

**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 № 6

«17» 06 2025 г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«20» 06 2025г.
№ 341

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

«Вопросы канцеропревенции колоректального рака»

по основной специальности: «Эндоскопия»

по смежным специальностям: Гастроэнтерология

Трудоемкость: 36 часов

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2025

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Вопросы канцеропревенции колоректального рака» 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. Корочанская Наталья Всеволодовна, д.м.н., профессор, профессор кафедры хирургии №3 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России. Руководитель гастроэнтерологического центра ГБУЗ Краевая клиническая больница №2 МЗ Краснодарского края Главный гастроэнтеролог МЗ Краснодарского края
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 «Вопросы канцеропревенции колоректального рака» (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 Александрови ч	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.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- 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. N 471н., регистрационный номер 1253).
- Профессиональный стандарт «Врач -гастроэнтеролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11 марта 2019г. N 139н., регистрационный номер 1248).
- Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 21.03.2017 г. N 293н "Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»
- Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 а n 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел" квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Министерстве юстиции РФ 25.08.2010 г., регистрационный N 18247)
- 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 31.08.28 Гастроэнтерология утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070.
- ФГОС ВО по специальности 31.08.49 Терапия утверждённый приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 9 января 2023г. № 15
- 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 – гастроэнтерология, терапевты

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальностям «Эндоскопия», «Гастроэнтерология», «Терапия», а именно качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных в диагностике, лечении и профилактике колоректального рака.

Вид профессиональной деятельности:

Врачебная практика с применением эндоскопических методов диагностики;
Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области гастроэнтерологии;

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области лечебного дела.

Уровень квалификации: 7, 8.

Связь Программы с профессиональным стандартом представить 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 - гастроэнтеролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11 марта 2019г. N 139н., регистрационный номер 1248).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ

А: оказание медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»	А/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
	А/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
	А/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	А/05.8	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Профессиональный стандарт 3: Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 21 марта 2017г. N293н.) .		
ОТФ (наименование)	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А. Оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
	А/05.7	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ проф стандарта
ПК-1 канцеро- превенция колоректаль ного рака	готовность к: ведению, лечению и профилактике пациентов с новообразованиями толстой кишки применением инновационных методов эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/05.8 A/02.7 A/03.7 A/05.7
	должен знать: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с подозрениями на новообразования толстой кишки; стандарты оказания специализированной медицинской помощи с применением эндоскопических вмешательств пациентам с новообразованиями толстой кишки; методы эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения новообразований толстой кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)	
	должен уметь: определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению эндоскопических вмешательств пациентам с новообразованиями толстой кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи; выполнять эндоскопические вмешательства у пациентов с новообразованиями толстой кишки; выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате эндоскопических вмешательств у пациентов с новообразованиями толстой кишки; оценивать результаты, эффективность и	

	безопасность проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с новообразованиями толстой кишки.	
	должен владеть: ведением, лечением и профилактикой пациентов с новообразованиями толстой кишки; методиками эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения новообразований толстой кишки.	

1.5 Форма обучения

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

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Вопросы канцеропревенции колоректального рака»
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 Вопросы канцеропревенции колоректального рака															
1.1	Канцеропревенция колоректального рака	34	22	4	6	12		12	8	4					ПК-1	ТК
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	22	4	6	12		12	8	4						
	Итоговая аттестация	2														экзамен
	Всего часов по программе	36	22	4	6	12		12	8	4						

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 «Вопросы канцеропревенции колоректального рака»

Код	Наименование тем, элементов и т. Д.
1.1	Канцеропревенция колоректального рака
1.1.1	Диагностика новообразований кишечника
1.1.1.1	Сбор и интерпретация жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов (их законных представителей) с новообразованиями кишечника
1.1.1.2	Проведение осмотра, интерпретация и анализ результатов осмотра пациента с новообразованиями кишечника
1.1.1.3	Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний кишечника
1.1.1.4	Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием кишечника
1.1.1.5	Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний к проведению эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями кишечника в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи
1.1.2	Эндоскопические вмешательства у пациентов новообразованиями кишечника
1.1.2.1	Увеличительное эндоскопическое исследование слизистой кишечника
1.1.2.2	Конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой кишечника

