

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Воронежский государственный
медицинский университет имени Н.Н. Бурденко»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт дополнительного профессионального образования
Кафедра хирургических дисциплин ИДПО**



Проректор по ДПО

Профессор

«*Л.С.*»

О.С. Саурина
2020г

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЭНДОСКОПИЯ»
по теме: «Актуальные вопросы эндоскопии»,
со сроком освоения 144 академических часа.**

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 здравоохранения российской федерации от 6 декабря 2017 г. п 974н об утверждении правил проведения эндоскопических исследований с опорой на примерную дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия», приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от «3» марта 2016 г. № 84н «Об утверждении профессионального стандарта «Врача эндоскописта».

Программа обсуждена на заседании кафедры
«30» ноября 2020 г., протокол № 4

Заведующий кафедрой хирургических дисциплин ИДПО  Эктон В.Н.

Разработчики программы:

Эктон В.Н. - зав. кафедрой хирургических дисциплин ИДПО
Скорынин О.С. - доцент кафедры хирургических дисциплин ИДПО

Рецензенты:

Жданов А.И. – зав. кафедрой госпитальной хирургии
Филипцова Л.А. - зав. отделением эндоскопии БУЗ ВО ВОКБ № 1

Программа одобрена на заседании ЦМК по координации дополнительного профессионального образования от 16.12.2020 года, протокол № 3

Утверждено на ученом совете ИДПО
от 22.12.2020 года, протокол № 5

2. ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

По дополнительной профессиональной программе
Повышения квалификации врачей
со сроком освоения 144 академических часа
по специальности «Эндоскопия»

№ п/п	Наименование документа
1.	Титульный лист
2.	Опись комплекта документов
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, очная с применением дистанционных образовательных технологий.
7.	Учебно-тематический план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия» очная, очная с применением дистанционных образовательных технологий.
8.	Календарный учебный график дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».
9.	Рабочие программы учебных модулей (фундаментальных дисциплин (МФ), специальных дисциплин (МСП), смежных дисциплин (МСМ))
9.1.	МФ1 Основы социальной гигиены и организация эндоскопической помощи.
9.2.	МСП 2 Клиника и диагностика заболеваний органов грудной клетки и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими.
9.3.	МСП 3 Клиника и диагностика заболеваний органов брюшной полости и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими
9.4.	МСП 4 Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний грудной клетки
9.5.	МСП 5 Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний желудка
9.6.	МСП 6 Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний панкреатодуоденальной зоны
9.7.	МСП 7 Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний тонкого и толстого кишечника
10.	Оценочные материалы для итоговой аттестации
11.	Организационно-педагогические условия реализации программы

3. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Актуальность дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации по специальности «Эндоскопия» заключается в том, что в связи с бурным развитием эндоскопической техники необходима разносторонняя подготовка врача-специалиста эндоскописта, которая должна включать знания не только по вопросам диагностической и лечебной эндоскопии, но и по вопросам смежных клинических и фундаментальных дисциплин.

Целью обучения на цикле повышения квалификации по специальности эндоскопия является усовершенствование знаний врача-специалиста эндоскописта, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по эндоскопии.

Основными **задачами** последиplomной подготовки специалиста эндоскописта являются:

1. Совершенствовать объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи в диагностической и лечебной эндоскопии.

2. Совершенствовать профессиональную подготовку врача-специалиста эндоскописта, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания различных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева.

3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере профессиональных интересов по эндоскопии.

4. Подготовить специалиста эндоскописта к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

5. Подготовить врача-эндоскописта, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики эндоскопической службы, страховой медицины, медицинской психологии.

Категория слушателей: врачи-эндоскописты.

Продолжительность цикла ПК 144 академических часа, что соответствует 144 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	1 месяц (26 дней, 4 недели)
с частичным отрывом от работы (дистанционная)	6	6	1 месяца (26 дней, 4 недели)

По окончании обучения выдается удостоверение о повышении квалификации.

4. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Должностные обязанности врача-эндоскописта 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":

Выполняет перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи. Выполняет перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи. Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности. Ведет медицинскую документацию в установленном порядке. Планирует и анализирует результаты своей работы. Соблюдает принципы врачебной этики. Руководит работой среднего и младшего медицинского персонала. Проводит санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

Должен знать:

Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; теоретические основы по избранной специальности; современные методы лечения, диагностики и лекарственного обеспечения больных; основы медико-социальной экспертизы; правила действий при обнаружении больного с признаками особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции; порядок взаимодействия с другими врачами-специалистами, службами, организациями, в том числе страховыми компаниями, ассоциациями врачей и т.п.; основы функционирования бюджетно-страховой медицины и добровольного медицинского страхования, обеспечения санитарно-профилактической и лекарственной помощи населению; медицинскую этику; психологию профессионального общения; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации.

Высшее профессиональное образование по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия", "Стоматология", "Медицинская биофизика", "Медицинская биохимия", "Медицинская кибернетика", послевузовское и (или) дополнительное профессиональное образование и сертификат специалиста по специальности в соответствии с Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утверждаемой в установленном порядке, без предъявления требований к стажу работы.

Характеристика компетенций врача, совершенствующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

Врач-специалист эндоскопист должен обладать универсальными (УК) и профессиональными компетенциями (ПК):

Универсальные компетенции (УК) характеризуются:

- способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности в области эндоскопии (УК-1);

- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания по эндоскопии, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (УК-2);

- способностью и готовностью использовать методы управления, организовывать работу врачей эндоскопистов и медицинских сестер, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках эндоскопической службы (УК-3);

- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (УК-4).

Профессиональные компетенции характеризуются:

в диагностической деятельности:

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-1);

- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-2);

- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов грудной и брюшной полости, 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 и трахеобронхиального дерева (ПК-3);

в лечебной деятельности:

- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при заболеваниях органов грудной и брюшной полостей при наиболее часто встречающихся заболеваниях, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и кровообращения; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения при желудочно-кишечных и легочных кровотечениях, использовать методики их немедленного устранения (ПК-4);

- осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии профильным больным (ПК-5);

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма (ПК-6);

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения (ПК-8);

Характеристика новых компетенций врача, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии (ПК-7);

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК-9);

в организационно-управленческой деятельности:

- способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (СИ), действующие меж-

дународные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-10);

– способностью и готовностью использовать организационную структуру эндоскопической службы, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели эндоскопических отделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам в области эндоскопии (ПК-11).

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

Врач-специалист по эндоскопии должен знать:

Общие знания:

- перспективы развития эндоскопии;
- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения в области эндоскопии;
- основы страховой медицины и менеджмента в эндоскопии;
- основные права и обязанности медицинских работников;
- вопросы законодательства по профессиональным нарушениям и формы уголовной ответственности за их совершение;
- общие вопросы организации плановой и экстренной эндоскопической помощи в стране взрослому населению и детям, пути совершенствования эндоскопической службы;
- работу врача-эндоскописта в условиях страховой медицины.

Специальные знания:

- топографическую анатомию бронхолегочного аппарата, пищеварительного тракта, органов брюшной полости и малого таза, анатомические и физиологические особенности детского возраста;
- этиопатогенетические механизмы основных заболеваний, с которыми обычно встречается врач-эндоскопист;
- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний легких (острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы, пневмонии, доброкачественных и злокачественных опухолей легких, диссеминированных заболеваний легких);
- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний желудочно-кишечного тракта (эзофагита, гастрита, язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественных и доброкачественных опухолей желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки, заболеваний оперированного желудка, хронического колита, гепатита и цирроза печени, панкреатита и холецистита, опухоли панкреатодуоденальной зоны);
- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний органов малого таза (доброкачественных и злокачественных опухолей матки и придатков, воспалительных заболеваний придатков, внематочной беременности);
- клиническую симптоматику основных хирургических и терапевтических заболеваний;
- диагностические и лечебные возможности различных эндоскопических методов;
- показания и противопоказания к диагностической и лечебно-оперативной ЭГДС, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии;
- способы обработки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов;
- принципы обследования и подготовки больных к эндоскопическим методам исследования и ведения больных после исследований;
- оборудование эндоскопических кабинетов и операционных, технику безопасности при работе с аппаратурой.

