

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Воронежский государственный
медицинский университет имени Н.Н.Бурденко»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических дисциплин ИДПО

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по ДПО

Профессор _____ О.С. Саурина

«_____» _____ 2019 г

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЭНДОСКОПИЯ»**

**По теме: «Эндоскопическая полипэктомия»
(реализуемая с применением частичной стажировки)**

(срок обучения – 36 академических часа, 36 зачетных единиц)

Программа составлена в соответствии с Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ. От 23 июля 2010 г. № 541н, Приказом Министерства образования и науки РФ от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», Приказом Министерства образования и науки РФ от 9 января 2014г. №2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ», Приказом Министерства здравоохранения российской федерации от 6 декабря 2017 г. n 974н об утверждении правил проведения эндоскопических исследований с опорой на примерную дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

Программа обсуждена на заседании кафедры хирургических дисциплин ИДПО
« 2 » июня 2019 протокол № 1

Заведующий кафедрой хирургических дисциплин ИДПО _____ Эктов В.Н.

Разработчики программы:

В.Н. Эктов – д.м.н., профессор кафедры хирургических дисциплин ИДПО
И.Н. Хими́на – д.м.н., доцент кафедры хирургических дисциплин ИДПО
О.С. Скоры́нин – к.м.н., доцент кафедры хирургических дисциплин ИДПО

Рецензенты:

А.И. Жданов – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии
Л.А. Филипцова - зав. отделением эндоскопии БУЗ ВО ВОКБ № 1

Программа одобрена на заседании ЦМК по координации последипломной подготовки
от «30» августа 2019 года, протокол № 1

Утверждено на ученом совете ИДПО от «30» августа 2019 года, протокол № 1

ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

По дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей
со сроком освоения 36 академических часов
по специальности «Эндоскопия»

№ п/п	Наименование документа
1.	Титульный лист
2.	Лист согласования программы
3.	Пояснительная записка
4.	Планируемые результаты обучения
5.	Требования к итоговой аттестации
6.	Учебный план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия» очная форма обучения.
7.	Календарный учебный график
8.	Рабочие программы учебных модулей (фундаментальных дисциплин (МФ), специальных дисциплин (МСП)).
8.1.	МФ 1. Эндоскопическая диагностика и эндоскопическая семиотика доброкачественных и злокачественных опухолей пищевода, желудка, толстой кишки.
8.2.	МСП 2. Общая характеристика лечебной и оперативной эндоскопии органов желудочно-кишечного тракта.
8.3.	МСП 3. Оперативная эндоскопия (стажировка).
9.	Оценочные материалы для итоговой аттестации.
10.	Организационно-педагогические условия реализации программы.

3. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Актуальность. Согласно ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» реформирование и модернизация здравоохранения Российской Федерации предусматривает подготовку эрудированного врача-эндоскописта с фундаментальной профессиональной подготовкой, владеющего современными информационными технологиями, способного к самостоятельной лечебно-диагностической деятельности.

Актуальность данной программы обусловлена необходимостью совершенствования врачами-эндоскопистами знаний современных методов диагностики и эндоскопического лечения больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта.

Результат лечения заболеваний желудка, ДПК напрямую зависит от качественной и своевременной диагностики, которая в настоящее время невозможна без использования современных эндоскопических методов исследования.

Знание морфологии, анатомических особенностей строения, использование инновационных методов диагностики заболеваний желудка позволяет своевременно диагностировать изменения слизистой оболочки, предшествующие неопластическим и правильно определить тактику эндоскопического лечения.

Вся система послевузовского дополнительного образования направлена на непрерывное саморазвитие врача как в профессиональном, так и в личностном плане.

Целью повышения квалификации (ПК) является освоение врачами-эндоскопистами современных теоретических знаний и умений по соответствующему конкретному курсу в соответствии с занимаемой специалистом должностью, улучшение практической подготовки выпускника медицинских институтов, академий, университетов; повышение профессионального уровня и степени готовности врача к самостоятельной врачебной деятельности в эндоскопических кабинетах и отделениях поликлиник, эндоскопических отделениях больниц и клиник; формирование клинического мышления квалифицированного врача, ориентированного в различных разделах патологии органов желудочно-кишечного тракта.

Основными **задачами** последипломной подготовки врача-эндоскописта являются:

- способность и готовность к постановке диагноза на основании диагностического исследования желудочно-кишечного тракта (ПК-1);

- способность и готовность анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомио-физиологических основ, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов желудочно-кишечного тракта (ПК-2);

- способность и готовность выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в конкретной группе заболеваний желудочно-кишечного тракта (ПК-3);

в профилактической деятельности задачи, стоящие перед врачом -эндоскопистом определяются:

- способностью и готовностью применять современные методики, используемые в эндоскопической практике.

Формирование профессиональных компетенций врача-специалиста предполагает овладение врачом системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

Врач-специалист по эндоскопии должен знать:

Специальные знания:

- эндоскопической диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.

- перечня работ и услуг для эндоскопического лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.

- обоснования эндоскопического заключения, учитывая данные специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных), плана и тактики эндоскопического лечения больных в соответствии с существующими стандартами оказания эндоскопической помощи населению Российской Федерации.

- при необходимости обоснования показаний к госпитализации, организации ее в соответствии с состоянием больного.

- оборудование эндоскопических кабинетов и операционных, технику безопасности при работе с аппаратурой.

- определение показаний и противопоказаний к эндоскопическим операциям; динамическое наблюдение после проведенного лечения.

- Конституции Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; общие вопросы организации эндоскопической помощи взрослому и детскому населению, роль службы скорой и неотложной помощи в терапии urgentных состояний при неотложных состояниях; вопросы онкологической настороженности; симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания; вопросы организации медико-социальной экспертизы; основы диетического питания и диетотерапии; должен знать о территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов всех уровней); эпидемиологию онкологических заболеваний; клиническую анатомию основных анатомических областей тела; основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов и систем организма, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции; современные представления об этиологии и патогенезе заболеваний ЖКТ, механизмах канцерогенезах на уровне клетки, органа, организма; отличия и взаимосвязь злокачественных новообразований с предопухолевыми заболеваниями; принципы и закономерности метастазирования опухолей; морфологические проявления предопухолевых процессов; современные международные гистологические классификации опухолей (МКБ-О, МКБ); стандарты оказания эндоскопической помощи населению; общие и специальные методы исследования в эндоскопии; методы первичной и уточняющей диагностики в онкологии; показания и противопоказания к применению эндоскопических, рентгенологических, радиоизотопных и др. методов, роль и значение биопсии; клиническую симптоматику, макро- и микроскопическую характеристику доброкачественных и злокачественных опухолей основных локализаций, их диагностику и принципы лечения; принципы рационального питания больных на всех этапах терапии; организацию диспансерного наблюдения за больными; основы первичной и вторичной профилактики заболеваний; методы массового скрининга для выявления опухолей; вопросы статистики в работе эндоскописта; вопросы деонтологии в эндоскопии; основы законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения, касающиеся прав и обязанностей пациентов и врачей, вопросов оказания специализированной медицинской помощи гражданам Российской Федерации; формы и методы санитарно-просветительной работы среди населения; основы трудового законодательства; правила по охране труда и пожарной безопасности; санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения.

Врач-специалист по эндоскопии должен уметь:

- собрать анамнез и сопоставить полученные сведения с данными имеющейся медицинской документацией на больного с тем, чтобы выбрать нужный вид эндоскопического вмешательства;

- выявить аллергическую предрасположенность больного к анестетикам с тем, чтобы определить вид анестезии, при которой будет выполняться эндоскопическое вмешательство;

- определить показания и противопоказания к выполнению того или иного эндоскопического вмешательства;

- выбрать оптимальный вид и тип эндоскопа в зависимости от характера планируемого эндоскопического вмешательства;
- визуально четко определять границы патологического очага;
- правильно оформить протокол эндоскопического исследования и вмешательства;
- уметь составить отчет о проделанной работе с проведением анализа эндоскопической деятельности.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть:

- техникой эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии;
- прицельной биопсией из патологических очагов слизистых оболочек;
- методом фиксации материала биопсии для гистологического исследования;
- техникой выполнения мазков-отпечатков для цитологического исследования;
- техникой эндоскопической полипэктомии (холодной\горячей), методикой проведения: петлевой электрорезекции, эндоскопической резекции слизистой оболочки (EMR); эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD); аргоноплазменной коагуляции; эндоскопической радиочастотной абляции; фотодинамической терапии (ФДТ).