1.1.2.3	Аутофлюоресцентное эндоскопическое исследование кишечника
1.1.2.4	Узкоспектральное NBI-исследование кишечника
1.1.2.5	Эндоскопическое исследование кишечника в режиме интеллектуального цветового выделения (FICE)
1.1.2.6	Хромоскопия, контрастное исследование кишечника
1.1.2.7	Биопсия тонкой кишки эндоскопическая
1.1.2.8	Видеоэндоскопическая колпачковая резекцию слизистой кишечника
1.1.2.9	Видеоэндоскопическая петлевая резекцию слизистой кишечника
1.1.2.10	Видеоэндоскопическое лигирование основания малигнизированного полипа кишечника
1.1.2.11	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования тонкой кишки
1.1.2.12	Эндоскопическая резекция слизистой тонкой кишки
1.1.2.13	Удаление полипа тонкой кишки эндоскопическое
1.1.2.14	Эндоскопическая аргонплазменная коагуляция при новообразованиях тонкой кишки
1.1.2.15	Эндоскопическая Nd:YAG лазерная коагуляция при новообразованиях тонкой кишки
1.1.2.16	Эндоскопическая фотодинамическая терапия при новообразованиях тонкой кишки
1.1.2.17	Эндоскопическая комбинированная операция: электрорезекция, аргонплазменная коагуляция и фотодинамическая терапия опухоли
1.1.2.19	Эндоскопическая резекция слизистой толстой кишки
1.1.2.20	Биопсия кишечника эндоскопическая
1.1.2.21	Эндоскопическое удаление ворсинчатых опухолей толстой кишки
1.1.2.22	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки;

1.1.2.23	Эндоскопическая аргонплазменная коагуляция при новообразованиях толстой кишки
1.1.2.24	Эндоскопическая Nd:YAG лазерная коагуляция при новообразованиях толстой кишки
1.1.2.25	Эндоскопическая фотодинамическая терапия при новообразованиях толстой кишки;
1.1.3	Выявление симптомов и синдромов осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями кишечника
1.1.4	Оценка результатов, эффективности и безопасности проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с эпителиальными новообразованиями кишечника
1.1.5	Разработка плана лечения пациента с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития
1.1.5.1	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий, пациентам новообразованиями кишечника в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
1.1.5.2	Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам с новообразованиями кишечника в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
1.1.5.3	Направление пациента с новообразованиями кишечника для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

2.4. 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 – экзамен, 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

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	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемы е к заданию, выполнены	высокая способность анализирова ть ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемы е к заданию, выполнены	способность анализирова ть ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна- две неточности в ответе

удовлетвори тельно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемы х к заданию, выполнены	Удовлетвори тельная способность анализирова ть ситуацию, делать выводы	Удовлетворит ельные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетво рительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемы е к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализирова ть ситуацию	Недостаточны е навыки решения ситуации	Отсутствует

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 , Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, Литер Б-А (кафедра гастроэнтерологии и эндоскопии)	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: кабинет кабинет №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, видеоколоноскопEC-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, аргано-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.	Эндоскопия желудочно-кишечного тракта: руководство / С.А. Блашенцева, А.Г. Короткевич, Е.П. Селькова [и др.] - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 520с – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
	Дополнительная 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. - Доступ из ЭБ РостГМУ. – 5, экз.
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.

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opac/	Доступ неограничен
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров

		библиотеки
5	Федеральный центр электронных образовательных ресурсов. - URL: http://srtv.fcior.edu.ru/	Открытый доступ
6	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/	Открытый доступ
7	Cochrane Library: офиц. сайт; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
8	Кокрейн Россия: российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
9	Вебмединфо.ру : сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый доступ
10	МЕДВЕСТНИК: портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
11	Научное наследие России: электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Открытый доступ
12	Президентская библиотека : сайт. - URL: https://www.prilib.ru/collections	Открытый доступ
13	Lvrach.ru: мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/	Открытый доступ
14	ScienceDirect: офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals	Контент открытого доступа
15	Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour	Открытый доступ
16	Южно-Российский журнал терапевтической практики / РостГМУ. – URL: http://www.therapeutic-j.ru/jour/index	Открытый доступ
17	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Открытый доступ

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 (вопросы контроля исходного уровня знаний, вопросы для самоконтроля по каждому разделу, тестовые задания, интернет-ссылки, нормативные документы);
- 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 Сергей Николаевич	д.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГКУ «1602 военный 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 «Вопросы канцеропревенции
колоректального рака» со сроком освоения 36 академических часов по
специальности «эндоскопия» «гастроэнтерология», «терапия»

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	2023
12	Специальность	эндоскопия, гастроэнтерология, терапия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Вопросы канцеропревенции колоректального рака
15	Тема	1.1-1.1.5
16	Подтема	все
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			Анализ кала на скрытую кровь определяет		
			количество выделяемой крови		
	*		факт наличия крови в кале		
			этиологию заболевания		
			конкретное место кровотечения		
1	1	2			
2			В структуре смертности от онкологических заболеваний колоректальный рак находится на		
			пятом месте		
			четвертом месте		
			первом месте		
	*		втором месте		
1	1	3			
3			Для промывания кишечника используют		
			глюкозо-солевые растворы		
			0,9% раствор хлорида натрия		
	*		изоосмотические растворы		
			дезинтоксикационные растворы		
1	1	4			
4			Эндоскопический диагностический метод, позволяющий осмотреть и оценить состояние внутренней поверхности толстой кишки при помощи эндоскопа		
			аноскопия		
			ирригоскопия		
	*		колоноскопия		