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 исследования;
- выявить аллергическую предрасположенность больного к анестетикам с тем, чтобы определить вид анестезии, при которой будет выполняться эндоскопическое исследование;
- определить показания и противопоказания к выполнению того или иного эндоскопического исследования;

- научить больного правильно вести себя во время эндоскопического исследования;
- выбрать оптимальный вид и тип эндоскопа в зависимости от характера планируемого эндоскопического исследования;
- выбрать способы биопсии и уметь их выполнять;
- визуально четко определять анатомические границы отделов исследуемых органов и физиологических сужений;
- правильно оценивать ответные реакции сфинктерных аппаратов исследуемых органов в ответ на введение эндоскопа и воздуха;
- определить нозологическую форму заболевания на основании выявленных макроскопических признаков изменений слизистых, серозных покровов или тканей паренхиматозных органов;
- правильно оформить протокол эндоскопического исследования;
- уметь составить отчет о проделанной работе с проведением анализа эндоскопической деятельности.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть:

- методами местной анестезии глоточного кольца, трахеобронхиального дерева, местной инфильтрационной анестезией;
- техникой эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС; всех отделов толстой и терминального отдела подвздошной кишки – при колоноскопии; трахеобронхиального дерева, вплоть до бронхов 5 порядка – при бронхоскопии, серозных покровов, а также абдоминальных органов брюшной полости - при лапароскопии;
- прицельной биопсией из патологических очагов слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- методом фиксации материала биопсии для гистологического исследования;
- техникой выполнения мазков-отпечатков для цитологического исследования;
- методами осуществления забора асцитической жидкости, выпота из брюшной полости для цитологического исследования и посевов.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть следующими практическими навыками:

- эзофагогастродуоденоскопии;
- бронхофиброскопии и ригидной бронхоскопии;
- колоноскопии;
- лапароскопии;
- прицельной биопсии из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- извлечения инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов желудочно-кишечного тракта и толстой кишки во время эндоскопического исследования;
- удаления доброкачественных опухолей из желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева во время эндоскопического исследования;
- выполнения местного гемостаза во время ЭГДС и бронхоскопии;
- расширения и рассечения послеоперационных сужений пищевода;
- папиллосфинктеротомии и вирсунготомии и извлечения камней из протоков;
- установки зонда для питания;
- дренирования брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства;
- выполнения санационной бронхоскопии с региональным лимфатическим введением антибиотиков и иммуномодуляторов.

5. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия» проводится в форме очного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-эндоскописта.

2. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения учебных разделов в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Эндоскопия».

3. Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации по специальности «Эндоскопия» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца – удостоверение о повышении квалификации.

4.

6. УЧЕБНЫЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ЭНДОСКОПИЯ" (144 Ч) ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ

Цель: получение профессиональных знаний, умений, навыков, методик, обеспечивающих получение ПК врача-эндоскописта.

Категория обучающихся: врачи-эндоскописты.

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часа)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	кон- форма троля
Фундаментальные дисциплины (ФМ)						
ФМ1	Модуль 1. Основы социальной гигиены и организация эндоскопической помощи.	10	6	4	-	Промежуточный контроль (тестирование)
Специальные дисциплины (МСП)						
МСП 2	Модуль 2. Клиника и диагностика заболеваний органов грудной клетки и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими	20	8	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)
МСП 3	Модуль 3. Клиника и диагностика заболеваний органов брюшной полости и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими	23	17	6		Промежуточный контроль (тестирование)
МСП 4	Модуль 4. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний грудной клетки	26	14	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)
МСП 5	Модуль 5. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний желудка	16	8	8	-	Промежуточный контроль (тестирование)
МСП 6	Модуль 6. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний панкреатодуоденальной зоны	25	9	10	6	Промежуточный контроль (тестирование)
МСП 7	Модуль 7. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний тонкого и толстого кишечника	20	14	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)
	Итоговая аттестация	4	-	4	-	-
	Итого:	144	76	62	6	-

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ЭНДОСКОПИЯ" (144 Ч)
ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Цель: получение профессиональных знаний, умений, навыков, методик, обеспечивающих получение ПК врача-эндоскописта.

Категория обучающихся: врачи-эндоскописты.

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма кон- троля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма кон- троля
Фундаментальные дисциплины (ФМ)									
ФМ1	Модуль 1. Основы социальной гигиены и организация эндоскопической помощи.	10	6	4	-	Промежуточный контроль (тестирование)	-	-	-
Специальные дисциплины (МСП)									
МСП 2	Модуль 2. Клиника и диагностика заболеваний органов грудной клетки и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими	20	2	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)
МСП 3	Модуль 3. Клиника и диагностика заболеваний органов брюшной полости и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими	23	8	6		Промежуточный контроль (тестирование)	9	-	Промежуточный контроль (тестирование)
МСП 4	Модуль 4. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний грудной клетки	26	2	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)
МСП 5	Модуль 5. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний желудка	16	8	8	-	Промежуточный контроль (тестирование)	-	-	-
МСП 6	Модуль 6. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний панкреатодуоденальной зоны	25	6	10	6	Промежуточный контроль (тестирование)	3	-	Промежуточный контроль (тестирование)
МСП 7	Модуль 7. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний тонкого и толстого кишечника	20	8	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)
	Итоговая аттестация	4	-	4	-	-	-	-	-
	Итого:	144	40	62	6	-	36	-	-

7. УЧЕБНО - ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ЭНДОСКОПИИ" (144 Ч) - ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ

Цель: получение профессиональных знаний, умений, навыков, методик, обеспечивающих получение ПК врача-эндоскописта.

Категория обучающихся: врачи-эндоскописты.

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	кон- форма троля
Фундаментальные дисциплины (ФМ)						
ФМ1	Модуль 1. Основы социальной гигиены и организация эндоскопической помощи.	10	6	4	-	Промежуточный контроль (тестирование)
1.1.	Закон об охране здоровья граждан РФ	2	2		-	Текущий контроль (тестирование)
1.2	Современные образовательные технологии	2	2		-	Текущий контроль (тестирование)
1.3	Moodle - платформа для дистанционного образования врачей	4	-	4	-	Текущий контроль (тестирование)
1.4	Управление качеством эндоскопических методов исследования.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
Специальные дисциплины (МСП)						
МСП 2	Модуль 2. Клиника и диагностика заболеваний органов грудной клетки и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими	20	8	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)
2.1	Основы видеоэндоскопической хирургии	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
2.2	Осложнения эндоскопических исследований	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
2.3	Видеоассистированные операции	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
2.4	Сочетанные рентгенологические и эндоскопические исследования	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)

2.5	Доброкачественные опухоли трахеи, бронхов, легкого. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
2.6	Бронхоскопия – аппаратура, показания, противопоказания, подготовка больного, осложнения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
2.7	Торакоскопия – аппаратура, показания, противопоказания, осложнения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
2.8	Медиастиноскопия в диагностике заболеваний органов переднего средостения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
2.9	Рак легкого. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
МСП 3	Модуль 3. Клиника и диагностика заболеваний органов брюшной полости и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими	23	17	6		Промежуточный контроль (тестирование)
3.1	Эндоскопическая полипэктомия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
3.2	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия – аппаратура, инструментарий	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
3.3	Экстренные хирургические заболевания органов брюшной полости. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
3.4	Травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
3.5	Лапароскопическая диагностика повреждений органов брюшной полости	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
3.6	Лапароскопическая диагностика воспалительных заболеваний органов брюшной полости	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
3.7	Желудочно-кишечные кровотечения. Эндоскопические методы гемостаза.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
3.8	Лечебная колоноскопия	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
3.9	Метаболизм колоноцитов и микрофлора толстой кишки.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
3.10	Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
МСП 4	Модуль 4. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний грудной клетки	26	14	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)
4.1	Острые и хронические заболевания легких и плевры. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
4.2	Диагностическая бронхоскопия при воспалительных заболеваниях и инородных телах трахеи и бронхов	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
4.3	Плевриты, пневмоторакс. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)

4.4	Диагностическая торакоскопия при плевритах и пневмотораксе	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
4.5	Опыт и результаты применения технологии узкоспектральной эндоскопии. Пищевод Барретта	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
4.6	Эзофагоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного, премедикация, аппаратура	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
4.7	Стенозы пищевода. Диагностическая и лечебная эзофагоскопия	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
4.8	Лечение стенозов гортани и трахеи	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
4.9	Хронические нагноительные заболевания легких. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
МСП 5	Модуль 5. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний желудка	16	8	8	-	Промежуточный контроль (тестирование)
5.1	Язвенная болезнь желудка и ДПК. Диагностическая и лечебная гастроскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
5.2	Диагностическая гастроскопия при язвенной болезни и гастритах	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
5.3	Местное лечение язвы желудка и ДПК	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
5.4	Дисфагия, рефлюксная болезнь. Диагностическая и лечебная гастроскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
5.5	Доброкачественные опухоли желудка. Диагностическая и лечебная гастроскопия	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
5.6	Рак желудка. Диагностическая и лечебная гастроскопия	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
5.7	Видеоэндоскопические резекции желудка	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
5.8	Болезни оперированного желудка	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
МСП 6	Модуль 6. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний панкреатодуоденальной зоны	25	9	10	6	Промежуточный контроль (тестирование)
6.1	Острый панкреатит. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
6.2	Лапароскопия в диагностике острого панкреатита	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
6.3	Дуоденоскопия в диагностике заболеваний ДПК	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
6.4	Опухоли поджелудочной железы. Диагностическая и лечебная лапароскопия, дуоденоскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)

6.5	Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
6.6	ЖКБ, острый и хронический холецистит. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
6.7	Видеолапароскопическая холецистэктомия – показания, противопоказания, осложнения	8	-	2	6	Текущий контроль (тестирование)
6.8	Постхолецистэктомический синдром. Диагностическая и лечебная дуоденоскопия, холедохоскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
6.9	Холедохоскопия в диагностике заболеваний желчных путей	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
МСП 7	Модуль 7. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний тонкого и толстого кишечника	20	14	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)
7.1	Лапароскопическая хирургия толстой и прямой кишки.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
7.2	Видеоэндоскопические резекции толстой кишки	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
7.3	Воспалительные заболевания толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
7.4	Неотложная колоноскопия	2	-	2		Текущий контроль (тестирование)
7.5	Заболевания аноректальной области. Диагностическая и лечебная ректоскопия	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
7.6	Лапароскопическая диагностика заболеваний органов малого таза	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
7.7	Роль колоноскопии в ранней диагностике рака толстой кишки. Способы подготовки к колоноскопии	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
7.8	Рак толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия, лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
7.9	Рак прямой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия, лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
	Итоговая аттестация	4	-	4	-	-
	Итого:	144	76	62	6	-

УЧЕБНО - ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ЭНДОСКОПИЯ" (144 Ч) - ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Цель: получение профессиональных знаний, умений, навыков, методик, обеспечивающих получение ПК врача-эндоскописта.