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть следующими практическими навыками проведения:

- эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии;
- прицельной биопсии из патологических очагов слизистых оболочек;
- эндоскопической полипэктомии (холодной\горячей), методикой проведения: петлевой электрорезекции, эндоскопической резекции слизистой оболочки (EMR); эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD); аргоноплазменной коагуляции; эндоскопической радиочастотной абляции; фотодинамической терапии (ФДТ).
- местного гемостаза во время проведения эндоскопической полипэктомии.

Послевузовское профессиональное обучение базируется на основе полученного высшего медицинского образования по специальности - Лечебное дело (040100). Специальность утверждена приказом Министерства образования Российской Федерации, приказ Госкомвуза Российской Федерации от 05.03.1994 г. №180.

Категория слушателей: врачи-эндоскописты.

Продолжительность цикла ПК 36 академических часов, что соответствует 36 зачетным единицам.

Форма обучения

График обучения	Ауд. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
с отрывом от работы (очная)	6	6	0,25 месяца (6 дней, 1 неделя)

По окончании обучения выдается удостоверение о повышении квалификации.

4. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" к **должностным обязанностям** врача-эндоскописта относятся: выполнение перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу. Оформление необходимой медицинской документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению. Проведение санитарно-просветительной работы с населением и больными. Составление отчета о своей работе и проведение анализа ее эффективности.

Требования к квалификации. Высшее профессиональное образование по одной из специальностей "Лечебное дело", "Педиатрия" и послевузовское профессиональное образование (интернатура и (или) ординатура) по специальности "Эндоскопия" без предъявления требований к стажу работы.

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей «Эндоскопическая полипэктомия»:

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-1);

готовность к определению у пациентов патологических изменений слизистой, взятию биопсийного материала, в том числе с применением современных эндоскопических методов исследования, лечения (ПК-2);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и эндоскопическому лечению пациентов с доброкачественными и злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта (ПК-3).

Характеристика новых ПК врача, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей «Эндоскопическая полипэктомия»:

лечебная деятельность:

готовность к выполнению оперативного эндоскопического лечения пациентов с доброкачественными и злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта (ПК-4).

По окончании обучения врач – эндоскопист должен знать:

Специальные знания

– оборудование эндоскопических кабинетов и операционных, технику безопасности при работе с аппаратурой.

- определение показаний и противопоказаний к эндоскопическим операциям; динамическое наблюдение после проведенного лечения.

- специальные методы исследования в эндоскопии;

- методы первичной и уточняющей диагностики в онкологии;

- показания и противопоказания к применению эндоскопических, рентгенологических, радиоизотопных и др. методов, роль и значение биопсии;

- клиническую симптоматику, макро- и микроскопическую характеристику доброкачественных и злокачественных опухолей основных локализаций, их диагностику;

Знание сопутствующих и смежных дисциплин:

- элементы анатомо-морфологического строения органов ЖКТ;
- вопросы онкологической настороженности; симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания; вопросы организации медико-социальной экспертизы;
- эпидемиологию онкологических заболеваний;
- вопросы нормальной и патологической физиологии органов и систем организма, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции; современные представления об этиологии и патогенезе заболеваний ЖКТ, механизмах канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма; отличия и взаимосвязь злокачественных новообразований с предопухолевыми заболеваниями; принципы и закономерности метастазирования опухолей
- варианты местной и внутривенной седации при эндоскопических операциях;

По окончании обучения врач – эндоскопист должен уметь:

- оценить на основании клинических, цитоморфологических, иммуногистохимических данных состояние больных, требующих эндоскопического вмешательства;
- выбрать и провести наиболее оптимальное эндоскопическое оперативное вмешательство;
- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;
- оформить медицинскую документацию.

По окончании обучения врач – хирург должен владеть:

- методикой оценки степени поражения слизистой оболочки желудка, с целью определения тактики ведения и лечения пациента;
- методикой организации рабочего места в эндоскопическом кабинете, операционной;
- эндоскопической, хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранения патологического состояния пациента;
- методикой эндоскопического гемостаза.

По окончании обучения врач – эндоскопист должен владеть навыками:

- интерпретации результатов цитоморфологических, иммуногистохимических, лучевых методов диагностики;
- эндоскопической диагностики заболеваний ЖКТ;
- планирования эндоскопических оперативных вмешательств: электроэксцизии, резекции, субэпителиальной диссекции с учетом оптимального направления в зависимости от выявленной патологии;
- профилактики кровотечения, перфорации при проведении эндоскопических вмешательств;

5. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей «Диагностическая и лечебная эндоскопия заболеваний желудка» проводится в форме очного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-эндоскописта.

1. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения учебных разделов в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей.

2. Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей «Диагностическая и лечебная эндоскопия заболеваний желудка» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца – удостоверение о повышении квалификации.

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«Эндоскопическая полипэктомия» (36 Ч)
ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ**

Цель: систематизация и углубление профессиональных знаний, умений, навыков, методик, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций врача.

Категория обучающихся: врачи-эндоскописты.

Трудоемкость обучения: 36 академических часов – 36 зач. ед. (1 неделя).

Форма обучения: очная (с отрывом от работы)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Стажировка	Форма контроля
Фундаментальные дисциплины (МФ)						
МФ1	Модуль 1. Эндоскопическая диагностика и семиотика доброкачественных и злокачественных опухолей пищевода, желудка, толстой кишки.	4/4	-	4	-	Промежуточный (собеседование)
1.1.	Классификация опухолевых поражений ЖКТ.	2/2	-	2	-	Текущий (устно)
1.2	Злокачественные опухоли эпителиального происхождения; злокачественные опухоли неэпителиального происхождения. Доброкачественные опухоли желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).	2/2	-	2	-	Текущий (устно)
Специальные дисциплины (МСП)						
М СП 2	Модуль 2. Общая характеристика оперативной эндоскопии органов желудочно - кишечного тракта.	20/20	4	16	-	Промежуточный (собеседование)
2.1.	Показания, противопоказания для проведения эндоскопической полипэктомии.	2/2	-	2	-	
2.2	Виды анестезии при проведении эндоскопической полипэктомии.	2/2	-	2	-	Текущий (устно)
2.3	Необходимое оснащение эндоскопической операционной.	4/4	2	2	-	Текущий (устно)
2.4	Виды эндоскопического инструментария и их назначение.	4/4	-	4	-	Текущий (устно)
2.5	Возможные осложнения при проведении эндоскопической полипэктомии. Методы профилактики кровотечения, перфорации при проведении эндоскопических вмешательств	4/4	-	4	-	Текущий (устно)

2.6	Основная медицинская документация необходимая для работы эндоскопической операционной. Санитарно-эпидемиологические требования, предъявляемые к работе эндоскопической операционной.	2/2	-	2	-	Текущий (устно)
М СП 3	Модуль 3. Оперативная эндоскопия.	6/6	-	-	6	Промежуточный (отчетная документация по теме стажировки)
3.1	Освоение методики проведения: петлевой электрорезекции.	2/2	-	-	2	Текущий (собеседование)
3.2	Освоение методики эндоскопической резекции слизистой оболочки; эндоскопической диссекции в подслизистом слое.	2/2	-	-	2	Текущий (собеседование)
3.3	Освоение методов аргоноплазменной коагуляции; эндоскопической радиочастотной абляции; фотодинамической терапии (ФДТ). Формирование специальных умений и навыков.	2/2	-	-	2	Текущий (собеседование)
	Итоговая аттестация	6/6	-	6	-	экзамен
	ИТОГО	36	4	26	6	

7. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Учебные модули	1 неделя											
	1 день		2 день		3 день		4 день		5 день		6 день	
	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П
МФ 1. Эндоскопическая диагностика и эндоскопическая семиотика доброкачественных и злокачественных опухолей пищевода, желудка, толстой кишки.	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
МСП 2. Общая характеристика оперативной эндоскопии органов желудочно - кишечного тракта.	-	2	4	2	-	6	-	6	-	-	-	-
МСП 3. Оперативная эндоскопия.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-
Итоговая аттестация											-	6

8. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ (ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН (МФ), СПЕЦИАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН (МСП))

8.1. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МФ1 «Эндоскопическая диагностика и эндоскопическая семиотика доброкачественных и злокачественных опухолей пищевода, желудка, толстой кишки».

Пояснительная записка

Актуальность: Одно из приоритетных мест в диагностике онкологических заболеваний ЖКТ принадлежит эндоскопии. В амбулаторных условиях возможно выполнение широкого круга эндоскопических исследований с забором материала для гистологической верификации процесса и оперативных эндоскопических вмешательств.

Продолжительность жизни больного определяется, прежде всего, стадией опухолевого процесса, поэтому знание классификаций опухолей, дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей пищевода, желудка, толстой кишки дает шанс выявить на ранней стадии злокачественное новообразование, увеличить продолжительность и сохранить качество жизни.