			видеогастроскопия		
1	1	5			
5			Сосуды на поверхности злокачественного новообразования часто и легко повреждаются при прохождении пищевых и каловых масс по причине		
			эластичности		
			нежности		
			упругости		
	*		хрупкости		
1	1	6			
6			Метод исследования кала на скрытую кровь используемый, как скрининговый тест на колоректальный рак		
	*		иммунохроматографический анализ		
			бензидиновая проба		
			гваяковая проба		
			флуоресцентный тест		
1	1	7			
7			Начальные признаки колоректального рака		
	*		ложные позывы на дефекацию, примесь крови в кале		
			рвота		
			примесь крови в кале		
			тахикардия		
			одышка		
1	1	8			
8			Собирать кал на исследования необходимо		
			больше 1/3 объема контейнера		
			не меньше столовой ложки		
			в стерильный контейнер		

	*		из разных участков, 3-4 фрагмента		
1	1	9			
9			Показанием к эндоскопической электроэксцизии подслизистых опухолей является		
	*		опухоль 2-3 типа диаметром не более 2-3 см и опухоль 4 типа с толщиной ножки не более 2 см		
			опухоль 4 типа с толщиной ножки не более 2 см и опухоль 1 тип не более 2 см		
			опухоль 1 типа не более 2 см, кровотечение из опухоли, независимо от ее типа		
			кровотечение из подслизистой опухоли не зависимо от ее типа		
			подозрение на малигнизацию опухоли		
1	1	10			
10			Способами эндоскопического удаления доброкачественных подслизистых опухолей являются:		
			электроэксцизия и электрокоагуляция		
			электрокоагуляция и вылушивание		
			вылушивание и лазерная деструкция		
			лазерная деструкция и химическая деструкция		
	*		электоэксцизия и вылушивание		
1	1	11			
11			При низкой локализации источника кровотечения ЖКТ, кровь в кале		
			бурого цвета		
			дегтеобразного цвета		
	*		алого цвета		
			болотного цвета		
			серого цвета		
1	1	12			
12			При подготовке к колоноскопии		

			бесшлаковая диета назначается за		
	*		2-3 дня до исследования		
			7-10 дней до исследования		
			3-5 дней до исследования		
			1 день до исследования		
1	1	13			
13			Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию толстой кишки включает		
	*		бесшлаковую диету+ пероральный лаваж		
			12 часовой голод		
			очистительную клизму		
			бесшлаковую диету		
			пероральный лаваж		
1	1	14			
14			Относительными противопоказаниями для полипэктомии толстой кишки являются:		
	*		нарушение свертывающей системы крови		
			остаточные явления после инсульта		
			внутренний геморрой		
			состояние после операции Гартмана		
			состояние после операции Мукулича		
1	1	15			
15			Показанием к одномоментной электроэксцизии полипов из толстой кишки является		
			полипы на широком основании независимо от размеров головки		
			полипы на короткой толстой ножке независимо от размеров их головки		
	*		полипы на широком основании, при ширине основания не более 2 см		

			полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 3 см		
			стелющиеся ворсинчатые опухоли, независимо от их размеров		
1	1	16			
16			Показаниями к электроэксцизии полипов толстой кишки методом "кускования" являются:		
			полипы на длинной ножке независимо от размеров головки		
			полипы на узком основании независимо от размеров головки		
			полипы на широком основании, при ширине основания не более 2 см		
	*		полипы на широком основании, при ширине основания более 2см		
			полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых менее 2 см		
1	1	17			
17			Методом "горячей биопсии" целесообразно удалять		
	*		мелкие полипы на широком основании (до 0,5 см)		
			полипы на широком основании размерами 0,6- 1,0см		
			крупные полипы на короткой толстой ножке		
			стелющиеся villous опухоли		
			распластанные опухоли		
1	1	18			
18					
			Перед полипэктомией толстой кишки необходимо выполнить		
	*		диагностическую колоноскопию		
			УЗИ органов брюшной полости		
			ирригоскопию		
			пассаж бария по кишечнику		
			компьютерную томографию		

1	1	19			
19			Факторы риска возникновения колоректального рака		
			повышенная физическая нагрузка		
	*		наследственная предрасположенность+		
			особенности питания		
			особенности питания		
			стресс		
			наследственная предрасположенность		
1	1	20			
20			При наличии нескольких полипов в толстой кишке, подлежащих эндоскопической электроэксцизии, в первую очередь удаляют		
	*		наиболее крупный полип		
			наиболее мелкий полип		
			наиболее проксимально расположенный полип		
			наиболее дистально расположенный полип		
			удаление можно начинать с любого полипа		
1	1	21			
21			Эндоскопические методы скрининга колоректального рака		
			кровотечении		
	*		колоноскопия		
			аноскопия		
			ЭГДС		
			ОАК		
1	1	22			
22			При электроэксцизии полипа толстой кишки на длинной ножке петля накладывается		
			непосредственно у кишечной стенки		
	*		отступя 1 см от кишечной стенки		
			у головки полипа		

