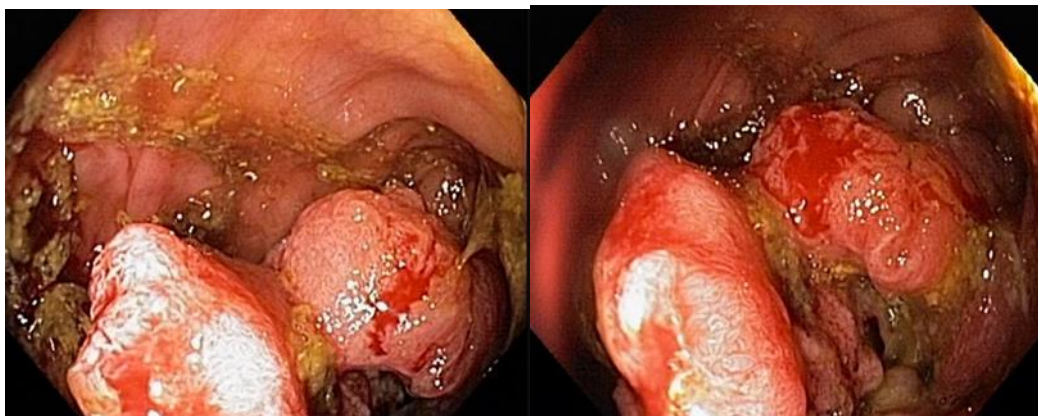
полисегментарную биопсию из зоны циркулярного сужения нисходящей кишки, полиповидных выступающих образований сигмовидной и прямой кишок*

- с) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:
- хромовидеоколоноскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя

Задача 3.

Женщина, 70 лет, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли в животе, преимущественно параумбиликальной области без иррадиации, запоры примесью слизи и крови, общую слабость. Из анамнеза известно, что нарушение стула по типу чередования запоров с нормальным стулом впервые возникли около 5 лет назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдал диету и принимая слабительные средства на основе сены и коры крушины. Ухудшение самочувствия в течение последних 2-х недель, когда боли в животе и запоры с примесью слизи и крови стали постоянными, появилась общая слабость. Учитывая выраженный болевой абдоминальный синдром обратилась за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – умерла в 66 лет - острый инфаркт миокарда, отец – умер в 70 года от рака кишечника. При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 уд. в мин., АД – 160/95мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в левом фланке живота, где пальпируется сегмент уплотненной ободочной кишки с ограниченной подвижностью. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови: СОЭ - 50 мм/час, Нв - 116 г/л. Рекомендовано проведение видеоколоноскопии (ВКС).

При ВКС получены изображения



Вопросы:

1. Дайте правильное описание выявленных при ВКС изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение

а) Болезнь Крона толстой кишки.

б) Стенозирующая изъязвленная опухоль поперечноободочной кишки
Язва толстой кишки. Болезнь Крона толстой кишки.*

с) Стенозирующая изъязвленная опухоль поперечноободочной кишки
Язва толстой кишки.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

а) Заключение о наличии стенозирующей изъязвленной опухоли поперечноободочной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие в средней трети поперечноободочной кишки выступающего неправильной формы опухолевидного образования с изъязвлением, спонтанной и контактной кровоточивостью, формирование стеноза*

б) Заключение о наличии стенозирующей изъязвленной опухоли поперечноободочной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие в средней трети поперечноободочной кишки выступающего неправильной формы опухолевидного образования

с) Заключение о наличии стенозирующей изъязвленной опухоли поперечноободочной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

а) хромовидеоколоноскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией

б) хромовидеоколоноскопию с витальными красителями

с) хромовидеоколоноскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя полисегментарную биопсию из зоны опухолевидного образования поперечноободочной кишки*

Задача 4

Мужчина, 76 лет, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли в животе, преимущественно в левом фланке живота без иррадиации, диареею с примесью слизи и крови, общую слабость. Из анамнеза известно, что

нарушение стула по типу чередования запоров с поносами впервые возникли около 3 лет назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдал диету и принимая слабительные средства на основе сены и коры крушины или адсорбенты (активированный уголь, смекту). Ухудшение самочувствия в течение последних 3-х недель, когда боли в животе и диарея с примесью слизи и крови стали постоянными, появилась общая слабость.

Учитывая выраженный болевой абдоминальный синдром и признаки интоксикации обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – умерла в 66 лет - острый инфаркт миокарда, отец – умер в 70 года от рака кишечника. При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 18 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 уд. в мин., АД – 160/95мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в левом фланке живота, где пальпируется сегмент уплотненной ободочной кишки с ограниченной подвижностью. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови: СОЭ - 49мм/час, Нв - 117 г/л. Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС). При ВКС получены изображения



Вопросы:

1. Дайте правильное описание выявленных при ВКС изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.
 - а) Стенозирующая изъязвленная опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки. Язвенный колит. Болезнь Крона толстой кишки.*
 - б) Болезнь Крона толстой кишки.