Категория обучающихся: врачи-эндоскописты.

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма кон-троля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма кон-троля
Фундаментальные дисциплины (ФМ)									
ФМ1	Модуль 1. Основы социальной гигиены и организация эндоскопической помощи.	10	6	4	-	Промежуточный контроль (тестирование)	-	-	-
1.1.	Закон об охране здоровья граждан РФ	2	2		-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
1.3	Современные образовательные технологии	2	2		-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
1.4	Moodle - платформа для дистанционного образования врачей	4	-	4	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
1.5	Управление качеством эндоскопических методов исследования.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
Специальные дисциплины (МСП)									
МСП 2	Модуль 2. Клиника и диагностика заболеваний органов грудной клетки и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими	20	2	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)
2.1	Основы видеоэндоскопической хирургии	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.2	Осложнения эндоскопических исследований	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.3	Видеоассистированные операции	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.4	Сочетанные рентгенологические и эндоскопические исследования	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.5	Доброкачественные опухоли трахеи, бронхов, легкого. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
2.6	Бронхоскопия – аппаратура, показания, противопоказания, подготовка больного, осложнения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-

2.7	Торакоскопия – аппаратура, показания, противопоказания, осложнения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.8	Медиастиноскопия в диагностике заболеваний органов переднего средостения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.9	Рак легкого. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
МСП 3	Модуль 3. Клиника и диагностика заболеваний органов брюшной полости и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими	23	8	6		Промежуточный контроль (тестирование)	9	-	Промежуточный контроль (тестирование)
3.1	Эндоскопическая полипэктомия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
3.2	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия – аппаратура, инструментарий	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
3.3	Экстренные хирургические заболевания органов брюшной полости. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
3.4	Травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
3.5	Лапароскопическая диагностика повреждений органов брюшной полости	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
3.6	Лапароскопическая диагностика воспалительных заболеваний органов брюшной полости	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
3.7	Желудочно-кишечные кровотечения. Эндоскопические методы гемостаза.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
3.8	Лечебная колоноскопия	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
3.9	Метаболизм колоноцитов и микрофлора толстой кишки.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
3.10	Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
МСП 4	Модуль 4. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний грудной клетки	26	2	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)

4.1	Острые и хронические заболевания легких и плевры. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
4.2	Диагностическая бронхоскопия при воспалительных заболеваниях и инородных телах трахеи и бронхов	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
4.3	Плевриты, пневмоторакс. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
4.4	Диагностическая торакоскопия при плевритах и пневмотораксе	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
4.5	Опыт и результаты применения технологии узкоспектральной эндоскопии. Пищевод Барретта	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
4.6	Эзофагоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного, премедикация, аппаратура	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
4.7	Стенозы пищевода. Диагностическая и лечебная эзофагоскопия	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
4.8	Лечение стенозов гортани и трахеи	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
4.9	Хронические нагноительные заболевания легких. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
МСП 5	Модуль 5. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний желудка	16	8	8	-	Промежуточный контроль (тестирование)	-	-	-
5.1	Язвенная болезнь желудка и ДПК. Диагностическая и лечебная гастроскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.2	Диагностическая гастроскопия при язвенной болезни и гастритах	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.3	Местное лечение язвы желудка и ДПК	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.4	Дисфагия, рефлюксная болезнь. Диагностическая и лечебная гастроскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.5	Доброкачественные опухоли желудка. Диагностическая и лечебная гастроскопия	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.6	Рак желудка. Диагностическая и лечебная гастроскопия	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.7	Видеоэндоскопические резекции желудка	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-

5.8	Болезни оперированного желудка	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
МСП 6	Модуль 6. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний панкреатодуоденальной зоны	25	6	10	6	Промежуточный контроль (тестирование)	3	-	Промежуточный контроль (тестирование)
6.1	Острый панкреатит. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.2	Лапароскопия в диагностике острого панкреатита	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.3	Дуоденоскопия в диагностике заболеваний ДПК	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.4	Опухоли поджелудочной железы. Диагностическая и лечебная лапароскопия, дуоденоскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.5	Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.6	ЖКБ, острый и хронический холецистит. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.7	Видеолапароскопическая холецистэктомия – показания, противопоказания, осложнения	8	-	2	6	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.8	Постхолецистэктомический синдром. Диагностическая и лечебная дуоденоскопия, холедохоскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
6.9	Холедохоскопия в диагностике заболеваний желчных путей	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
МСП 7	Модуль 7. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний тонкого и толстого кишечника	20	8	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)
7.1	Лапароскопическая хирургия толстой и прямой кишки.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.2	Видеоэндоскопические резекции толстой кишки	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.3	Воспалительные заболевания толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.4	Неотложная колоноскопия	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.5	Заболевания аноректальной области. Диагностическая и лечебная ректоскопия	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)

7.6	Лапароскопическая диагностика заболеваний органов малого таза	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.7	Роль колоноскопии в ранней диагностике рака толстой кишки. Способы подготовки к колоноскопии	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
7.8	Рак толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия, лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.9	Рак прямой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия, лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
	Итоговая аттестация	4	-	4	-	-	-	-	-
	Итого:	144	40	62	6	-	36	-	-

8. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЭНДОСКОПИЯ».

Учебные модули	1 месяц							
	1 - 7		8 - 14		15 - 21		22 - 28	
	1 неделя		2 неделя		3 неделя		4 неделя	
	Очно	Дист.	Очно	Дист.	Очно	Дист.	Очно	Дист.
ФМ 1. Основы социальной гигиены и организация эндоскопической помощи.	10							
МСП 2. Клиника и диагностика заболеваний органов грудной клетки и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими	20 14	6						
МСП 3. Клиника и диагностика заболеваний органов брюшной полости и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими	6 6		17 8	9				
МСП 4. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний грудной клетки			19 7	12	7 7			
МСП 5. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний желудка					16 16			
МСП 6. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний панкреатодуоденальной зоны					13 10	3	12 12	
МСП 7. Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний тонкого и толстого кишечника							20 14	6
Итоговая аттестация							4	

9. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ (ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН (МФ), СПЕЦИАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН (МСП), СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН (МСМ))

9.1. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МФ1 «Основы социальной гигиены и организация эндоскопической помощи».

Пояснительная записка

Актуальность. С появлением новых стандартов оказания медицинской помощи населению и модернизации системы постдипломного образования врачей, необходимо совершенствовать знания врачей в правовой сфере, а также повышать квалификацию специалиста путем непрерывного медицинского образования с применением современных образовательных технологий.

Цель: способствовать формированию системы теоретических и практических знаний по общим вопросам организации эндоскопической службы и непрерывному образованию врачей.

Характеристика компетенций врача, совершенствующих в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

Врач-специалист эндоскопист должен обладать универсальными (УК) и профессиональными компетенциями (ПК):

Универсальные компетенции (УК) характеризуются:

- способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности в области эндоскопии (УК-1);

- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания по эндоскопии, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (УК-2);

- способностью и готовностью использовать методы управления, организовывать работу врачей эндоскопистов и медицинских сестер, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках эндоскопической службы (УК-3);

- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (УК-4).

Профессиональные компетенции характеризуются:

в организационно-управленческой деятельности:

- способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-10);

- способностью и готовностью использовать организационную структуру эндоскопической службы, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели эндоскопических отделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам в области эндоскопии (ПК-11).

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

Врач-специалист по эндоскопии должен знать:

Общие знания:

- перспективы развития эндоскопии;

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения в области эндоскопии;
- основы страховой медицины и менеджмента в эндоскопии;
- основные права и обязанности медицинских работников;
- вопросы законодательства по профессиональным нарушениям и формы уголовной ответственности за их совершение;
- общие вопросы организации плановой и экстренной эндоскопической помощи в стране взрослому населению и детям, пути совершенствования эндоскопической службы;
- работу врача-эндоскописта в условиях страховой медицины.

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	Симул. обуч.	Форма контроля
1.1.	Закон об охране здоровья граждан РФ	2	2		-	Текущий контроль (тестирование)
1.3	Современные образовательные технологии	2	2		-	Текущий контроль (тестирование)
1.4	Moodle - платформа для дистанционного образования врачей	4	-	4	-	Текущий контроль (тестирование)
1.5	Управление качеством эндоскопических методов исследования.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
	ИТОГО	10	6	4	-	Промежуточный контроль (тестирование)

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МФ 1 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе					
			Очное обучение				Дистанц. обучение	
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)
1.1.	Закон об охране здоровья граждан РФ	2	2		-	Текущий контроль (тестирование)	-	-
1.3	Современные образовательные технологии	2	2		-	Текущий контроль (тестирование)	-	-
1.4	Moodle - платформа для дистанционного образования врачей	4	-	4	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-

1.5	Управление качеством эндоскопических методов исследования.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
	ИТОГО	10	6	4	-	Промежуточный контроль (тестирование)	-	-	-

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МФ 1

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
1.1.	Закон об охране здоровья граждан РФ
1.2	Современные образовательные технологии
1.2.1	Компьютерные технологии в образовании
1.2.2	Дистанционные формы обучения
1.3	Moodle - платформа для дистанционного образования врачей
1.3.1	Особенности работы в платформе Moodle
1.3.2	Преимущества и недостатки
1.4	Управление качеством эндоскопических методов исследования.