			отступя от головки полипа на 1 см		
			в любом месте		
1	1	23			
23			При электроэксцизии полипа толстой кишки на короткой ножке петля накладывается		
	*		на середине ножки		
			у головки полипа		
			у кишечной стенки		
			отступя от головки на 1 см		
			в любом месте		
1	1	24			
24			Способ извлечения полипов толстой кишки удаленных эндоскопически, зависит от		
	*		размеров и консистенции полипа		
			консистенции и локализации полипа		
			функционального состояния толстой кишки (тонус толстой кишки)		
			места расположения полипа		
			формы полипа		
1	1	25			
25			Полип любой консистенции и размеров можно извлечь		
			корзинкой Dormia		
			грейфером		
			биопсийными щипцами		
			вакуумэкстракцией		
	*		петлевым электродом		
1	1	26			
26			После электроэксцизии полипа при ВКС лучше всего извлекать		
			грейфером		
			полипы с плотной неровной поверхностью до 1,5-2,0см в диаметре		
	*		полипы с диаметром головки до 3,0см с остатком ножки		

			ворсинчатые полипы до 5,0 см в диаметре		
			гипергрануляции диаметром до 3,0см		
			мелкие дольчатые полипы		
1	1	27			
27			Отторжение ожогового струпа после электроэксцизии полипа толстой кишки происходит на		
			1-2 день		
			2-3 день		
	*		3-7 день		
			8-10 день		
			14 день		
1	1	28			
28			Первый контрольный осмотр после эндоскопической электроэксцизии полипа толстой кишки проводится через		
			1 неделю		
			2 недели		
			3 недели		
	*		1 месяц		
			6 месяцев		
1	1	29			
29			После электроэксцизии полипов толстой кишки в первые дни назначают		
			слабительные препараты		
			закрепляющие препараты		
			анальгетики		
			спазмолитики		
	*		лекарственные препараты не назначают		
1	1	30			
30			После электроэксцизии полипов толстой кишки рекомендуется:		
			голод 1 день		
			голод 2 дня		

	*		бесшлаковая диета 1-2 дня		
			только питье 1-2 дня		
			обычный пищевой рацион		

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 пациент обратился за консультацией к гастроэнтерологу.

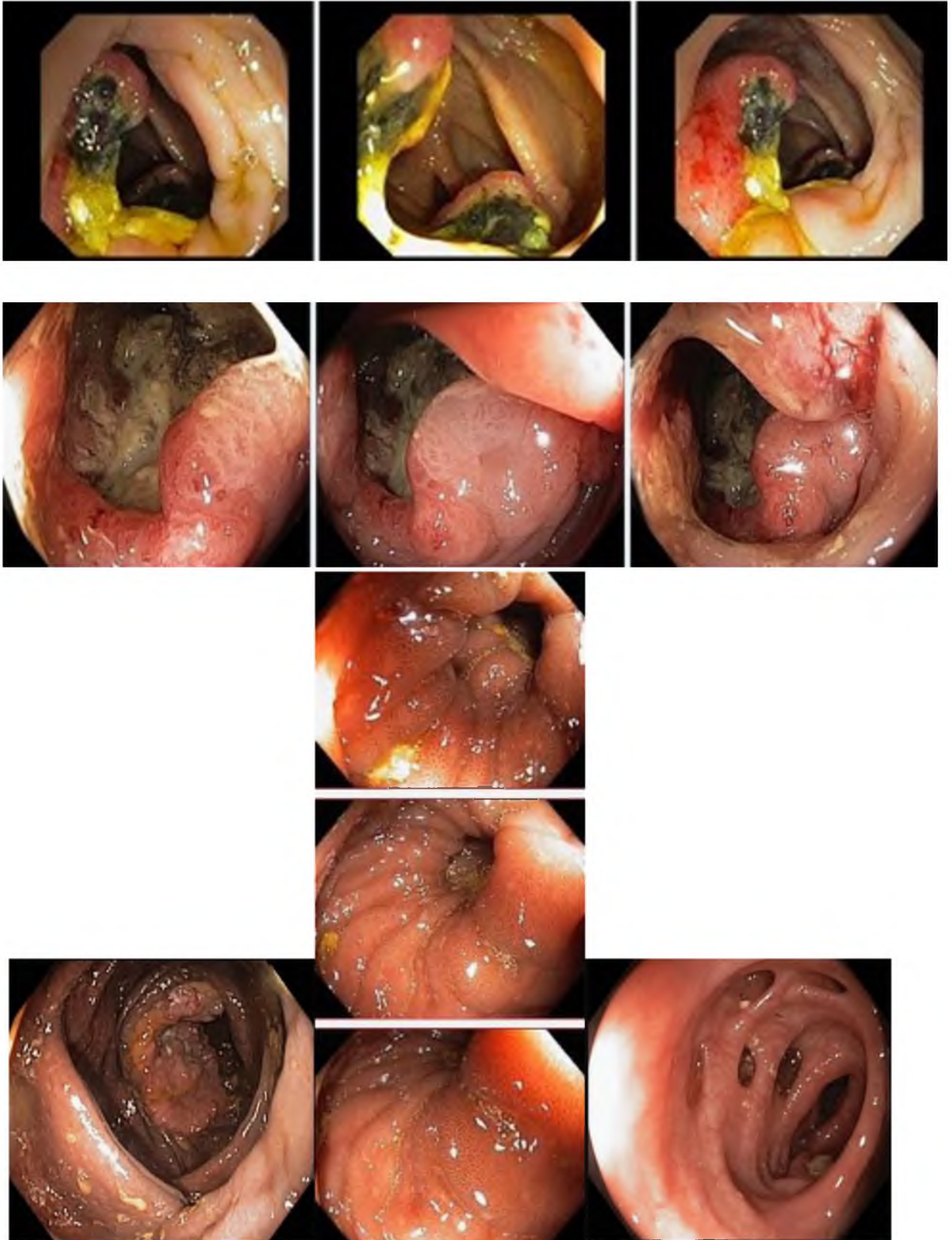
Семейный анамнез: мать – умерла в 76 лет - острый инфаркт миокарда, отец – умер в 72 года от рака кишечника.