Цель: усовершенствовать знание морфологических особенностей строения, классификации опухолей, дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей пищевода, желудка, толстой кишки.

Изучение программы способствует формированию и усовершенствованию следующих профессиональных компетенций:

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей «Эндоскопическая полипэктомия»:

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

лечебно-диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов

заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-1).

По окончании обучения врач – эндоскопист должен знать:

Специальные знания

- патофизиологические механизмы формирования заболеваний и закономерности протекания патологических процессов при злокачественных и доброкачественных новообразованиях ЖКТ;
- клиническое обоснование применяемого эндоскопического лечения при заболеваниях ЖКТ;

Знание сопутствующих и смежных дисциплин:

- правильная интерпретация морфологических результатов исследования;

По окончании обучения врач – эндоскопист должен владеть:

- методикой проведения оперативной и диагностической ЭГДС, колоноскопии.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МФ 1 (очная форма обучения).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Стажировка	Форма контроля
1.1.	Классификация опухолевых поражений ЖКТ.	2/2	-	2	-	Текущий (устно)
1.2	Злокачественные опухоли неэпителиального происхождения, злокачественные опухоли эпителиального происхождения. Доброкачественные опухоли желудочно-кишечного тракта.	2/2	-	2	-	Текущий (устно)
	ИТОГО	4/4	-	4	-	Промежуточный (собеседование)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МФ 1

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
1.1	Классификация опухолевых поражений ЖКТ.
1.1.1	Парижская эндоскопическая классификация поверхностных опухолевых поражений (ранних опухолей).
1.1.2	TNM классификация рака.
1.2	Злокачественные опухоли эпителиального происхождения; злокачественные опухоли неэпителиального происхождения. Доброкачественные опухоли желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).
1.2.1	ГИСО, лейомиосаркома, рабдомиосаркома, карциносаркома и меланома; сложности дифференциальной диагностики, эндоскопическая картина, вспомогательные методы диагностики.
1.2.2	Гистогенетическая классификация доброкачественных опухолей желудочно-кишечного тракта: опухоли слизистой оболочки (папиллома, аденома или аденоматозная гиперплазия, слизистая ретенционная киста или аденома, воспалительная псевдоопухоль, фиброваскулярный полип, лейомиома); опухоли подслизистой оболочки (ретенционная киста, аденома, фиброваскулярный полип, гемангиома, гранулярно-клеточная опухоль, нейролеммома); опухоли мышечной оболочки (рабдомиома, лейомиома, нейрофиброма, гранулярно-клеточная опухоль, нейролеммома); опухоли адвентиции (фиброма, шваннома или нейролеммома).

Форма контроля: собеседование.

Контрольные вопросы к собеседованию:

1. Парижская эндоскопическая классификация поверхностных опухолевых поражений (ранних опухолей).
2. TNM классификация рака.
3. Классификация злокачественных опухолей эпителиального происхождения.
4. Классификация злокачественных опухолей неэпителиального происхождения.
5. ГИСО, лейомиосаркома, рабдомиосаркома, карциносаркома и меланома; сложности дифференциальной диагностики, эндоскопическая картина, вспомогательные методы диагностики.
6. Гистогенетическая классификация доброкачественных опухолей желудочно-кишечного тракта.
7. Опухоли слизистой оболочки (папиллома, аденома или аденоматозная гиперплазия, слизистая ретенционная киста или аденома, воспалительная псевдоопухоль, фиброваскулярный полип, лейомиома).
8. Опухоли подслизистой оболочки (ретенционная киста, аденома, фиброваскулярный полип, гемангиома, гранулярно-клеточная опухоль, нейролеммома).
9. Опухоли мышечной оболочки (рабдомиома, лейомиома, нейрофиброма, гранулярно-клеточная опухоль, нейролеммома).
10. опухоли адвентиции (фиброма, шваннома или нейролеммома).

Список литературы:

Основная литература:

1. Анищук А.А. Эндоскопия – взгляд изнутри: Пособие для практикующих врачей. –М.: ООО «Медицинское информационное агентство». -2008. -240 с.
2. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей /под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.:МЕДпресс-информ, 2011. – 864 с.
3. Малихова О.А. Современная стратегия комплексной эндоскопической диагностики и мониторинг неходжкинских лимфом желудка. –Автореф. ... докт. мед. наук. – Москва. -2010. -42 с.
4. Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В. и др. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. –М.: Экстрапринт. -2006. -280 с.
5. Сотников В.Н., Сотников А.В., Дубинская Т.К. Эндоскопическая диагностика и лечение доброкачественных подслизистых опухолей пищевода, желудка и 12-перстной кишки: Учебное пособие. –М.: РМАПО. -1998. -24 с.
6. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: Учебное пособие. –М.: МЕДпресс-информ. -2006. -192 с.
7. Чернеховская Н.Е., Чечулина А.П., Никишина Е.И. Ранний рак желудка (клиника, диагностика, лечение): Учебное пособие. –М.: РМАПО. -1996. -16 с.
8. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта /Под ред. Блащенко С.А. –М.: ГЭОТАР-Медиа. -2009. -520 с.

Дополнительная литература:

1. Агапов М.Ю., Сакаева М.Н., Рагулина Л.В. Зубчатые аденомы толстой кишки: клинико-морфологическая характеристика и клиническое значение. Врч. 2013;11:55-58.
2. Rex D, Ahnen D, Baron J. Serrated Lesions of the Colorectal: Review and Recommendations From an Expert Panel. Am. J. Gastroenterol. 2012;107(9):1315-1329. doi:10.1038/ajg.2012.161

3. Longacre TA, Fenoglio-Preiser CM. Mixed hyperplastic adenomatous polyps/serrated adenomas. A distinct form of colorectal neoplasia. Am J Surg Pathol. 1990;14:524-237. doi:10.1097/00000478-199006000-00003

4. Morita T, Tamura S, Miyazaki J, Higashidani Y, Onishi S. Evaluation of endoscopic and histopathological features of serrated adenoma of the colon. Endoscopy. 2001;33(9):761-765. doi:10.1055/s-2001-16525

5. Rubio CA, Jaramillo E, Lindblom A, Fogt F. Classification of colorectal polyps: Guidelines for the endoscopist. Endoscopy. 2002;34(3):226-236. doi:10.1055/s-2002-20296

6. Buda A, De Bona M, Dotti I, Piselli P, Zabeo E, Barbazza R, Bellumat A, Valiante F, Nardon E, Probert SC, Pignatelli M, Stanta G, Sturniolo GC and De Boni M. Prevalence of different subtypes of serrated polyps and risk of synchronous advanced colorectal neoplasia in average-risk population undergoing first-time colonoscopy. Clin Translational Gastroenterol. 2012;5(3):6. doi:10.1038/ctg.2011.5

7. Rosty C, Hewett D, Brown I, Leggett BA, Whitehall VLG. Serrated polyps of the large intestine: current understanding of diagnosis, pathogenesis, and clinical management. J Gastroenterol. 2013;48(3):287-302. doi:10.1007/s00535-012-0720-y

8.2. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП2 «Общая характеристика оперативной эндоскопии органов желудочно - кишечного тракта».

Пояснительная записка

Актуальность.

В последние годы наряду с диагностическим направлением в эндоскопии активно развивается эндохирургическое направление, позволяющее лечить как предраковые заболевания, так и ранние формы рака. Следует отметить, что в настоящее время в России нет общепринятых стандартов, определяющих качество диагностической колоноскопии и описательную ее часть, а также подходы к выбору варианта лечения неоплазий толстой кишки. Не менее актуальными остаются проблема послеоперационной морфологической оценки удаленного эндоскопически препарата и вопрос дальнейшей тактики ведения пациента. В то же время активное развитие новых технологий существенно расширяет возможности диагностической и лечебной колоно- и гастроскопии, что требует выработки алгоритма эндоскопического лечения неоплазий ЖКТ

Цель: Разработка учебной программы эндоскопического лечения неоплазий ЖКТ и тактики ведения пациентов, основанного на таких факторах, как локализация опухоли, ее форма, размер, структура сосудистого рисунка, послеоперационная морфологическая оценка удаленного препарата, степень опухолевой инвазии, изучение нормативных документов.

Изучение программы способствует формированию и усовершенствованию следующих **профессиональных компетенций:**

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей «Общая характеристика оперативной эндоскопии органов желудочно - кишечного тракта»:

готовностью к практическому применению навыков проведения эндоскопической полипэктомии;

умением четко визуализировать патологический очаг и поставить правильный диагноз;

готовностью к соблюдению основных правил санэпидрежима в работе эндоскопической операционной.