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего тестирования

1. Отпуска по болезни или увечью больного предоставляются: Выберите правильный ответ:

- а) Лечащим врачом
- б) Зав отделением
- в) Контрольно-экспертной комиссией
- г) Бюро медико-социальной экспертизы
- д) Каждым из перечисленных

2. Сроки временного перевода на другую работу по болезни рабочего или служащего определяют:

1. Профсоюзные органы 2. Контрольно-экспертная комиссия 3. Заведующий отделением 4. Бюро медико-социальной экспертизы. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
- б) Если правильный ответ 2
- в) Если правильные ответы 1 и 2
- г) Если правильные ответы 3 и 4
- д) Если правильные ответы 2 и 3

3. Задачами экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ являются: 1. Определение временной утраты нетрудоспособности 2. Рекомендации по обеспечению условий и видов труда для лиц, не имеющих группу инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в более легкой работе 3. Выявление утраты трудоспособности и направление их в Бюро медико-социальной экспертизы 4. Все перечисленное. Выберите правильный ответ:

- а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
- б) Если правильные ответы 1 и 2
- в) Если правильные ответы 2 и 3
- г) Если правильный ответ 4
- д) Если правильные ответы 3 и 4

4. Основными критериями, отличающими временную нетрудоспособность от стойкой, являются: 1. Продолжительность нетрудоспособности 2. Благоприятный клинический прогноз 3. Благоприятный трудовой прогноз 4. Все перечисленное. Выберите правильный ответ:

- а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
- б) Если правильные ответы 1 и 2
- в) Если правильный ответ 3

- г) Если правильный ответ 4
- д) Если правильные ответы 3 и 4

5. Листок нетрудоспособности при хронических заболеваниях выдается: Выберите правильный ответ:

- а) в случае выраженного обострения
- б) При нарушении функции больного органа
- в) При общем тяжелом состоянии больного
- г) Ни в одном из перечисленных случаев
- д) в любом из перечисленных случаев

6. Полная потеря временной нетрудоспособности характеризуется: 1. Нарушением функции больного органа, когда затруднено выполнение прежней работы 2. Полной утраты функции поврежденного органа в результате травмы, когда противопоказано выполнение прежней работы 3. Всем перечисленным 4. Временной утраты функции поврежденного органа. Выберите правильный ответ:

- а) Если правильные ответы 1 и 2
- б) Если правильный ответ 2
- в) Если правильный ответ 3
- г) Если правильные ответы 3 и 4
- д) Если правильные ответы 2 и 3

7. Право на получение листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности имеют:

- а) Все трудящиеся
- б) Только те трудящиеся, на которых распространяется государственное социальное страхование
- в) Только те, которые работают постоянно
- г) Те, которые работают временно или на сезонных работах
- д) Никто из перечисленных

8. При бытовой травме листок нетрудоспособности выдается:

- а) С 1 дня
- б) С 3 дня
- в) С 5 дня
- г) С 6 дня
- д) С 14 дня

9. Если трудоспособность больного восстановилась во время лечения в стационаре, листок нетрудоспособности закрывают:

- а) Днем обращения больного к врачу в поликлинику
- б) в день выписки из стационара
- в) Через 3 дня после выписки
- г) Все перечисленное верно
- д) Вопрос решается индивидуально

10. Если человек заболел во время командировки, листок нетрудоспособности выдается: 1. Медицинским учреждением по месту командировки 2. Выдается только справка о заболевании 3. Со дня возвращения из командировки 4. Листок нетрудоспособности не выдается Выберите правильный ответ:

- а) Если правильные ответы 1 и 2
- б) Если правильный ответ 1
- в) Если правильный ответ 4
- г) Если правильные ответы 2 и 3
- д) Если правильный ответ 2

11. Сроки временного перевода на другую работу по болезни определяют:

- а) Профсоюзные органы
- б) Контрольно-экспертная комиссия
- в) Заведующий отделением
- г) Лечащий врач
- д) Бюро медико-социальной экспертизы

12. Функциями контрольно-экспертной комиссией по экспертизе трудоспособности являются все перечисленные, кроме:

- а) Решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности
- б) Продление листка нетрудоспособности на сроки выше 30 дней
- в) Выдачи листка нетрудоспособности на санаторно-курортное лечение
- г) Направление в Бюро медико-социальной экспертизы
- д) Трудоустройство лиц, имеющих инвалидность

13. Функциями Бюро медико-социальной экспертизы являются все перечисленные, за исключением:

- а) Продление временной нетрудоспособности на срок свыше 6 месяцев
- б) Установление группы и причины инвалидности
- в) Определение трудовых рекомендаций инвалидам
- г) Определение времени фактического наступления инвалидности
- д) Установления степени утраты трудоспособности при трудовом увечье

14. Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

- а) Систематическое неисполнение работником без уважительных причин, возложенных на него обязанностей
- б) Прогул (в том числе отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительной причины
- в) Появление на работе в нетрезвом состоянии
- г) Совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности
- д) Однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями

15. Медицинская деонтология - это

- а) самостоятельная наука о долге медицинских работников
- б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики
- в) не знаю

16. Укажите, какая из перечисленных ниже характеристик медицинской этики правильная

- а) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
- б) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
- в) это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
- г) верно все вышеперечисленное

17. Соблюдение врачебной тайны необходимо

- а) для защиты внутреннего мира человека, его автономии
- б) для охраны от манипуляций со стороны внешних сил
- в) для защиты социальных и экономических интересов личности
- г) для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"

- д) для поддержания престижа медицинской профессии
- е) все перечисленное верно

18. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства

- а) всегда
- б) в особых случаях
- в) не всегда

19. Предметом изучения медицинской статистики являются

- а) здоровье населения
- б) выявление и установление зависимости между уровнем здоровья и факторами окружающей среды
- в) данные о сети, деятельности, кадрах учреждений здравоохранения
- г) достоверность результатов клинических и экспериментальных исследований
- д) все перечисленные выше положения
- е) верно а) и б)

Эталоны ответов:

- | | | | |
|------|-------|-------|-------|
| 1) а | 6) б | 11) б | 16) г |
| 2) б | 7) б | 12) д | 17) е |
| 3) г | 8) а | 13) а | 18) а |
| 4) в | 9) б | 14) а | 19) д |
| 5) а | 10) а | 15) б | |

Список литературы:

Основная литература:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации.
2. Закон РФ от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".

Дополнительная литература:

1. Приказ 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)».
2. Приказ 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».
3. Приказ 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)".
4. Приказ 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»;
5. Приказ Минобрнауки России от 06.05.2005г. №137 «Об использовании дистанционных образовательных технологий»

9.2. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП2

«Клиника и диагностика заболеваний органов грудной клетки и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими».

Пояснительная записка

Актуальность. результат лечения заболеваний органов грудной клетки напрямую зависит от качественной диагностики, которая в настоящее время невозможна без эндоскопических методов, а зачастую сочетающихся с другими методами исследования.

Цель: изучить особенности проведения эндоскопических вмешательств при заболеваниях органов грудной клетки.

Характеристика компетенций врача, совершенствующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

Врач-специалист эндоскопист должен профессиональными компетенциями (ПК):

Профессиональные компетенции характеризуются:

в диагностической деятельности:

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-1);

- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-2);

- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов грудной и брюшной полости, 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 и трахеобронхиального дерева (ПК-3);

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения (ПК-8);

- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК-9);

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

Врач-специалист по эндоскопии должен знать:

Специальные знания:

- топографическую анатомию бронхолегочного аппарата, пищеварительного тракта, органов брюшной полости и малого таза, анатомические и физиологические особенности детского возраста;

- этиопатогенетические механизмы основных заболеваний, с которыми обычно встречается врач-эндоскопист;

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний легких (острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы, пневмонии, доброкачественных и злокачественных опухолей легких, диссеминированных заболеваний легких);

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний желудочно-кишечного тракта (эзофагита, гастрита, язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественных и доброкачественных опухолей желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки, заболеваний оперированного желудка, хронического колита, гепатита и цирроза печени, панкреатита и холецистита, опухоли панкреатодуоденальной зоны);

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний органов малого таза (доброкачественных и злокачественных опухолей матки и придатков, воспалительных заболеваний придатков, внематочной беременности);

- клиническую симптоматику основных хирургических и терапевтических заболеваний;

- диагностические и лечебные возможности различных эндоскопических методов;

- показания и противопоказания к диагностической и лечебно-оперативной ЭГДС, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии;

- способы обработки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов;

- принципы обследования и подготовки больных к эндоскопическим методам исследования и ведения больных после исследований;

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

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 исследования;

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

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

- научить больного правильно вести себя во время эндоскопического исследования;