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 – 160/80 мм 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 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

- a. 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; *
- b. Меланоз слепой кишки. Дивертикулез нисходящей кишки Полип слепой кишки. Дивертикулы нисходящей кишки;
- c. Рак толстой кишки. Дивертикулез толстой кишки.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение.

a. 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 инструмен-тальной пальпации

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

- темно-коричневая окраска с изменением рельефа слизистой оболочки слепой киш-ки.

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; *

b. 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;

c. 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. УЗИ органов брюшной полости;

с. пассаж бария по кишечнику.

4. Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования

а. В качестве противовоспалительной терапии - ГКС: Преднизолон 150 и более мг в/в капельно, затем внутрь – 1 мг/кг массы тела больного: например, 60 мг/сут с постепенным снижением дозы до минимальной эффективной;

б. производные 5 – АСК: Месалазин (Пентаса) 2-6 г в сутки длительно;

с. Стандарт лечения опухолевидных инфильтративно-изъязвленных образований слепой кишки зависит от результатов гистологической верификации злокачественного роста. Повторное эндоскопическое исследование толстой кишки с биопсией необходимо при отрицательных результатах первичного гистологического исследования; *

д. Кроме противовоспалительной терапии в патогенетическую терапию входит деконтаминация кишечника: Альфа-нормикс - 400 мг 3 раза в сутки 7-14 дней, Метронидазол парантерально;

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.

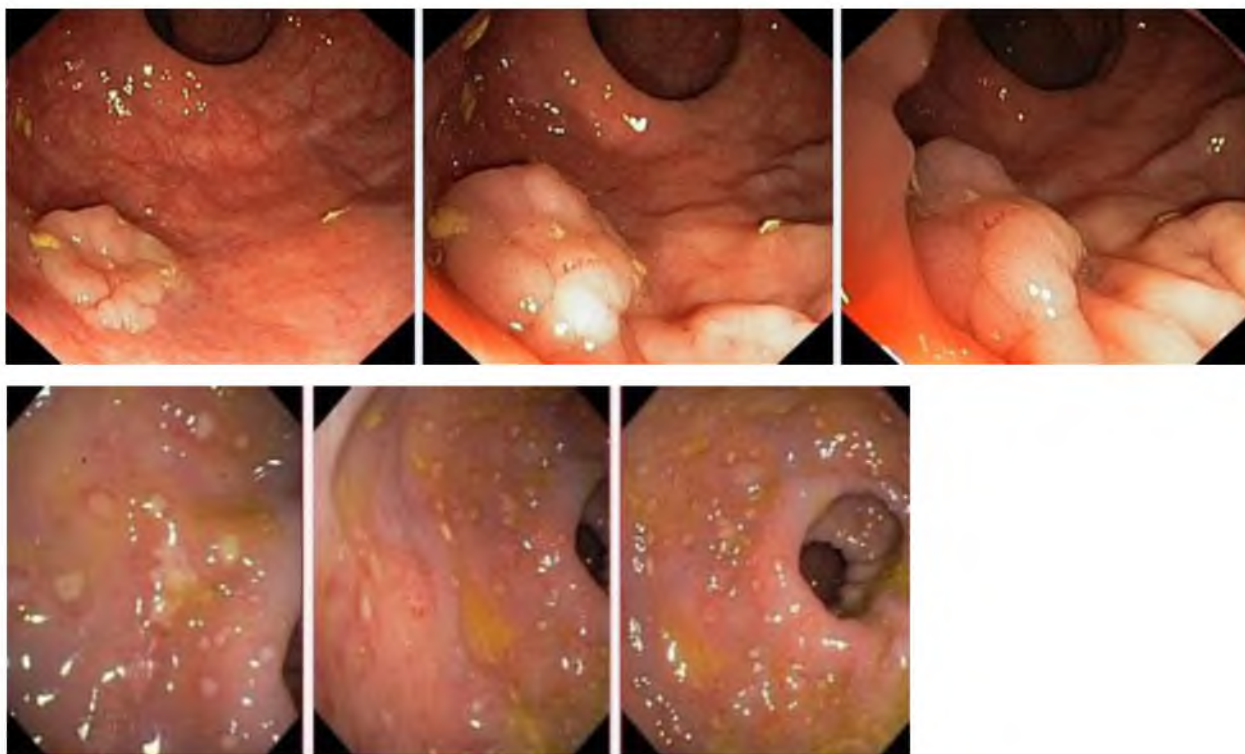
Из анамнеза известно, что нарушение стула по типу чередования запоров с поносами впервые возникли около 3 лет назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдал диету и принимая слабительные средства на основе сены и коры крушины или адсорбенты (активированный уголь, смекту). Ухудшение самочувствия 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 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. 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. Язвенный колит. Полип прямой кишки;