По окончании обучения врач – эндоскопист должен знать:

Специальные знания

Врач-эндоскопист должен знать технику проведения эндоскопической полипэктомии, основные эндоскопические ориентиры, методы, применяемые в эндоскопической практике, ознакомиться с эндоскопической аппаратурой, современными технологиями в эндоскопии, соблюдать санитарно-эпидемиологические правила в работе эндоскопического отделения, знать показания, противопоказания для проведения эндоскопической полипэктомии, возможные осложнения, уметь оценить состояние слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, выявить минимальные поверхностные изменения, опухоли диаметром до 3-5 мм, методики электроэксцизии полипов желудка, эндоскопической резекции с подслизистой диссекцией.

Знание сопутствующих и смежных дисциплин:

- элементы топографической анатомии пищевода, желудка, ДПК;
- варианты местной и внутривенной седации при эндоскопических операциях;

По окончании обучения врач – эндоскопист должен уметь:

- оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих эндоскопического вмешательства;
- выбрать и провести наиболее оптимальное оперативное эндоскопическое вмешательство;
- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;
- оформить медицинскую документацию.

По окончании обучения врач – эндоскопист должен владеть навыками:

проведения эндоскопической полипэктомии, умением произвести дополнительные диагностические и лечебные процедуры:

- биопсию слизистой оболочки,
- аспирацию содержимого желудка,
- аппликацию или инфильтрацию лекарственных препаратов (в т.ч. санационная терапия),
- коагуляцию, криовоздействие, лазерное воздействие,
- полипэктомию,
- маркировку: одним из способов повышения эффективности эндоскопической диагностики и лечения, позволяющий контрастно отобразить поражение слизистой оболочки и облегчить целенаправленный забор биоптатов, является использование витальных красителей (хромозэндоскопия) для определения макроскопически невидимых или определяемых с трудом при рутинной эндоскопии изменений слизистой оболочки.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 2 (очная форма обучения).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Стажировка	Форма контроля
2.1	Показания, противопоказания для проведения эндоскопической полипэктомии.	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)

2.2	Виды анестезии при проведении эндоскопической полипэктомии.	4/4	2	2	-	Текущий (тестовый)
2.3	Необходимое оснащение эндоскопической операционной.	4/4	2	2	-	Текущий (тестовый)
2.4	Виды эндоскопического инструментария и их назначение.	4/4	-	4	-	Текущий (тестовый)
2.5	Возможные осложнения при проведении эндоскопической полипэктомии. Методы профилактики кровотечения, перфорации при пыхрождении эндоскопических вмешательств	4/4	-	4	-	Текущий (тестовый)
2.6	Основная медицинская документация необходимая для работы эндоскопической операционной. Санитарно-эпидемиологические требования, предъявляемые к работе эндоскопической операционной.	2/2	-	2	-	Текущий (тестовый)
	ИТОГО	20/20	4	16	-	Промежуточный (тестовый)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 2

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
2.1	Показания, противопоказания для проведения эндоскопической полипэктомии.
2.1.1	Абсолютные противопоказания.
2.1.1.1	Относительные противопоказания.
2.2	Виды анестезии при проведении эндоскопической полипэктомии.
2.2.1	Местная анестезия, внутривенная седация при эндоскопических вмешательствах.
2.2.2	Условия возможности использования внутривенной седации в амбулаторных условиях.
2.3	Необходимое оснащение эндоскопической операционной.
2.4	Виды эндоскопического инструментария и их назначение.
2.4.1	Электрохирургические петли . Щипцы для извлечения полипов. Устройства для наложения лигатур. Ножницы и ножи . Аргоно-плазменные и коагуляционные электроды
2.4.2	Захватывающие щипцы для EMR. Спрей-катетеры. Дистальные насадки . Наборы для EMR. Ножи для ESD. Вспомогательные инструменты для ESD
2.5	Возможные осложнения при проведении эндоскопической полипэктомии. Методы профилактики кровотечения, перфорации при пыхрождении эндоскопических вмешательств
2.6	Основная медицинская документация необходимая для работы эндоскопической операционной. Санитарно-эпидемиологические требования, предъявляемые к работе эндоскопической операционной.
2.6.1	Необходимое оснащение для оптимальной работы врачей-эндоскопистов в операционной, в том числе перечень стерильного инструментария для проведения традиционного оперативного вмешательства, в случае развития осложнений (кровотечения и др.) при необходимости перехода от эндоскопической к открытой операции.
2.6.2	Специальное оборудование: стойка с эндоскопическими приборами, на которой располагается аппарат для коагуляции, инсуффлятор, аппарат аспирации-ирригации, мониторы.
2.6.3	Приспособления для хранения эндоскопов и эндоскопического инструментария, системы для очистки,

	мытья и обработки эндоскопов и инструментов.
2.6.4	Санитарно-эпидемиологические требования, предъявляемые к работе эндоскопической операционной, документация.

Форма контроля: собеседование.

Контрольные вопросы к собеседованию:

1. Показания, противопоказания для проведения эндоскопической полипэктомии.
Абсолютные противопоказания.
Относительные противопоказания.
2. Виды анестезии при проведении эндоскопической полипэктомии.
Местная анестезия, внутривенная седация при эндоскопических вмешательствах.
3. Условия возможности использования внутривенной седации в амбулаторных условиях.
4. Необходимое оснащение эндоскопической операционной.
5. Виды эндоскопического инструментария и их назначение, общая характеристика.
6. Показания и возможности для практического применения:
-электрохирургических петель;
-щипцов для извлечения полипов;
-устройств для наложения лигатур.
ножниц и ножей .
7. Аргоно-плазменные и коагуляционные электроды- показания и возможности для практического применения.
8. Захватывающие щипцы для EMR, спрей-катетеры, дистальные насадки, наборы для EMR, ножи для ESD, вспомогательные инструменты для ESD- показания и возможности для практического применения.
8. Возможные осложнения при проведении эндоскопической полипэктомии. Методы профилактики кровотечения, перфорации при пыхроведении эндоскопических вмешательств
9. Основная медицинская документация необходимая для работы эндоскопической операционной.
- 10.Санитарно-эпидемиологические требования, предъявляемые к работе эндоскопической операционной.

Список литературы:

Основная литература:

1. Савельев В. С. Руководство по клинической эндоскопии / В. С. Савельев, Г. И. Лукомского, В. М. Буянов — М.: Книга по Требованию, 2013. — 542 с.
2. Леонов В. В., Донцов И. В., Мехтиханов З. С., Бойко Л. А. Руководство по эндоскопии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. — Х.: Факт, 2004. — 136 с.
3. Балалыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. — М.: ИМА-пресс, 1996. — 144 с.
4. Самсонов В. А. Опухоли и опухолеподобные образования желудка. — М.: Медицина, 1989. — 240 с.
5. Чернеховская Н. Е. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 192 с.
6. Ступников Д. Н., Мурадян А. К., Фоломкин В. В. Полипы желудка: этиология, клиника, эндоскопические методы лечения // Молодой ученый. — 2016. — №4. — С. 299-302. — URL <https://moluch.ru/archive/108/26151/> (дата обращения: 13.06.2019).

Дополнительная литература:

1. Барсуков Ю. А., Кныш В. И. Современные возможности лечения колоректального рака //современная онкология. — 2006.- Т.8, № 2.- С.7–11.

2. Захараш М. П., Мельник В. М., Пойда А. И., Башар Ахмад. Метод профилактики постколэктомического синдрома // Хирургия.- 2007.- № 4.- С.39–44.
3. Ривкин В. Л., Кирьянов И. В., Никитин А. М., Лукин В. В. Полипы и полипоз кишечника // М.: «Медпрактика», 2005.- 254 с.
4. Clark S. K. Diagnosis and treatment of familial adenomatous polyposis // Dis. Colon. Rectum.- 2004.- Vol.47- P.985.
5. Велиев Т. И. Эндоскопическое лечение ворсинчатых опухолей у лиц пожилого возраста с сопутствующей патологией // Материалы 1-й съезда колопроктологов СНГ. — Ташкент, 2012.- С.224.

8.3. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП 3 «Оперативная эндоскопия (стажировка)».

Пояснительная записка

Актуальность. Актуальность модуля обусловливается необходимостью углубления у обучающихся знаний и совершенствования профессиональных навыков при проведении эндоскопической полипэктомии.

Цель: формирование и совершенствование профессиональных знаний и компетенций врача-эндоскописта в использовании современных методов лечения неоплазий ЖКТ в эндоскопической практике.

Задачи:

1. Усовершенствование знаний по теории и практике диагностической и лечебной эндоскопии..
2. Освоение навыков использования современных методов полипэктомии, применяемых в эндоскопии.
3. Повышение профессиональных компетенций при проведении лечебной эндоскопии.
4. Практическое освоение навыков проведения коагуляции, криовоздействия, лазерного воздействия, полипэктомии, эндоскопической резекции, субэпителиальной диссекции.