- выбрать оптимальный вид и тип эндоскопа в зависимости от характера планируемого эндоскопического исследования;

- выбрать способы биопсии и уметь их выполнять;

- визуально четко определять анатомические границы отделов исследуемых органов и физиологических сужений;

- правильно оценивать ответные реакции сфинктерных аппаратов исследуемых органов в ответ на введение эндоскопа и воздуха;

- определить нозологическую форму заболевания на основании выявленных макроскопических признаков изменений слизистых, серозных покровов или тканей паренхиматозных органов;

- правильно оформить протокол эндоскопического исследования;

- уметь составить отчет о проделанной работе с проведением анализа эндоскопической деятельности.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть:

- методами местной анестезии глоточного кольца, трахеобронхиального дерева, местной инфильтрационной анестезией;

- техникой эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС; всех отделов толстой и терминального отдела подвздошной кишки – при колоноскопии; трахеобронхиального дерева, вплоть до бронхов 5 порядка – при бронхоскопии, серозных покровов, а также абдоминальных органов брюшной полости - при лапароскопии;

- прицельной биопсией из патологических очагов слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;

- методом фиксации материала биопсии для гистологического исследования;

- техникой выполнения мазков-отпечатков для цитологического исследования;

- методами осуществления забора асцитической жидкости, выпота из брюшной полости для цитологического исследования и посевов.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть следующими практическими навыками:

- бронхофиброскопии и ригидной бронхоскопии;
- прицельной биопсии из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- извлечения инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов желудочно-кишечного тракта и толстой кишки во время эндоскопического исследования;
- выполнения местного гемостаза во время ЭГДС и бронхоскопии;
- выполнения санационной бронхоскопии с региональным лимфатическим введением антибиотиков и иммуномодуляторов.

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	Симул. обуч.	Форма контроля
2.1	Основы видеоэндоскопической хирургии	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
2.2	Осложнения эндоскопических исследований	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
2.3	Видеоассистированные операции	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
2.4	Сочетанные рентгенологические и эндоскопические исследования	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
2.5	Доброкачественные опухоли трахеи, бронхов, легкого. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
2.6	Бронхоскопия – аппаратура, показания, противопоказания, подготовка больного, осложнения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
2.7	Торакоскопия – аппаратура, показания, противопоказания, осложнения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
2.8	Медиастиноскопия в диагностике заболеваний органов переднего средостения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
2.9	Рак легкого. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
	ИТОГО	20	8	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 2 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
2.1	Основы видеоэндоскопической хирургии	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.2	Осложнения эндоскопических исследований	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.3	Видеоассистированные операции	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.4	Сочетанные рентгенологические и эндоскопические исследования	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.5	Доброкачественные опухоли трахеи, бронхов, легкого. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
2.6	Бронхоскопия – аппаратура, показания, противопоказания, подготовка больного, осложнения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.7	Торакоскопия – аппаратура, показания, противопоказания, осложнения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.8	Медиастиноскопия в диагностике заболеваний органов переднего средостения	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
2.9	Рак легкого. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
	ИТОГО	20	2	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 2

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
2.1	Основы видеоэндоскопической хирургии

2.2	Осложнения эндоскопических исследований
2.3	Видеоассистированные операции
2.4	Сочетанные рентгенологические и эндоскопические исследования
2.5	Доброкачественные опухоли трахеи, бронхов, легкого. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия
2.5.1	Доброкачественные опухоли трахеи. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия
2.5.1.1	Диагностическая и лечебная бронхоскопия
2.5.1.2	Диагностическая и лечебная торакоскопия
2.5.1.3	Диагностическая и лечебная медиастиноскопия
2.5.2	Доброкачественные опухоли бронхов. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия
2.5.2.1	Диагностическая и лечебная бронхоскопия
2.5.2.2	Диагностическая и лечебная торакоскопия
2.5.2.3	Диагностическая и лечебная медиастиноскопия
2.5.3	Доброкачественные опухоли легкого. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия
2.5.3.1	Диагностическая и лечебная бронхоскопия
2.5.3.2	Диагностическая и лечебная торакоскопия
2.5.3.3	Диагностическая и лечебная медиастиноскопия
2.6	Бронхоскопия – аппаратура, показания, противопоказания, подготовка больного, осложнения
2.6.1	Бронхоскопия – аппаратура для проведения исследования
2.6.2	Бронхоскопия – показания, противопоказания
2.6.3	Бронхоскопия – подготовка больного, осложнения
2.7	Торакоскопия – аппаратура, показания, противопоказания, осложнения
2.7.1	Торакоскопия – аппаратура
2.7.2	Торакоскопия – показания, противопоказания
2.7.3	Торакоскопия – осложнения
2.8	Медиастиноскопия в диагностике заболеваний органов переднего средостения
2.9	Рак легкого. Диагностическая и лечебная бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего контроля:

1. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить:

- а) Центральный рак легкого
- б) Доброкачественную опухоль (центральную)
- в) Пневмонию
- г) Пневмоторакс
- д) Инородное тело

2. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют:

- а) о холедохолитиазе
- б) о сальмонеллезе желчного пузыря
- в) о внутренней желчной фистуле
- г) о желудочно-толстокишечной фистуле
- д) о холецистите

3. Наиболее частой причиной портальной гипертензии у взрослых является:

- а) тромбоз селезеночной или воротной вены
- б) опухолевые поражения печени
- в) цирроз печени

- г) легочная или сердечно-сосудистая недостаточность
- д) синдром Бадд-Хиари

4. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно выявить с помощью:

- а) лапароскопии
- б) пневмомедиастинографии
- в) ангиографии печени
- г) рентгеноскопии пищевода и желудка
- д) динамической гепатобилиосцинтиграфии

5. Для распознавания рака поджелудочной железы применяются следующие методы: 1. Ретроградная холангиопанкреатография 2. Ультразвуковое сканирование 3. Компьютерная томография 4. Холецистография 5. Ангиография и изотопная сцинтиграфия Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2, 3, 4
- б) Верно 2, 3, 4, 5
- в) Верно 1, 3, 4, 5
- г) Верно 1, 2, 3, 5
- д) Верно 1, 2, 4, 5

6. При выполнении чрескожной чрезпеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения: 1. Кровотечение 2. Желчеистечение 3. Повреждение полового органа с последующим развитием перитонита 5. Все перечисленные Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2, 3, 4
- б) Верно 2, 3, 4, 5
- в) Верно 1, 3, 4, 5
- г) Верно 2, 3, 4
- д) Верно 1, 2, 3, 4, 5

7. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:

- а) Острый панкреатит
- б) Механическая желтуха
- в) Хронический панкреатит
- г) Наличие конкрементов в панкреатических протоках
- д) Холедохолитиаз

8. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:

- а) Пероральная холецистография
- б) Внутривенная холецистохолангиография
- в) Ретроградная холангиография
- г) Сцинтиграфия печени
- д) Прямая спленопортография

9. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться:

- а) с томографии легких
- б) с прицельной рентгенографии
- в) с бронхографии
- г) с суперэкспонированной рентгенографии
- д) с обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях

10. При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза являются:

- а) Пневмомедиастиноскопия
- б) Бронхография

- в) Бронхоскопия
- г) Пневмомедиастинография
- д) Искусственный пневмоторакс

11. Стеаторея характерна:

- а) Для постхолецистэктомического синдрома
- б) Для острого панкреатита
- в) Для хронического панкреатита
- г) Для печеночной недостаточности
- д) Для болезни Крона

12. Бариевая клизма при дивертикулезе толстой кишки обычно выявляет:

- а) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
- б) Полную обтурацию просвета кишки
- в) Нишеподобные выпячивания
- г) Сегментарный спазм
- д) Наличие чаш Клойбера

13. Бариевая клизма при воспалительных изменениях в стенке ободочной кишки обычно выявляет

- а) Наличие чаш Клойбера
- б) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
- в) Нишеподобные выпячивания
- г) Сегментарный спазм
- д) Полную обтурацию просвета кишки

14. Для проведения планового ультразвукового исследования органов пищеварения необходима подготовка

- а) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием
- б) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и промывания желудка через зонд перед обследованием
- в) Исключение приема пищи в течение 8-12 часов перед обследованием
- г) Не требуется специальной подготовки
- д) Прием 1,5-2 л, жидкости за два часа до исследования

15. Наиболее информативным тестом состояния клапанного аппарата магистральных вен нижних конечностей является:

- а) Реовазография
- б) Проба Дельбе-Пертеса
- в) Флебодиагностика
- г) Ультразвуковая доплерография
- д) Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы

16. Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедоходуоденальный свищ является:

- а) ФГДС
- б) Обзорная Рентгенография брюшной полости
- в) Пероральная холецистография
- г) Внутривенная холеграфия
- д) Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью

17. После острого кровотечения первыми изменяются следующие лабораторные параметры:

- а) Ph артериальной крови и СО-2
- б) Гемоглобин и гематокрит

- в) ЦВД
- г) Насыщенность крови кислородом
- д) Количество эритроцитов в периферической крови

18. При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:

- а) Обзорную рентгенографию брюшной полости
- б) Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка
- в) ФГДС
- г) УЗИ брюшной полости
- д) Лапароскопию

19. При подозрении на кровоечение из язвы желудка следует произвести:

- а) Экстренную гастродуоденоскопию
- б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
- в) Лапароскопию
- г) Рентгеноскопию желудка
- д) Ангиографию

20. Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для:

- а) Рака толстой кишки
- б) Рака поджелудочной железы
- в) Рака печени
- г) Рака печени и поджелудочной железы
- д) Рака толстой кишки и поджелудочной железы

21. Фентанил является:

- а) Мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут
- б) Анальгетиком короткого действия (2-3 минуты)
- в) Нейролептиком
- г) Препаратом выраженного психотропного действия
- д) Антидепрессантом

22. Артериальная гипотензия во время общей анестезии может быть вследствие всего перечисленного: 1. Недостаточной глубины наркоза 2. Манипуляций в области рефлексогенных зон 3. Введение солевых растворов 4. Нарушения газообмена 5. Уменьшение ОЦК из-за кровопотери

- а) Верно 1, 2, 3, 4
- б) Верно 1, 3, 4, 5
- в) Верно 1, 2, 4, 5
- г) Верно 2, 3, 4, 5
- д) Верно 3, 4, 5

23. Длительное нахождение катетера в вене может привести ко всему перечисленному: 1. Септическому флебиту 2. Химическому флебиту 3. Тромбоэмболии 4. Септицемии 5. ДВС-синдрому. Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2, 3, 5
- б) Верно 1, 3, 4, 5
- в) Верно 2, 3, 4, 5
- г) Верно 3, 4, 5
- д) Верно 1, 2, 3, 4

24. Изменение кислотно-щелочного состояния считается компенсированным при pH:

- а) 7.25-7.43

- б) 7.46-7.51
- в) 7.35-7.45
- г) 7.19-7.28
- д) 7.10-7.18

25. Изотонической считается концентрация раствора глюкозы:

- а) 0,8%
- б) 3%
- в) 4.2%
- г) 5%
- д) 10%

26. Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является: 1. отсутствие пульса и АД
2. остановка дыхания 3. отсутствие сознания 4. акроцианоз 5. отсутствие сердечных тонов

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 2, 3, 5
- в) Верно 2, 3, 4, 5
- г) Верно 1, 2, 5
- д) Верно 3, 4, 5

27. Показанием к прямому массажу сердца является:

- а) Остановка дыхания
- б) Остановка сердца
- в) Потеря сознания
- г) Отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 минут
- д) Фибрилляция сердца

28. Отек легких развивается: 1. при увеличении отрицательного внутрилегочного давления 2. при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах 3. при повышении коллоидно-осмотического давления крови 4. при снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких 5. при снижении проницаемости мембран

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 2, 3
- в) Верно 1, 2, 4, 5
- г) Верно 3, 4, 5
- д) Верно 1, 2, 4

29. Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное: 1. внутривенное введение дыхательных analeптиков 2. санацию трахеобронхиального дерева, пеногашение 3. кислородотерапию, искусственную вентиляцию легких 4. введение мочегонных и гормонов 5. При необходимости - ганглиолитики. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) Верно 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 2, 3, 4
- в) Верно 1, 2, 3, 5
- г) Верно 1, 2, 4, 5
- д) Верно 3, 4, 5

30. Показаниями к жесткой бронхоскопии являются

- а) трахеостома
- б) статус астматический
- в) периферический рак легкого
- г) бронхоэктатическая болезнь
- д) гипоплазия легкого

31. Показаниями к бронхофиброскопии являются
- а)профузное легочное кровотечение
 - б)статус астматикус
 - в)центральный рак легкого
 - г)инородное тело легкого
 - д)гемофилия
32. При бронхоскопии возможно диагностировать
- а)бронхоэктатическую болезнь
 - б)интерстициальную пневмонию
 - в)неосложненную кисту легкого
 - г)центральный рак легкого
 - д)недренирующийся абсцесс легкого
33. Разрешающие возможности современного бронхоскопа позволяют осмотреть бронхи
- а)2-3-го порядка
 - б)4-го порядка
 - в)5-го порядка
 - г)6-го порядка
 - д)7-го порядка
34. Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются
- а)периферический рак легкого
 - б)центральный рак легкого
 - в)инородное тело бронха
 - г)статус астматикус
 - д)кровохарканье
35. Осложнениями бронхоскопии могут быть
- а)бронхо-пищеводный свищ
 - б)желудочное кровотечение
 - в)ларингоспазм
 - г)пневмоторакс
 - д)ателектаз легкого
36. Наименее токсичным для обезболивания при бронхоскопии является
- а)новокаин
 - б)кокаин
 - в)тримекаин
 - г)дикаин
 - д)лидокаин
37. Наиболее токсичным для обезболивания при бронхоскопии является
- а)новокаин
 - б)кокаин
 - в)тримекаин
 - г)дикаин
 - д)лидокаин
38. Антидотом дикаина является
- а)кордиамин
 - б)атропин
 - в)кофеин

- г)эуфиллин
- д)астмопент

39.Обработка бронхофиброскопа проводится с помощью

- а)спирта 96-
- б)спирта 70-
- в)воды + спирта 70-
- г)мыльного раствора + хлоргексидина + спирта 96-
- д)мыльного раствора + хлоргексидина + спирта 70-

40.Обработка подсобных эндоскопических инструментов производится

- а)кипячением
- б)мыльным раствором + спиртом 90-
- в)мыльным раствором + хлоргексидином + спиртом 70-
- г)парами формалина
- д)мыльным раствором + хлоргексидином + спиртом 90-

41.Первым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

- а)корень языка
- б)язычок
- в)надгортанник
- г)голосовые связки
- д)бифуркация трахеи (карина)

42.Вторым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

- а)корень языка
- б)язычок
- в)надгортанник
- г)голосовые связки
- д)бифуркация трахеи (карина)

43.Границами промежуточного бронха справа являются

- а)от верхнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего среднедолевого бронха
- б)от нижнего края устья верхнедолевого бронха до верхнего края устья среднедолевого бронха
- в)от верхнего края устья верхнедолевого бронха до верхнего края устья среднедолевого бронха
- г)от нижнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего края устья верхнедолевого бронха
- д)от нижнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего края устья VI-го сегментарного

бронха

44.Показаниями к аспирационной биопсии во время бронхофиброскопии является

- а)статус астматикус
- б)легочное кровотечение
- в)гемангиома
- г)инородное тело бронха
- д)рак легкого

45.Показанием к трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является

- а)диссеминированные заболевания легких
- б)легочное кровотечение
- в)центральный рак легкого
- г)статус астматикус
- д)инородное тело бронха

46. Показанием к транстрахеальной пункционной биопсии является
- а) центральный рак легкого
 - б) саркоидоз Бека
 - в) легочное кровотечение
 - г) периферический рак легкого
 - д) аденома бронха
47. Показанием к щипцовой биопсии во время бронхофиброскопии является
- а) отек слизистой оболочки бронха
 - б) гнойный секрет в устье бронха
 - в) гемангиома
 - г) центральный рак легкого
 - д) инородное тело бронха
48. Противопоказанием к щипцовой биопсии является
- а) отек слизистой оболочки бронха
 - б) гнойный секрет в устье бронха
 - в) центральный рак легкого
 - г) периферический рак легкого
 - д) нарушения свертывающей системы крови

Эталоны ответов:

1) а	13) г	25) г	37) г
2) в	14) в	26) г	38) в
3) в	15) д	27) г	39) д
4) г	16) д	28) д	40) в
5) г	17) в	29) а	41) б
6) д	18) б	30) б	42) в
7) а	19) а	31) в	43) б
8) в	20) в	32) г	44) д
9) д	21) а	33) г	45) а
10) г	22) в	34) г	46) б
11) в	23) д	35) в	47) г
12) в	24) в	36) в	48) д

Список литературы:

Основная литература:

1. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С.К. Терновой, В.Е. Сеницын. - 2010. - 304 с.
2. Госпитальная хирургия под ред. Бисенкова Л.Н., Трофимова В.М., Санкт-Петербург-Москва-Краснодар "Лань" 2005.
3. Медицинская радиология, Л.Д. Линденбрaten и И.П. Королюк 2005
4. Рак легкого / Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - 160 с.
5. Бронхоскопия при заболеваниях легких / Филиппов В.П., Черниченко Н.В. - М., 2014, -184 с.
6. Онкология. Национальное руководство /под ред. В.И.Чиссова, М.И.Давыдова - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013. - 576 с.
7. Торакальная хирургия. Руководство для врачей / под ред. Л.Н. Бисенкова - СПб.: "Гиппократ", 2004. - 928 с.
8. Пульмонология. Национальное руководство /под ред. А.Г.Чучалина - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 800 с.
9. Чернеховская Н.Е. Современные технологии в эндоскопии. - М.: ООО "Экономика и информатика", 2004. - 150 с.

10. Эндоскопия. Базовый курс лекций: В. В. Хрячков, Ю. Н. Федосов, А. И. Давыдов, В. Г. Шумилов, Р. В. — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2009 г.- 176 с.

Дополнительная литература:

1. Ikeda Sh. Flexible Bronchofiberscope. Ann.Otol., 2007; 79 (5): 916—23.
2. Госпитальная хирургия под ред. Бисенкова Л.Н., Трофимова В.М., Санкт-Петербург-Москва-Краснодар "Лань" 2005.
3. Лекции. профессор В.В.Соколов 2007.
4. Чернеховская Н.Е., Федорова Т.А., Андреев В.Г. Системная патология при хронической обструктивной болезни легких. - М.: ООО "Экономика и информатика", 2005.-192 с.