с. Полип прямой кишки. Полип сигмовидной кишки. Болезнь Крона толстой кишки.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

а. 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 слизистой оболочке сигмовидной и нисходящей кишки без признаков активного воспаления (сохраненный 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; *

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;

с. 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.

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. УЗИ органов брюшной полости;

с. пассаж бария по кишечнику.

4. Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования

а. В качестве противовоспалительной терапии - ГКС: Преднизолон 150 и более мг в/в капельно, затем внутрь – 1 мг/кг массы тела больного: например, 60 мг/сут с постепенным снижением дозы до минимальной эффективной;

б. производные 5 – АСК: Месалазин (Пентаса) 2-6 г в сутки длительно;

с. Стандарт лечения стенозирующих опухолевидных образований ободочной кишки зависит от результатов гистологической верификации злокачественного роста. Повторное эндоскопическое исследование толстой кишки с биопсией необходимо при отрицательных результатах первичного гистологического исследования; *

д. Кроме противовоспалительной терапии в патогенетическую терапию входит деконтаминация кишечника: Альфа-нормикс - 400 мг 3 раза в сутки 7-14 дней, Метронидазол парантерально;

Задача №3

Больной К. 53 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на периодические боли в правых отделах живота, которые проходят после дефекации, а также на запоры и вздутие живота.

Указанные жалобы возникли полгода назад, принимал симптоматическую терапию и соблюдал диету в режиме щадящего стола.

Анамнез жизни. Хронические заболевания: гастрит. Вредные привычки отрицает, аллергических реакций нет, перенесенные операции и травмы отрицает, наследственность не отягощена.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное, рост 168 см, масса тела 76 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 68 в 1 мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги.

Было принято решение провести пациенту видеоилеоскопию.

Видеоколоноскопия с илеоскопией: эндоскоп проведен в купол слепой кишки и далее в терминальный отдел подвздошной кишки. Просвет тонкой кишки не изменён, слизистая розовая, бархатистая. Просвет всех отделов толстой кишки не изменен. Слизистая оболочка всех отделов толстой кишки розового цвета, сосудистый рисунок четкий. В куполе слепой кишки определяется эпителиальное новообразование до 3,5 см в Д, LST-G, розового цвета, мягко-эластичной консистенции, подвижное, при осмотре в белом свете ямки эпителия извилистые (медуллярные), при осмотре в узком спектре света капиллярный рисунок «сетевидный», микрососудистая сеть четко визуализируется, капиллярные сосуды окружают железы слизистой оболочки.

ВОПРОСЫ:

1. Согласно классификации ямочного рисунка (PP-PIT PATTERN) S. Kudo, какому типу соответствует выявленный полип?

- a. IV; *
- b. I;
- c. II;
- d. VI;

2. Данное эпителиальное новообразование наиболее вероятно является?

- a. аденомой; *
- b. гиперплазией;
- c. инвазивным раком;

d. ювенильным полипом;

3. Наиболее целесообразной тактикой ведения данного пациента является?

- a. эндоскопическая полипэктомия новообразования; *
- b. лапароскопическая резекция;
- c. динамическое наблюдение;
- d. химиотерапия;

Задача № 4.

Больная Г., 75 лет, направлена гастроэнтерологом на колоноскопию с жалобами на боли в левых отделах живота выраженное недомогание, чередование запоров и поносов, на примесь крови в кале алого цвета.

Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение последних 3 лет. Последние два дня боли стали носить схваткообразный характер, сопровождающиеся дефекациями с выделением кала с примесью крови. Анамнез жизни: страдает АГ. Вредные привычки: курит с 20 лет. Аллергические реакции отрицает. Перенесенные операции, травмы отрицает. Наследственность: мать умерла в 55 лет от колоректального рака.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 82 в 1 мин, АД 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в левых отделах. Печень по краю реберной дуги. Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$; Нв - 91 г/л; цветовой показатель - 0,9%; тромбоциты - $150 \times 10^9/л$, лейкоциты - $3,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 28%, моноциты - 3%, СОЭ - 12 мм/ч.