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы ПК врачей «Оперативная эндоскопия»:

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в проведении диагностической, лечебной ЭГДС, колоноскопии(ПК-3).

Характеристика новых ПК врача, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей «Оперативная эндоскопия»:

лечебная деятельность:

готовность к выполнению оперативного эндоскопического лечения (ПК-4).

Специальные знания

- нормативно-правовую базу по вопросам диагностической и лечебной эндоскопии.
- общие принципы организации эндоскопической службы;
- патофизиологические механизмы формирования заболеваний и закономерности протекания патологических процессов при опухолях ЖКТ;
- методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к эндоскопической операции;
- современные методы эндоскопического лечения неоплазий ЖКТ, в том числе у больных с сопутствующими заболеваниями;

Знание сопутствующих и смежных дисциплин:

- элементы топографической анатомии и оперативной хирургии кисти;
- варианты анестезии при эндоскопических операциях;

По окончании обучения врач – хирург должен уметь:

- оценить на основании клинических, морфологических показателей, состояние больных, с целью выбора метода оперативного эндоскопического вмешательства;
- выбрать и провести наиболее оптимальное эндоскопическое вмешательство;
- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;
- оформить медицинскую документацию.

По окончании обучения врач – эндоскопист должен владеть:

- методикой проведения лечебной и диагностической ЭГДС, колоноскопии;
- методикой организации рабочего места в эндоскопическом кабинете при проведении диагностических эндоскопических манипуляций и в операционной при проведении эндоскопических хирургических вмешательств;
- хирургической техникой, необходимой и достаточной для устранения патологического состояния пациента;
- методикой гемостаза при повреждениях при проведении эндоскопических операций;
- методикой проведения местной анестезии.

По окончании обучения врач – эндоскопист должен владеть навыками:

- интерпретации результатов лучевых методов диагностики, морфологических заключений;
- эндоскопической диагностики;
- планирования метода оперативного эндоскопического вмешательства;
- владение различными методами эндоскопического гемостаза;

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 3 (очная форма обучения).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Стажировка	Форма контроля
3.1	Освоение методики проведения: петлевой электрорезекции.	2/2	-	-	2	Текущий (собеседование)
3.2	Освоение методики эндоскопической резекции слизистой оболочки; эндоскопической диссекции в подслизистом слое.	2/2	-	-	2	Текущий (собеседование)
3.3	Освоение методов аргоноплазменной коагуляции; эндоскопической радиочастотной абляции; фотодинамической терапии (ФДТ). Формирование специальных умений и навыков.	2/2	-	-	2	Текущий (собеседование)
	ИТОГО	6/6	-	-	6	Промежуточный (отчетная документация по теме стажировки)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 3

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
3.1	Освоение методики проведения петлевой электрорезекции.
3.2	Освоение методики эндоскопической резекции слизистой оболочки; эндоскопической диссекции в подслизистом слое.
3.3	Освоение аргоноплазменной коагуляции; эндоскопической радиочастотной абляции; фотодинамической терапии (ФДТ). Формирование специальных умений и навыков.
3.3.1	Освоение аргоноплазменной коагуляции
3.3.2	Освоение метода эндоскопической радиочастотной абляции; фотодинамической терапии (ФДТ).

Форма контроля: отчетная документация по теме стажировки.

Список литературы:**Основная литература:**

1. Мяскина Л.М., Филин А.В., Ткаченко О.Б. Диагностические возможности и особенности применения колоноскопии с увеличением. Клиническая эндоскопия. 2007;2(11):26-32.
2. Kiriya S, Saito Y, Yamamoto S, Soetikno R, Matsuda T, Nakajima T. Comparison of endoscopic submucosal dissection with laparoscopic-assisted colorectal surgery for early-stage colorectal cancer: a retrospective analysis. Endoscopy. 2012;44(11):1024-1030.
3. Емельянов С.И., Урядов С.Е., Капралов С.В., Потахин С.Н., Рубцов В.С. Эндоскопическая полипэктомия. Эндоскопическая хирургия. 2010;5:31-34.
4. Емельянов С.И., Баширов Р.А. Рекомендации по использованию электрохирургии в эндоскопии желудочно-кишечного тракта. Эндоскопическая хирургия. 2013;1:56-64.
5. Родоман Г.В., Антипова Е.В., Давидович Д.Л., Фабрикова Е.А., Соломка А.Я. Эндоскопическая электроэксцизия полипов прямой кишки в условиях амбулаторного колопроктологического отделения. Эндоскопическая хирургия. 2014;4:15-18.
6. Lambert R et al. Superficial Neoplastic Lesions in the Digestive Tract. Endoscopy. 2005;37:570-578.
7. Uraoka T, Saito Y, Ikematsu H, Yamamoto K, Sano Y. Sano's capillary pattern classification for Narrow-Band Imaging of early colorectal lesions. Digestive Endoscopy. 2011;23(suppl 1):112-115.

Дополнительная литература:

1. Haggitt RC, Glotzbach RE, Soffer EE, Wruble LD. Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: implications for lesions removed by endoscopic polypectomy. Gastroenterology. 1985;89:328-336.
2. Kikuchi R, Takano M, Takagi K, Fujimoto N, Nozaki R, Fujiyoshi T, Uchida Y. Management of early invasive colorectal cancer. Risk of recurrence and clinical guidelines. Dis Colon Rectum. 1995;38:1286-1295.
3. Steven L. Bosch, Steven Teerenstra, Johannes HW de Wilt, Chris Cunningham, Iris D. Nagtegaal Predicting lymph node metastasis in pT1 colorectal cancer: a systematic review of risk factors providing rationale for therapy decisions. Endoscopy. 2013;45(10):827-841

9. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

9.1. Тестовый контроль для цикла ПК «Эндоскопическая полипэктомия»

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего тестирования

Тестовые задания

Инструкция: выберите один правильный ответ

1. Чем характеризуется эндоскопическая подслизистая диссекция:

- а. позволяет удалить опухоль больших размеров единым блоком
- б. имеет меньше осложнений, чем эндоскопическая резекция слизистой оболочки
- в. используется для удаления опухолей, имеющих глубокую подслизистую инвазию
- г. выполняется быстрее, чем эндоскопическая резекция слизистой оболочки

2. Какой инструмент НЕ используется при выполнении колпачковой резекции слизистой оболочки:

- а. захватывающие щипцы
- б. дистальный колпачок для резекций
- в. инъектор
- г. серповидная петля

3. Какому уровню радиальности эндоскопической резекции соответствует удаление раннего рака толстой кишки одним фрагментом (en-bloc) со свободными от опухолевого роста горизонтальным и вертикальным краями (NM0, VM0)?

- а. R0 б. R1 в. R2 г. Rx

4. Какому уровню радиальности эндоскопической резекции соответствует удаление раннего рака толстой кишки одним фрагментом (en-bloc) с ростом рака в горизонтальном крае (NMс1) и свободным от опухолевого роста вертикальным краем (VM0)?

- а. Rx б. R0 в. R1 г. R2

5. Какому уровню радиальности эндоскопической резекции соответствует удаление раннего рака толстой кишки одним фрагментом (en-bloc) с зоной дисплазии в горизонтальном крае (NMd1) и свободным от опухолевого роста вертикальным краем (VM0)?

- а. Rx б. R0 в. R1 г. R2

6. Какому уровню радиальности эндоскопической резекции соответствует удаление раннего рака желудка одним фрагментом (en-bloc) с ростом рака в горизонтальном крае (НМс1) и вертикальном крае (VM1)?

а. R1 б. Rх в. R0 г. R2

7. Какому уровню радиальности эндоскопической резекции соответствует удаление раннего рака желудка одним фрагментом (en-bloc) со свободными от опухолевого роста горизонтальным краем (НМ0) и ростом рака в вертикальном крае (VM1)?

а. R1 б. Rх в. R0 г. R2

8. Какие критерии относятся к абсолютным показаниям для эндоскопического удаления раннего рака желудка?

а. внутрислизистый высокодифференцированный рак размером менее 2 см без изъязвления

б. внутрислизистый высокодифференцированный рак размером менее 3 см с изъязвлением

в. высокодифференцированный рак размером менее 3 см с инвазией sm1

г. внутрислизистый низкодифференцированный размером менее 2 см рак без изъязвления

9. Что относится к полностью курабельной эндоскопической резекции при лечении раннего рака желудка?