Информация с интернет-сайтов:

- <http://www.medison.ru>
- <http://www.colonoscopy.ru>
- <http://www.proctolog.ru>
- http://www.mtpk-lomo.ru/goods/medical/endoscopy/endoscopy_soft
- <http://gastrointestinalatlas.com/English/english.html>
- http://medserver.tripod.com/endo_atlas.htm
- <http://www.endoskopischer-atlas.de>

9.3. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСПЗ

«Клиника и диагностика заболеваний органов брюшной полости и методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими».

Пояснительная записка

Актуальность. результат лечения заболеваний органов брюшной полости напрямую зависит от качественной диагностики, которая в настоящее время невозможна без эндоскопических методов, а зачастую сочетающихся с другими методами исследования.

Цель: изучить особенности проведения эндоскопических вмешательств при заболеваниях органов брюшной полости.

Характеристика компетенций врача, совершенствующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

Врач-специалист эндоскопист должен профессиональными компетенциями (ПК):

Профессиональные компетенции характеризуются:

в диагностической деятельности:

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-1);

- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-2);

- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов грудной и брюшной полости, 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 и трахеобронхиального дерева (ПК-3);

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения (ПК-8);

- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК-9).

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

Врач-специалист по эндоскопии должен знать:

Специальные знания:

- топографическую анатомию бронхолегочного аппарата, пищеварительного тракта, органов брюшной полости и малого таза, анатомические и физиологические особенности детского возраста;

- этиопатогенетические механизмы основных заболеваний, с которыми обычно встречается врач-эндоскопист;

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний легких (острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы, пневмонии, доброкачественных и злокачественных опухолей легких, диссеминированных заболеваний легких);

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний желудочно-кишечного тракта (эзофагита, гастрита, язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественных и доброкачественных опухолей желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки, заболеваний оперированного желудка, хронического колита, гепатита и цирроза печени, панкреатита и холецистита, опухоли панкреатодуоденальной зоны);

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний органов малого таза (доброкачественных и злокачественных опухолей матки и придатков, воспалительных заболеваний придатков, внематочной беременности);

- клиническую симптоматику основных хирургических и терапевтических заболеваний;

- диагностические и лечебные возможности различных эндоскопических методов;

- показания и противопоказания к диагностической и лечебно-оперативной ЭГДС, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии;

- способы обработки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов;

- принципы обследования и подготовки больных к эндоскопическим методам исследования и ведения больных после исследований;

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

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 исследования;

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

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

- научить больного правильно вести себя во время эндоскопического исследования;

- выбрать оптимальный вид и тип эндоскопа в зависимости от характера планируемого эндоскопического исследования;

- выбрать способы биопсии и уметь их выполнять;

- визуально четко определять анатомические границы отделов исследуемых органов и физиологических сужений;

- правильно оценивать ответные реакции сфинктерных аппаратов исследуемых органов в ответ на введение эндоскопа и воздуха;

- определить нозологическую форму заболевания на основании выявленных макроскопических признаков изменений слизистых, серозных покровов или тканей паренхиматозных органов;
- правильно оформить протокол эндоскопического исследования;
- уметь составить отчет о проделанной работе с проведением анализа эндоскопической деятельности.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть:

- методами местной анестезии глоточного кольца, трахеобронхиального дерева, местной инфильтрационной анестезией;
- техникой эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС; всех отделов толстой и терминального отдела подвздошной кишки – при колоноскопии; трахеобронхиального дерева, вплоть до бронхов 5 порядка – при бронхоскопии, серозных покровов, а также абдоминальных органов брюшной полости - при лапароскопии;
- прицельной биопсией из патологических очагов слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- методом фиксации материала биопсии для гистологического исследования;
- техникой выполнения мазков-отпечатков для цитологического исследования;
- методами осуществления забора асцитической жидкости, выпота из брюшной полости для цитологического исследования и посевов.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть следующими практическими навыками:

- эзофагогастродуоденоскопии;
- лапароскопии;
- прицельной биопсии из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- извлечения инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов желудочно-кишечного тракта и толстой кишки во время эндоскопического исследования;
- удаления доброкачественных опухолей из желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева во время эндоскопического исследования;
- выполнения местного гемостаза во время ЭГДС и бронхоскопии;
- папиллосфинктеротомии и вирсунготомии и извлечения камней из протоков;
- установки зонда для питания;
- дренирования брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства.

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	Симул. обуч.	Форма контроля
3.1	Эндоскопическая полипэктомия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
3.2	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия – аппаратура, инструментарий	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
3.3	Экстренные хирургические заболевания органов брюшной полости. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)

3.4	Травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
3.5	Лапароскопическая диагностика повреждений органов брюшной полости	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
3.6	Лапароскопическая диагностика воспалительных заболеваний органов брюшной полости	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
3.7	Желудочно-кишечные кровотечения. Эндоскопические методы гемостаза.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
3.8	Лечебная колоноскопия	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
3.9	Метаболизм колоноцитов и микрофлора толстой кишки.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
3.10	Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
	ИТОГО	23	17	6		Промежуточный контроль (тестирование)

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 3 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
3.1	Эндоскопическая полипэктомия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
3.2	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия – аппаратура, инструментарий	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
3.3	Экстренные хирургические заболевания органов брюшной полости. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
3.4	Травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
3.5	Лапароскопическая диагностика повреждений органов брюшной полости	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
3.6	Лапароскопическая диагностика воспалительных заболеваний органов брюшной полости	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-

3.7	Желудочно-кишечные кровотечения. Эндоскопические методы гемостаза.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
3.8	Лечебная колоноскопия	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
3.9	Метаболизм колоноцитов и микрофлора толстой кишки.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
3.10	Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
	ИТОГО	23	8	6		Промежуточный контроль (тестирование)	9	-	Промежуточный контроль (тестирование)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 3

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
3.1	Эндоскопическая полипэктомия.
3.2	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия – аппаратура, инструментарий
3.3	Экстренные хирургические заболевания органов брюшной полости. Диагностическая и лечебная лапароскопия.
3.4	Травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Диагностическая и лечебная лапароскопия.
3.4.1	Травма органов брюшной полости. Диагностическая и лечебная лапароскопия.
3.4.2	Травма органов забрюшинного пространства. Диагностическая и лечебная лапароскопия.
3.5	Лапароскопическая диагностика повреждений органов брюшной полости
3.6	Лапароскопическая диагностика воспалительных заболеваний органов брюшной полости
3.7	Желудочно-кишечные кровотечения. Эндоскопические методы гемостаза.
3.8	Лечебная колоноскопия
3.9	Метаболизм колоноцитов и микрофлора толстой кишки.
3.10	Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия.

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

1. Показанием к DSC не является:

- a) Гипотензия ниже 90 мм рт.ст.;
- b) Гипотермия менее 34 градусов;
- c) ЧСС более 100 уд/мин
- d) Показатель АЧТВ более 60 сек.;
- e) Уровень pH менее 7,2%;

2. V степени тяжести повреждения печени по классификации американской ассоциации хирургов-травматологов 1996г соответствует:

- a) Разрушение паренхимы более чем 50% доли (более 3х сегментов)
- b) Отрыв печени
- c) Центральная гематома с разрывом и кровотечением
- d) Подкапсульная стабильная гематома любого диаметра
- e) Глубина раны более 3 см

3. 2 степени интраабдоминальной гипертензии по классификации, принятой на конференции Всемирного общества по абдоминальному компартмент синдрому 2005г соответствует внутрибрюшное давление:

- a) 21-25 мм. рт.ст.
- b) 16-20 мм. рт.ст.
- c) 5-10 мм.рт.мт

- d) Более 25 мм рт.ст.
- e) 12-15 мм. рт.ст.;

4. Видеолапароскопия при травме органов брюшной полости противопоказана:

- a) пострадавшим с закрытой травмой живота, у которых после комплексной диагностики остались сомнительные показания к хирургическому вмешательству — наличие свободной жидкости в брюшной полости с предполагаемым объёмом менее 500 мл, нечёткие перитонеальные симптомы;
- b) больным с открытой травмой живота при наличии множественных (более пяти) ранений передней брюшной стенки холодным оружием и отсутствии клинических и инструментальных данных о характере этих ранений (проникающие или нет), цель видеолапароскопии — ревизия париетальной брюшины;
- c) при невозможности проведения ревизии раневого канала на всём протяжении во время первичной хирургической обработки раны и отсутствии клинических и инструментальных данных за проникающий характер (цель исследования — ревизия париетальной брюшины);
- d) при разрыве диафрагмы
- e) при доказанном проникающем ранении брюшной стенки без клинических и инструментальных признаков повреждения органов брюшной полости.