Видеоколоноскопия с илеоскопией: эндоскоп проведен в купол слепой кишки и далее в терминальный отдел подвздошной кишки. Просвет тонкой кишки не изменён, слизистая розовая, бархатистая. Просвет всех отделов толстой кишки не изменен. Тонус кишки в левых отделах повышен, складки утолщены, спазмированы. Слизистая оболочка всех отделов толстой кишки розового цвета, сосудистый рисунок четкий.

В верхнеампулярном отделе прямой кишки определяется полип до 0,5 см в диаметре, розового цвета, на ножке, мягко-эластической консистенции, при осмотре в белом свете ямки эпителия трубчатые (тубулярные), при осмотре в узком спектре света капиллярный рисунок «сетевидный», микрососудистая сеть четко визуализируется, капиллярные сосуды окружают железы слизистой оболочки.

ВОПРОСЫ:

1. Согласно Парижской классификации, какому типу соответствует выявленный полип?
 - a. 0-Ip; *
 - b. 0-Is;
 - c. 0-IIс;
 - d. 0-III

2. К какому типу относится данное образование по классификации Sano?
 - a. I; *
 - b. II;
 - c. IIIa;
 - d. IIIb

3. Наиболее целесообразной тактикой ведения данного пациента является?
 - a эндоскопическая полипэктомия; *
 - b. экстренное хирургическое вмешательство;
 - c. динамическое наблюдение;
 - d. консервативное лечение;

Задача № 5

После выполнения прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного материала слизистой оболочки сигмовидной кишки были обнаружены атрофия и деформация крипт с очагами изъязвлений, выраженная лейкоцитарная инфильтрация слизистой оболочки с деструкцией отдельных крипт и скоплением в них нейтрофилов (крипт-абсцессы), единичные многоядерные гигантские клетки типа Пирогова-Лангханса вокруг крипт с признаками деструкции.

ВОПРОСЫ:

1. Для какого заболевания наиболее характерна указанные патологоанатомические изменения?
 - a. Болезнь Крона;
 - b. Неспецифический язвенный колит; *
 - c. Псевдомембранозный колит;
 - d. Недифференцированный колит;
 - e. Микроскопический колит;

2. Оцените степень активность патологического процесса по системе Райли:
 - a. Отсутствие;

- b. Слабая;
- c. Умеренная;
- d. Выраженная;
- e. Тяжелая; *

3. Какие дополнительные методы окраски позволят уточнить характер патологического процесса?

- a. Пикрофуксин по Ван-Гизон;
- b. PAS-реакция; *
- c. Серебрение по Футу;
- d. Окраска по Коссу;
- e. Окраска по Перлсу;

Задача № 6

В биоптате слизистой оболочки ободочной кишки обнаружены мелкие язвенные дефекты в пределах собственной пластинки с резковыраженной лимфоплазмочитарной, макрофагальной и нейтрофильной инфильтрацией. Крипты в зоне язвенного дефекта отсутствуют, вокруг него представлены деформированными мелкими структурами с атрофией бокаловидных клеток. В дне язв, среди рыхлой волокнистой соединительной ткани встречаются мелкие железистые структуры с нарушением базальной ориентации клеток, имеющих гиперхромные вытянутые ядра, мелкие ядрышки, единичные митотические фигуры.

ВОПРОСЫ:

1. Для какого заболевания характерна указанная патоморфологическая картина?

- a. Болезнь Крона;
- b. Неспецифический язвенный колит; *
- c. Недифференцированный колит;
- d. Микроскопический колит;
- e. Псевдомембранозный колит;

2. Оцените степень активности патологического процесса по системе Райли.

- a. Отсутствует;
- b. Слабая;
- c. Умеренная;
- d. Выраженная;
- e. Тяжелая *

3. Какие осложнения возможны при этом патологическом процессе?
- a. Дисплазия высокой степени и развитие карциномы толстой кишки; *
 - b. Рубцовый стеноз толстой кишки; *
 - c. Псевдомембранозный колит;
 - d. Перфорация толстой кишки;
 - e. Геморрагический инфаркт толстой кишки;

Задача № 7

Пациент 47 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на частый жидкий стул не более 4-5 раз в сутки с примесью крови и слизи, субфебрилитет до 37,3 С в вечернее время, вздутие живота.

Из анамнеза – длительное время принимал антибиотики по поводу хронического колита.

При эндоскопическом исследовании: слизистая оболочка толстой кишки, преимущественно справа (слепая, восходящая) гиперемирована, с точечными кровоизлияниями, покрыта белесоватыми пленчатыми наложениями легко и с трудно снимающимися с ее поверхности. Для верификации диагноза выполнена биопсия слизистой оболочки слепой кишки.