а. резекция r0, высокая дифференцировка опухоли, размер 1,5 см, без изъязвления, уровень инвазии m, отсутствие инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды

б. резекция r0, низкая дифференцировка опухоли, размер 1,5 см, без изъязвления, уровень инвазии m, отсутствие инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды

в. резекция r0, высокая дифференцировка опухоли, размер 1,5 см, с изъязвлением, уровень инвазии m, отсутствие инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды

г. резекция r1, высокая дифференцировка опухоли, размер 1,5 см, с изъязвлением, уровень инвазии m, отсутствие инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды

10. Какая дальнейшая стратегия ведения пациента наиболее рекомендуема после эндоскопического удаления раннего внутрислизистого (m) рака желудка низкой степени дифференцировки одним фрагментом (en-bloc) со свободными от опухолевого роста горизонтальным (НМ0) и вертикальным краями (VM0), размером 1 см, без изъязвления, без инвазии в лимфатические (L0) и кровеносные сосуды (V0)?

а. эндоскопическое наблюдение

б. дополнительное хирургическое лечение

в. эндоскопическое наблюдение с возможным дополнительным эндоскопическим лечением

г. химиотерапия

11.Какая дальнейшая стратегия ведения пациента наиболее рекомендуема после эндоскопического удаления рака ободочной кишки высокой степени дифференцировки одним фрагментом (en-bloc) со свободными от опухолевого роста горизонтальным (HM0) и вертикальным краями (VM0), с инвазией в подслизистый слой менее 1000 мкм (sm1), без инвазии в лимфатические (L0) и кровеносные сосуды (V0)?

- а.эндоскопическое наблюдение
- б.дополнительное хирургическое лечение
- в.эндоскопическое наблюдение с возможным дополнительным эндоскопическим лечением
- г.химиотерапия

12.Какая дальнейшая стратегия ведения пациента наиболее рекомендуема после эндоскопического удаления внутрислизистого рака ободочной кишки высокой степени дифференцировки одним фрагментом (en-bloc) с зоной дисплазии в горизонтальном крае (HMd1) и свободным от опухолевого роста вертикальным краем (VM0), без инвазии в лимфатические (L0) и кровеносные сосуды (V0)?

- а.эндоскопическое наблюдение с возможным дополнительным эндоскопическим лечением
- б.дополнительное хирургическое лечение
- в.эндоскопическое наблюдение
- г.химиотерапия

13.Какая дальнейшая стратегия ведения пациента наиболее рекомендуема после эндоскопического удаления внутрислизистого рака ободочной кишки высокой степени дифференцировки несколькими фрагментами с ростом рака в вертикальном крае (VM1) в одном из фрагментов, без инвазии в лимфатические (L0) и кровеносные сосуды (V0)?

- а.дополнительное хирургическое лечение
- б.эндоскопическое наблюдение с возможным дополнительным эндоскопическим лечением
- в.эндоскопическое наблюдение
- г.химиотерапия

14.Какая дальнейшая стратегия ведения пациента наиболее рекомендуема после эндоскопического удаления внутрислизистого рака прямой кишки высокой степени дифференцировки одним фрагментом (en-bloc) с зоной дисплазии в горизонтальном крае (HMd1) и ростом рака в вертикальном крае (VM1), с инвазией в подслизистый слой менее 1000 мкм (sm1), без инвазии в лимфатические (L0) и кровеносные сосуды (V0)?

- а.дополнительное хирургическое лечение
- б.эндоскопическое наблюдение
- в.эндоскопическое наблюдение с возможным дополнительным эндоскопическим лечением

г.химиотерапия

15.Что относится к полностью курабельной эндоскопической резекции при лечении раннего рака ободочной кишки?

а.резекция r0, низкая дифференцировка опухоли, уровень инвазии m, отсутствие инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды

б.резекция r0, высокая дифференцировка опухоли, уровень инвазии sm2, отсутствие инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды

в.резекция r0, низкая дифференцировка опухоли, уровень инвазии sm1, отсутствие инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды

г.резекция r0, низкая дифференцировка опухоли, уровень инвазии sm3, отсутствие инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды

16.Что относится к полностью курабельной эндоскопической резекции при лечении раннего рака ободочной кишки?

а.резекция r0, высокая дифференцировка опухоли, уровень инвазии m-sm1, отсутствие инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды

б.резекция единым блоком (r0) или фрагментарная резекция (rx) с отсутствием роста опухоли в вертикальных краях (rx), любая дифференцировка опухоли, уровень инвазии m-sm1, отсутствие инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды

в.резекция r0, высокая дифференцировка опухоли, уровень инвазии sm1, с инвазией в лимфатические или кровеносные сосуды

г.резекция r0, высокая дифференцировка опухоли, уровень инвазии sm3, с инвазией в лимфатические или кровеносные сосуды

17.Какой метод эндоскопического удаления рекомендован при полипах на широком основании размером до 9 мм:

а.холодная петлевая

б.эндоскопическая полипэктомия

в.эндоскопическая резекция слизистой оболочки

г.эндоскопическая подслизистая диссекция

18.Какой метод эндоскопического удаления рекомендован при плоских образованиях размером 10-19 мм без признаков инвазии:

а.холодная петлевая

б.эндоскопическая подслизистая диссекция

в.эндоскопическая резекция слизистой оболочки

г.хирургическая операция

19.Какой метод эндоскопического удаления рекомендован при плоских образованиях размером до 3 мм:

а.холодная щипцовая

б.холодная петлевая биопсия

в.эндоскопическая резекция слизистой оболочки

г.аргоноплазменная коагуляция

20.Какой вид колоректальных образований рекомендовано удалять с помощью полипэктомии с предварительным введением физиологического раствора в подслизистый слой?

а.плоские образования или полиповидные образования на широком основании, размером 10-19 мм, без признаков инвазии в подслизистый слой

б.плоские образования или полиповидные образования на широком основании, размером 10-19 мм, с признаками инвазии в подслизистый слой

в.плоские образования или полиповидные образования на широком основании, размером 6-9 мм

г.полиповидные образования на ножке, с размером головки менее 20 мм, толщиной ножки менее 10 мм

21.Какой метод эндоскопического удаления рекомендован при полипах на ножке, с размером головки более 20 мм, толщиной ножки более 10 мм:

а.полипэктомия с предварительной инъекцией физиологического раствора в подслизистый слой и/или проведением профилактического механического гемостаза

б.эндоскопическая резекция слизистой оболочки

в.холодная петлевая

г.полипэктомия

22.Какой вид колоректальных образований рекомендовано удалять с помощью методики диссекции по подслизистому слою?

а.плоские образования или полиповидные образования на широком основании, размером 10-19 мм, без признаков инвазии в подслизистый слой

б.плоские образования или полиповидные образования на широком основании, размером 6-9 мм

в.плоские образования или полиповидные образования на широком основании, размером 10-19 мм, с признаками инвазии в подслизистый слой

г.полиповидные образования на ножке, с размером головки менее 20 мм, толщиной ножки менее 10 мм

23. Относительные противопоказания к выполнению эндоскопической полипэктомии из толстой кишки

а. ибс

б. нарушение свертывающей системы крови

в. тяжелые формы сахарного диабета

г. психические заболевания

24. Какие эпителиальные образования толстой кишки относятся к типу 0-IIa в соответствии с Парижской классификацией?

а. латерально распространяющиеся приподнятые образования

б. латерально распространяющиеся плоские образования

в. латерально распространяющиеся приподнятые образования с депрессией

г. латерально распространяющиеся образования с изъязвлением

25. Какие эпителиальные образования толстой кишки относятся к типу 0-IIb в соответствии с Парижской классификацией?

а. латерально распространяющиеся приподнятые образования

б. латерально распространяющиеся плоские образования

в. латерально распространяющиеся приподнятые образования с депрессией

г. латерально распространяющиеся образования с изъязвлением

26. К какому типу эпителиальных образований согласно Парижской классификации относится полиповидное образование на ножке?

а. 0-Ip б. 0-Is в. 0-IIa г. 0-IIc

27. К какому типу эпителиальных образований согласно Парижской классификации относится приподнятое образование с углублением в центральной части?

а. 0-IIc+IIa б. 0-IIa+IIc в. 0-IIc г. 0-IIa

28. Какой тип эпителиальных образований в соответствии с Парижской классификацией имеет наибольший риск глубокой инвазии в подслизистый слой?

а. 0-IIa+IIc б. 0-IIa+IIb в. 0-IIb+IIa г. 0-IIc

29. Какой краситель исторически применяется для проведения хромокопии с целью определения ямочного рисунка колоретальных полипов в соответствии с классификацией Kudo?

а. раствор генциан фиолетового

б.раствор метиленового синего

в.раствор индигокармина

г.раствор уксусной кислоты

30.К какому типу эпителиальных образований согласно Парижской классификации относится изъязвление слизистой оболочки?