с) Стенозирующая изъязвленная опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки Язвенный колит

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

а) Заключение о наличии изъязвленной опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков:

наличие в ректосигмоидном отделе толстой кишки выступающего неправильной формы образования с изъязвлением, контактной кровоточивостью, формированием стеноза*

б) Заключение о наличии изъязвленной опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки

с) Заключение о наличии в ректосигмоидном отделе толстой кишки выступающего неправильной формы образования с изъязвлением, контактной кровоточивостью, формированием стеноза

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

а) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

- хромовидеоколоноскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя
- полисегментарную биопсию из зоны циркулярного сужения нисходящей кишки, полиповидных выступающих образований сигмовидной и прямой кишок*

б) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

- полисегментарную биопсию из зоны циркулярного сужения нисходящей кишки, полиповидных выступающих образований сигмовидной и прямой кишок

с) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

- хромовидеоколоноскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя

Задача 5

Мужчина, 76 лет, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли в животе, преимущественно в левом фланке живота без иррадиации, диарею с примесью слизи и крови, общую слабость. Из анамнеза известно, что нарушение стула по типу чередования запоров с поносами впервые возникли

около 3 лет назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдал диету и принимая слабительные средства на основе сены и коры крушины или адсорбенты (активированный уголь, смекту). Ухудшение самочувствия в течение последних 3-х недель, когда боли в животе и диарея с примесью слизи и крови стали постоянными, появилась общая слабость. Учитывая выраженный болевой абдоминальный синдром и признаки интоксикации обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – умерла в 66 лет - острый инфаркт миокарда, отец – умер в 70 года от рака кишечника. При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 18 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 уд. в мин., АД – 160/95мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в левом фланке живота, где пальпируется сегмент уплотненной ободочной кишки с ограниченной подвижностью. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови: СОЭ - 49мм/час, Нв - 117 г/л. Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС). При ВКС получены изображения



Вопросы:

1. Дайте правильное описание выявленных при ВКС изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.

- а) Стенозирующая изъязвленная опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки Язвенный колит. Болезнь Крона толстой кишки.*
- б) Стенозирующая изъязвленная опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки
- в) Язвенный колит. Болезнь Крона толстой кишки.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

- a) Заключение о наличии изъязвленной опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие в ректосигмоидном отделе толстой кишки выступающего неправильной формы образования с изъязвлением, контактной кровоточивостью, формированием стеноза*
- b) Заключение о наличии изъязвленной опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков
- c) Заключение о наличии изъязвленной опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие в ректосигмоидном отделе толстой кишки выступающего неправильной формы образования

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

- a) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего: полисегментарную биопсию из зоны циркулярного сужения нисходящей кишки, полиповидных выступающих образований сигмовидной и прямой кишок
- b) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего: хромовидеоколоноскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя, полисегментарную биопсию из зоны циркулярного сужения нисходящей кишки, полиповидных выступающих образований сигмовидной и прямой кишок*
- c) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего: полисегментарную биопсию из зоны циркулярного сужения нисходящей кишки, полиповидных выступающих образований сигмовидной и прямой кишок

4. Через 2 недели получены результаты гистологического исследования биоптатов из зоны сужения нисходящей кишки: аденокарцинома.

Какова Ваша дальнейшая диагностическая тактика?

Обоснуйте Ваш выбор.

- а) Эндоскопические и гистологические признаки укладываются в предварительное заключение о наличии стенозирующей изъязвленной опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки.
- б) Эндоскопические и гистологические признаки укладываются в предварительное заключение о наличии стенозирующей изъязвленной опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки. Рекомендована консультация колопроктолога для решения вопроса тактики хирургического лечения.*
- с) Рекомендована консультация колопроктолога для решения вопроса тактики хирургического лечения.

Задача 6

Пациент 24 года жалобы на повышение температуры до 37,4 °С, жидкий стул с прожилками крови до 6 раз в сутки. Из анамнеза заболевания: 3 недели назад с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Обследование на шигеллез, сальмонеллез, кампилобактериоз – отрицательные, в копрограмме простейшие и яйца глистов не обнаружены. Пальцевое ректальное исследование патологии не выявило.

По данным ректороманоскопии: слизистая прямой и сигмовидной кишки гиперемирована, отечна, с множественными эрозиями, сосудистый рисунок смазан. На фоне эмпирически назначенной антибактериальной терапии отмечалось незначительное улучшение, в связи с чем был выписан домой. В общем анализе крови при выписке: RBC – $3,7 \times 10^{12}/л$, HGB – 98 г/л. Через 3 дня после выписки вновь отмечено повышение температуры тела, кашицеобразный стул с прожилками крови, что заставило обратиться к врачу. Из анамнеза жизни: у деда по линии матери – колоректальный рак. Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 174 см, масса 62 кг (за 4 месяца похудел на 2 кг). Кожные покровы чистые, бледные, влажность снижена. Язык густо обложен у корня белым налетом. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 84 в минуту. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного болезненного урчащего тяжа диаметром 2,5 см. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

Сформулируйте диагноз

- a) Язвенный колит, острое течение. Анемия лёгкой степени тяжести. *
- b) Болезнь Крона
- c) Рак толстой кишки