ВОПРОСЫ:

1. О каком патологическом процессе идет речь?
 - a. Болезнь Крона ;
 - b. Неспецифический язвенный колит;
 - c. Псевдомембранозный колит; *
 - d. Микроскопический колит;
 - e. Недифференцированный колит;

2. Укажите возможный этиологический фактор развития патологического процесса.
 - a. Staphylococcus aureus;
 - b. Streptococcus pyogenes;
 - c. E.coli;
 - d. Protei;
 - e. Clostridium Difficile *

3. Укажите возможные исходы данного процесса.
 - a. Выздоровление после адекватной коррекции лечения (прием ванкомицина); *
 - b. Присоединение вторичной бактериальной микрофлоры; *

- c. Организация экссудата;
- d. Перфорация толстой кишки;
- e. Кишечное кровотечение

Задача № 8

При проведении колоноскопии слизистая оболочка имеет вид «булыжной мостовой», с наличием щелевидных язвенных дефектов.

ВОПРОСЫ:

1. О каком патологическом процессе идет речь?
 - a. Болезнь Крона;
 - b. Неспецифический язвенный колит; *
 - c. Псевдомембранозный колит;
 - d. Микроскопический колит;
 - e. Недифференцированный колит;

2. Какие морфологические изменения развиваются в слизистой оболочке толстой кишки?
 - a. Острое экссудативное воспаление;
 - b. Хроническое язвенно-продуктивное воспаление; *
 - c. Гранулематозное воспаление;
 - d. Катаральное воспаление;
 - e. Дифтеритическое воспаление;

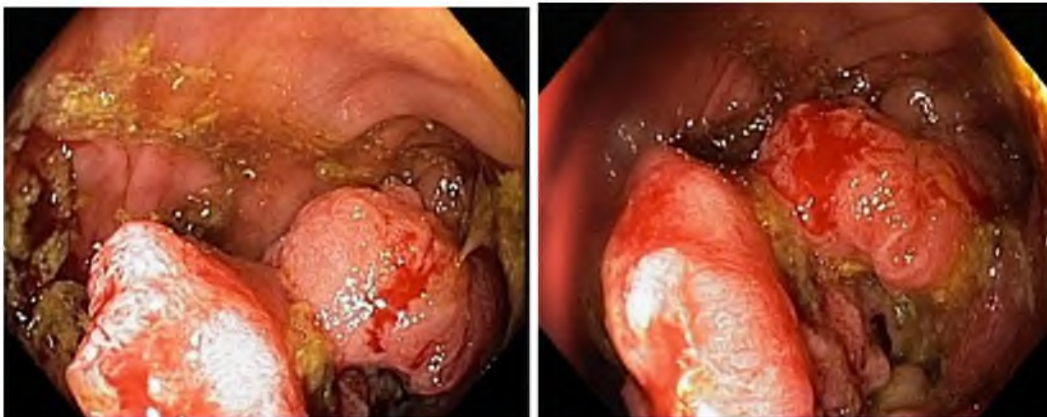
3. Какие специфические морфологические признаки позволят установить диагноз?
 - a. Макрофагальная гранулема с казеозным некрозом;
 - b. Макрофагальная гранулема без казеозного некроза; *
 - c. Гигантоклеточная макрофагальная гранулема с казеозным некрозом;
 - d. Гранулема саркоидного типа; *
 - e. Гранулема туберкулоидного типа;

Задача № 8

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 – 160/95 мм 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 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
 - a. Болезнь Крона
 - b. Стенозирующая изъязвленная опухоль поперечноободочной кишки
 - Язва толстой кишки. Болезнь Крона толстой кишки; *
 - c. Неспецифический язвенный колит
 - d. Псевдомембранный колит
 - e. Микроскопический колит
 - f. Недифференцированный колит
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

- a. Пациенту рекомендовано биохимическое исследование крови с определением электролитов и микроэлементов (магний, железо, кальций);
 - b. 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; *
 - c. УЗИ органов брюшной полости для выявления гепатомегалии, спленомегалии, лимфаденопатии брюшной полости;
 - d. ФЭГДС.
3. Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования
- a. В качестве противовоспалительной терапии - ГКС: Преднизолон 150 и более мг в/в капельно, затем внутрь – 1 мг/кг массы тела больного: например, 60 мг/сут с постепенным снижением дозы до минимальной эффективной;
 - b. производные 5 – АСК: Месалазин (Пентаса) 2-6 г в сутки длительно;
 - c. Стандарт лечения стенозирующих опухолевидных образований ободочной кишки зависит от результатов гистологической верификации злокачественного роста. Повторное эндоскопическое исследование толстой кишки с биопсией необходимо при отрицательных результатах первичного гистологического исследования; *
 - d. Кроме противовоспалительной терапии в патогенетическую терапию входит деконтаминация кишечника: рифаксимин (альфа-нормикс) - 400 мг 3 раза в сутки 7-14 дней, Метронидазол парантерально 1г x 2 раза в день в/в капельно.