а.0-III

б.0-IIa

в.0-Ip

г.0-Is

Ответы на тему « Эндоскопическая полипэктомия »

1 а	11 а	21 а
2 а	12 а	22 в
3 а	13 а	23 б
4 в	14 а	24 а
5 б	15 б	25 б
6 г	16 а	26 а
7 г	17 б	27 б
8 а	18 в	28 г
9 а	19 а	29 в
10 б	20 а	30 а

9.2. Вопросы к итоговой аттестации по специальности «Эндоскопия» на цикле повышения квалификации продолжительностью 36 ч. по теме «Эндоскопическая полипэктомия»

- 1.Оснащение и организация работы эндоскопической операционной.
2. Виды и назначение эндоскопического инструментария.
3. Техника эндоскопической полипэктомии .
4. Осложнения эндоскопической полипэктомии и меры их профилактики.
5. Методика эндоскопической резекции слизистой (EMR).
6. Осложнения эндоскопической резекции слизистой (EMR).
7. Особенности эндоскопической резекции слизистой в верхних отделах желудочно-кишечного тракта.
8. Особенности эндоскопической резекции слизистой в толстой кишке.
9. Методика эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD).
10. Осложнения эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD).
11. Особенности эндоскопической диссекции в подслизистом слое в верхних отделах ЖКТ.
12. Особенности эндоскопической диссекции в подслизистом слое в толстой кишке.

9.3. Ситуационные задачи к итоговой аттестации по специальности «Эндоскопия» на цикле повышения квалификации продолжительностью 36 ч. по теме «Эндоскопическая полипэктомия»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

У больного при эзофагогастродуоденоскопии выявлено 6 полипов желудка диаметром 1,5-2 см на ножке шириной 4-5 мм. Слизистая оболочка полипов гиперемирована, покрыта мелкими эрозиями. По результатам биопсии признаков малигнизации нет.

Вопросы:

1. К какому типу полипов по Парижской классификации относятся описанные эпителиальные образования?
2. В данном клиническом случае наиболее целесообразны:
 - а) Динамическое наблюдение
 - б) Лечебная эндоскопическая полипэктомия
 - в) Хирургическое лечение в плановом порядке
 - г) Экстренное хирургическое вмешательство
 - д) На первом этапе эндоскопическая полипэктомия (паллиативная), после чего - хирургическое лечение
3. Если необходима эндоскопическая полипэктомия, то возможно ли ее проведение в амбулаторных условиях?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

У больного 23 лет выявлен полипоз желудка с локализацией опухолей в области дна желудка, кардиальном отделе желудка. Согласно эндоскопическому описанию, 3 полипа в области дна желудка на широком основании до 0.5 см с эрозированными вершинами, 2- плоско-приподнятые с гладкой неизменной слизистой оболочкой, в области кардии 2 полипа на широком основании до 0.3см с неизменной гладкой слизистой оболочкой.

Вопросы:

1. Оптимальная тактика предусматривает:
 - а) Эндоскопическую полипэктомию
 - б) Хирургическое лечение
 - в) Динамическое наблюдение
 - г) Комбинированное (эндоскопическое и хирургическое) лечение
 - д) Симптоматическое лечение
2. Если показана эндоскопическая полипэктомия, то какие полипы в первую очередь подлежат удалению?
3. К какому типу полипа по Парижской классификации относятся описанные эпителиальные образования?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

У больного 65 лет выявлен полип желудка с локализацией опухоли в антральном отделе желудка. Согласно эндоскопическому описанию, полип на длинной ножке длиной до 1 см с дольчатой, округлой головкой до 0.8см. В момент электроэксцизии полипа на длинной ножке с помощью диатермической петли головка полипа касалась слизистой желудка.

Вопросы:

1. В этом случае возможным осложнением может быть:
 - а) Электротравма врача-эндоскописта

- б) Ожог слизистой
 - в) Повреждение аппарата
 - г) Ослабление коагуляционного действия тока, кровотечение
 - д) Образование зоны коагуляционного некроза в области основания полипа.
2. Какова лечебная тактика при возникновении кровотечения после эндоскопической полипэктомии.
3. К какому типу полипа по Парижской классификации относится описанное эпителиальное образование?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

У больной 47 лет выявлен полип на короткой ножке в н/3 тела желудка до 0.7см
Удаление полипа производилось методом эндоскопической электроэксцизии. На основание полипа наложена петля. С позиций радикальности в петлю было захвачено основание новообразования с прилегающей слизистой оболочкой.

Вопросы:

1. Опишите распространение зоны коагуляционного некроза при таком расположении петли.
2. Какие осложнения возможны при использовании подобной методики.
3. Опишите методику пересечения ножки полипа, указав длительность импульса и силу диатермического тока для достижения коагулирующего эффекта.
4. Если петля затягивается быстро, какое осложнение возможно и почему?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

У пациента 60 лет при проведении ЭГДС в антральном отделе желудка выявлены мелкие эпителиальные новообразования с основанием шириной до 5 мм и высотой 2-3 мм.

Вопросы:

1. Какой метод эндоскопического вмешательства применим в данном случае: электрокоагуляция или петельная электроэксцизия новообразований, обоснуйте свой выбор?
2. Если производится электроэксцизия полипа, необходимо ли проведение биопсии?
3. При подведении электротермозонда к верхушке новообразования возникает зона некроза. На какое расстояние от основания распространяется зона некроза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

У пациентки 72 лет при проведении колоноскопии в сигмовидной ободочной кишке выявлен крупный полип на короткой ножке до 1,5см в диаметре. Было принято решение удалять данное образование эндоскопически по частям: путём нескольких захватов петлевым электродом иссекая основную часть полипа, а затем - его основание.

Вопросы:

1. В чем преимущество данного метода в этом клиническом случае и какого осложнения можно будет избежать?
2. Применима ли в данном случае двухмоментная полипэктомия с последующим отсечением полипа. Опишите данную методику.
3. При использовании двухканальных эндоскопов прицельно расположить петлю на полипе значительно легче. Биопсионные щипцы проводят в раскрытую петлю, захватывают верхушку полипа и приподнимают его. Затем петлю по щипцам, как по направлятелю, опускают прицельно на полип и затягивают. Что необходимо предпринять при неудачных попытках захватить в петлю небольшую ножку полипа?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

У пациентки 68 лет при проведении колоноскопии в поперечной ободочной кишке выявлен полип на широком основании до 1 см в диаметре. При эндоскопической петлевой электроэксцизии полипа, при затягивании петли и коагуляции к области среза произошло подтягивание подлежащих и окружающих тканей в виде возвышения (ложной ножки) с дефектом в центре.

Вопросы:

1. Как расценить данную картину и является ли это результатом неполного удаления новообразования.
2. Какое осложнение возможно в данном случае?
3. Перечислите способы извлечения отсечённых полипов и от чего зависит их применение

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

У пациентки 50 лет при проведении ЭГДС в н/3 тела желудка выявлен полип на толстой короткой ножке до 0.6 см в диаметре. Принято решение применить методику эндоскопической электроэксцизии.

Вопросы:

1. Что необходимо предпринять для уменьшения вероятности возникновения после полипэктомии кровотечения ?
2. Причинами кровотечений являются нарушения методики электроэксцизии новообразований. Перечислите их.
3. К какому типу полипа по Парижской классификации относится описанное эпителиальное образование?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

У пациента 48 лет при проведении колоноскопии в сигмовидной ободочной кишке выявлен полип на широком основании до 0.8 см в диаметре. Принято решение применить метод электрокоагуляции.

Вопросы:

1. Какое осложнение возможно при применении данного метода?
2. Причинами перфораций могут быть все перечисленные причины кроме:
 - а. Длительной коагуляции,
 - б. Применения тока большой мощности и силы.
 - в. Широкой ножки новообразования.
 - г. Длинной ножки новообразования.
 - д. Нарушения методики операции (давление на стенку органа, отрыв новообразования).
3. Как уменьшить вероятность возникновения перфорации?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

У пациента 68 лет при проведении колоноскопии в нисходящей ободочной кишке выявлен полип на суженном основании до 1 см в диаметре. Принято решение применить метод эндоскопической электроэксцизии. При контрольном исследовании выявлены остатки полипа.

Вопросы:

1. Могут ли быть иссечены остатки полипа во время контрольного эндоскопического исследования в ближайшем послеоперационном периоде?
2. Перед эндоскопической полипэктомией необходимо выполнить все перечисленное, за исключением:
 - А) диагностической колоноскопии
 - Б) эзофагогастродуоденоскопии
 - В) ирригоскопии
 - Г) определить группу крови и резус-фактор

Д) определить время свертываемости и кровотечения

3. Эндоскопическая полипэктомия может считаться радикальным методом лечения:

А) при интраэпителиальном раке в полипе.

Б) при инвазивном раке в полипе без поражения анатомической ножки опухоли.

В) при инвазивном раке в полипе с поражением анатомической ножки

10. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

10.1. Кадровое обеспечение образовательного процесса

Кадровый состав кафедры: 14 человек, из них преподавательский состав 10 человек.

Остепененность: 9 человек, из них д.м.н. – 4 человека, к.м.н. – 5 человек.

Весь профессорско-преподавательский состав кафедры имеет базовое образование, соответствующее преподаваемым дисциплинам/модулям.

Средний возраст профессорско-преподавательского состава кафедры 30-60 лет.

Штатное расписание кафедры включает:

NN	Ф.И.О	Должность	Степень	Штат.е диниц	Финанс-е	Штат совмест.
1.	Эктов Владимир Николаевич	Заведующий кафедрой	д.м.н.	1,0	бюджет	осн
2.	Ходорковский Марк Анатольевич	Профессор	д.м.н.	0,5	бюджет	внс
3.	Химина Ирина Нельсоновна	Доцент	д.м.н.	0,25	внебюджет	внс
4.	Скорынин Олег Сергеевич	Доцент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
5.	Минаков Олег Евгеньевич	Доцент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
6.	Музальков Владимир Александрович	Ассистент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
7.	Куркин Александр Васильевич	Ассистент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
8.	Мельникова Анна Сергеевна	Старший лаборант	б/с	1,0	бюджет	внс

10.2. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

10.2.1 характеристика клинических баз кафедры

Наименование лечебного учреждения	Адрес	Главный врач	Кочный фонд (общее количество)
БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница № 1	394066, Воронеж, Московский проспект, 151	Вериковский В.А.	1671

10.2.2 характеристика коечного фонда

Название отделений	Профиль коек	Кол-во коек	Куратор отделения
Воронежская областная клиническая больница № 1			
Пластическая хирургия	Хирургия	30	Проф. Ходорковский М.А.
Общехирургическое № 1	Хирургия	50	Асс. Музальков В.А.
Общехирургическое № 3	Хирургия	40	Асс. Куркин А.В.
Колопроктологическое	Хирургия	33	Проф. Эктов В.Н.

10.2.3. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса (наименование оборудования и симуляционных средств).

1. МФУ лазерный Samsung
2. Ком.OLDIOfficePro170PenCore2Duo7500\ DDR 22048 \HD
3. Мультимедиа проектор Mitsubishi
4. Мультимедиа проектор Epson
5. Ноутбук AcerExt 5220-100508Mi
6. Системный блок АТХ /Монитор 17”
7. Системный блок P4-3.2/1024/160G/Монитор LCD 19 9(2)
8. Интерактивная доска IQBoard

10.3. Информационные и учебно-методические условия

Учебная, учебно-методическая литература и иные библиотечноинформационные ресурсы ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко обеспечивают учебный процесс, гарантируют возможность качественного освоения обучающимися дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко обеспечивает каждого обучающегося основной учебной и учебно-методической литературой, методическими пособиями, необходимыми для организации образовательного процесса по всем модулям программы.

Научная библиотека ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко располагает 702316 экземпляров учебной, научной и художественной литературы (700 экз., электронных источников) в том числе 288537 экземпляров учебно-методической литературы. Библиотека получает более 100 наименования периодических изданий. В библиотеке работает ЭБС (электронная библиотечная система). Обучающиеся также могут использовать возможности других научных библиотек г. Воронежа.

РАСШИРЕННЫЙ СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература:

1. Атлас по классификации стадий злокачественных опухолей: приложение к 7-му изданию «Руководства по (TNM) классификации стадий злокачественных опухолей» и «Справочника» AJCC: пер. с англ. – 2-е изд. / под ред. А. Д. Каприна, А. Х. Трахтенберга. – М.: Практическая медицина, 2014. – 649 с.
2. Соколов В. В. Атлас видеоэндоскопических внутрипросветных операций в клинической онкологии / под ред. А. Х. Трахтенберга, А. Д. Каприна, В. И. Чиссова. – М.: Практическая медицина, 2015. – 152 с.
3. Хрячков В. В., Федосов Ю. Н., Давыдов А. И., Шумилов В. Г., Федько Р. В. Эндоскопия. Базовый курс лекций: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 160 с.

4. Поддубный Б. К., Белоусова Н. В., Унгиадзе Г. В. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей. – М.: Практическая медицина, 2006. – 256 с.
5. Уилкоккс Мел У., Муньос-Навас Мигель, Санг Джозеф Дж. Й. Атлас клинической гастроинтестинальной эндоскопии: пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Практическая медицина, 2010. – 483 с.
6. Чернеховская Н. Е., Андреев В. Г., Черепянцев Д. П., Поваляев А. В. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: учебное пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 208 с.
7. Шахмаль Г. Практическая колоноскопия: методика, рекомендации, советы и приемы. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 192 с.
8. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / под ред. С. А. Блащенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 520 с.

Дополнительная литература:

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований. – 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. В. И. Чиссова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2010. – 543 с.
2. Атлас онкологических операций / под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга, А.

Перечень русскоязычных интернет-ресурсов

[Российское Эндоскопическое общество endoscopia.ru](http://endoscopia.ru)- российское эндоскопическое общество

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРОФИЛЕМ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Последипломное образование хирургов проводится согласно нормативной базе РФ:

1. Закона РФ от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
2. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.12.2011 № 1475-н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программе послевузовского профессионального образования (ординатура)».
3. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 362-н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам».
4. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 5 декабря 2011 г. N 1476н г. Москва "Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)".
5. Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 922н г. Москва. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия». Инструктивного письма Минобрнауки России от 19.05.2000 № 14-52-357/ин/13 «О порядке формирования основных образовательных программ высшего учебного заведения на основе государственных образовательных стандартов»;
6. Приказа Минобрнауки России от 06.05.2005г. №137 «Об использовании дистанционных образовательных технологий»;
7. Письма Минобрнауки России от 23.03.2006 г. №03-344, Рособнадзора от 17.04.2006 г. № 02-55-77ин/ак.
8. Постановления Российской Федерации от 14 февраля 2008 г. №71 «Об утверждении

типового положения об образовательном учреждении высшего профессионального образования (высшем учебном заведении)»;

9. Приказа Рособрандзора от 25.04.2008 № 885 «Об утверждении показателей деятельности и критериев государственной аккредитации высших учебных заведений».

10.4. Общие требования к организации образовательного процесса

Образовательные технологии, применяемые при реализации Программы:

1) Традиционные образовательные технологии (ориентируются на организацию образовательного процесса, предполагающую прямую трансляцию знаний от преподавателя к слушателю – преимущественно на основе объяснительно-иллюстративных методов обучения):

информационная лекция – последовательное изложение материала в дисциплинарной логике, осуществляемое преимущественно вербальными средствами (монолог преподавателя);

семинар – эвристическая беседа преподавателя и слушателей, обсуждение заранее подготовленных сообщений, проектов по каждому вопросу плана занятия с единым для всех перечнем рекомендуемой обязательной и дополнительной литературы;

практическое занятие – занятие, посвященное освоению конкретных умений и навыков по предложенному алгоритму.

2) Технологии проблемного обучения (организация образовательного процесса, которая предполагает постановку проблемных вопросов, создание учебных проблемных ситуаций для стимулирования активной познавательной деятельности слушателей):

проблемная лекция – изложение материала, предполагающее постановку проблемных и дискуссионных вопросов, освещение различных научных подходов, авторские комментарии, связанные с различными моделями интерпретации изучаемого материала;

3) информационно-коммуникационные образовательные технологии (организация образовательного процесса, основанная на применении специализированных программных сред и технических средств работы с информацией):

лекция-визуализация – изложение содержания сопровождается презентацией (демонстрацией учебных материалов, представленных в различных знаковых системах, в т.ч. иллюстративных, графических, аудио- и видеоматериалов);

В процессе обучения также используются инновационные методы – методы, основанные на использовании современных достижений науки и информационных технологий в образовании. Они направлены на повышение качества подготовки путем развития у слушателей творческих способностей и самостоятельности. Они предполагают применение информационных образовательных технологий, а также учебно-методических материалов, соответствующих современному мировому уровню, в процессе преподавания дисциплины:

- использование медиаресурсов, энциклопедий, электронных библиотек и Интернет;
- консультирование слушателей с использованием электронной почты;

Лист изменений к дополнительной профессиональной программе.

Дата _____

Программа	Вносимые изменения
-----------	--------------------

--	--

Изменения к дополнительной профессиональной программе утверждены на заседании кафедры _____
« » 20 г. Протокол №

Заведующий кафедрой _____ (_____)