5. К средней степени тяжести кровопотери по классификации А.И. Горбашко, 1982 относится показатель:

- a) ЧСС – более 100 в 1 минуту
- b) Систolicеское АД более 110 мм. рт. ст
- c) Ht- 25-30%
- d) Hb- менее 83 г/л
- e) Дефицит глобулярного объема (ГО) до 20%

6. Какой объем кровопотери у больного массой 80 кг, при уровне фактического гематокрита 30% (уровень должного гематокрита 47%):

- a) 1000 мл
- b) 1500 мл
- c) 2000 мл
- d) 2500 мл
- e) 3000 мл

7. Полное выключение печени из кровообращения возможно на срок не более:

- a) 3 мин
- b) 5 мин
- c) 10 мин
- d) 20 мин
- e) 30 мин

8. К стандартам оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе не относится:

- a) восстановление проходимости дыхательных путей, использование искусственной вентиляции легких
- b) остановка кровотечения
- c) лабораторно-инструментальная оценка тяжести кровопотери
- d) катетеризация вен и быстрое начало противошоковой инфузионной терапии
- e) адекватное обезболивание

9. На втором этапе оказания медицинской помощи по принципу DSC не выполняется:

- a) дистальная резекция поджелудочной железы сшивающим аппаратом
- b) лигирование брыжеечных сосудов, сосудов селезенки и почек.
- c) формирование лапаростомы
- d) дренирование общего желчного протока
- e) восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта

10. Диагностическая лапаротомия не показана:

- а) при подозрении на продолжающееся внутрибрюшное кровотечение
- б) в случаях, когда нельзя исключить повреждение внутрибрюшных органов у больного с сочетанной травмой в тяжёлом состоянии, несмотря на детальное обследование, включая УЗИ, лапароцентез, лапароскопию
- в) при удовлетворительном состоянии больного, когда активное обследование, выполненное в течение 2-3 ч (включая и специальные методы), не разрешает сомнения о повреждении органов брюшной полости
- г) при невозможности проведения ревизии раневого канала на всём протяжении во время первичной хирургической обработки раны и отсутствии клинических и инструментальных данных за проникающий характер
- е) при проникающих ранениях, выявленных во время первичной хирургической обработки ран

11. При остром кровотечении первыми изменяются следующие параметры:

- а) Ph артериальной крови и СО-2
- б) Гемоглобин и гематокрит
- в) ЦВД
- г) Насыщенность крови кислородом
- д) Количество эритроцитов в периферической крови

12. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:

- а) Экстренную гастродуоденоскопию
- б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
- в) Лапароскопию
- г) Рентгеноскопию желудка
- д) Ангиографию

13. Клиника острой кровопотери возникает при кровотечении объёмом:

- а) 250 мл
- б) 500 мл
- в) 1000 мл
- г) 1500 мл
- д) 2000 мл

14. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт кислорода обеспечивает гематокрит не ниже:

- а) 20-25%
- б) 30%
- в) 35%
- г) 40%
- д) 45%

15. Лечение острой кровопотери на начальных этапах начинают с переливания: 1. Эритромазсы 2. Донорской крови 3. Кристаллоидных растворов 4. Коллоидных растворов. Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2
- б) Верно 1, 3
- в) Верно 2, 4
- г) Верно 2, 3
- д) Верно 3, 4

16. Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:

- а) Увеличения вязкости крови

- б) Снижения противосвёртывающей активности крови
- в) Снижения давления в системе воротной вены
- г) Активации процесса перехода протромбина в тромбин

17. Назовите самый объективный показатель тяжести кровопотери:

- а) Показатели Нв, числа эритроцитов
- б) Показатели пульса и артериального давления
- в) Бледность кожных покровов
- г) Коллапс
- д) Дефицит глобулярного объема

18. Достоверным признаком лёгочного кровотечения является:

- а) Выделение крови изо рта
- б) Кашель с выделением алой пенистой крови
- в) Наличие затемнения в легком
- г) Наличие экссудата в плевральной полости
- д) Наличие крови в бронхах при бронхоскопии

19. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:

- а) Применять массивные гемостатические средства
- б) Применять гипотензивные средства
- в) Вводить малые гемостатические дозы крови
- г) Ввести зонд Блэкмора
- д) Хирургически прошить кровоточащие сосуды

20. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

21. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:

- а) При каллезной язве
- б) При пенетрирующей язве
- в) При поверхностных эрозиях слизистой
- г) При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см
- д) При рубцующейся язве

22. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода могут быть: 1. Пневмония 2. Трофические изменения слизистой оболочки пищевода 3. Пролежни 4. Гиперсаливация 5. Тиреоидит

- а) Верно 1,2,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

23. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять:

- а) На 6-10 часов

- б) На 12-18 часов
- в) На 1-8 суток
- г) На 9-12 суток
- д) На 13-15 суток

Эталоны ответов:

- | | | |
|------|-------|-------|
| 1) с | 9) е | 17) д |
| 2) а | 10) д | 18) д |
| 3) б | 11) в | 19) г |
| 4) д | 12) а | 20) д |
| 5) с | 13) в | 21) г |
| 6) с | 14) в | 22) д |
| 7) д | 15) д | 23) в |
| 8) с | 16) в | |

Список литературы:

Основная литература:

1. Бородач А.В. Современная концепция язвенной болезни: насколько она обоснована// Хирургия.- 2013.-№10.- С.38-42.
2. Сажин И.В., Сажин В.П., Нуждихин А.В. Лапароскопическая резекция желудка при язвенной болезни// Хирургия.- 2014.- №4.- С.8-11.
3. Репин В.Н., Костылев Л.М. и др. Хирургическая тактика и причины летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях //Хирургия. - М., 2010, №3, С.27-30.
4. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами //Хирургия. - М., 2009, №3, С.10-16.
5. Ступин В.А. и соавт. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях// Хирургия.- 2013.- № 5.- С. 31-35.
6. Сажин И.В., Сажин В.П., Савельев В.М. Комплексное применение лапароскопической ваготомии при длительно нерубцующихся язвах после гастродуоденальных кровотечений// Хирургия.- 2014.- №3.- С. 3-5.
7. Аксёнов И.В. Экстренные операции на высоте язвенных гастродуоденальных кровотечений (Материалы Пленума правления РОХ «Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта»)// Вестник экспериментальной и клинической хирургии.- 2014.- Прил.1.- С.7.
8. Кириенко А.И. и соавт. Желудочно-кишечное кровотечение как осложнение имплантации кава-фильтра// Хирургия.- 2013.- № 10.- С. 53.

Дополнительная литература:

1. Михайлов, А.Н. Рентгенологическая диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.Н. Михайлов, А.В. Лой, В.Б. Римашевский // Здоровоохранение. – 2010. – №8. – С. 30–33
2. Мاستыкова, Е.К. Пищевод Барретта в структуре гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: современные представления / Е.К. Мастыкова, М.Р. Конорев, М.Е. Матвеев // Вестник ВГМУ. – 2010. – Т.9, №4. – С. 65 – 74.
3. Римашевский, В.Б. Рентгенодиагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы / В.Б. Римашевский, А.Н. Михайлов // М-лы V Всерос. Нац. конгр. лучевых диагностов и терапевтов «Радиология 2011», Москва. 25–27 мая 2011. – М., 2011. – С. 366.
4. Михайлов, А.Н. Зависимость уровня заброса контрастного препарата в пищевод от степени грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / А.Н. Михайлов / Сб. науч. работ «Невский радиологический форум 2011» 2–5 апреля 2011 г. – СПб., 2011 – С. 152.
5. Валитова, Э.Р. Функциональные методы исследования пищевода / Э.Р. Валитова, Д.С. Бордин, О.С. Васнев // Эксперим. и клин. гастроэнтерология.– 2010. – № 310. – С. 71 –74.
6. Ситникова, У.Б. Клинико-патогенетическое значение гастроэзофагеального рефлюкса у больных ИБС / У.Б. Ситникова, Н.М. Балабина // Сибирский мед. журн.–2010. –№5. – С. 20–23.
7. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2, 2009г ГЭОТАР-Медиа

8. Клинические рекомендации по травматическим повреждениям органов брюшной полости Кукош М.В., Цыбусова Т.Н., Уфа

9. Гарбузенко Д.В. избранные лекции по неотложной абдоминальной хирургии. /Д В. Гарбузенко – Saarbrücken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co., 2012.

10. Ермолов А.С. Абдоминальная травма: руководство для врачей /А.С. Ермолов М.Ш. Хубутя, М.М. Абакумов – Москва: издательский дом Видар – М. – 2010

9.4. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП4

«Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний грудной клетки».

Пояснительная записка

Актуальность. результат лечения заболеваний органов грудной клетки напрямую зависит от качественной диагностики, которая в настоящее время невозможна без эндоскопических методов, а зачастую сочетающихся с другими методами исследования.

Цель: изучить особенности проведения эндоскопических вмешательств, как диагностических так и лечебных, при заболеваниях органов грудной клетки.

Характеристика компетенций врача, совершенствующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

Врач-специалист эндоскопист должен профессиональными компетенциями (ПК):

Профессиональные компетенции характеризуются:

в диагностической деятельности:

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-1);

- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-2);

- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов грудной и брюшной полости, 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 и трахеобронхиального дерева (ПК-3);

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения (ПК-8);

- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК-9);

Характеристика новых компетенций врача, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии (ПК-7);

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК-9);

в организационно-управленческой деятельности:

- способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-10);

- способностью и готовностью использовать организационную структуру эндоскопической службы, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели эндоскопических отделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам в области эндоскопии (ПК-11).

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

Врач-специалист по эндоскопии должен знать:

Специальные знания:

- топографическую анатомию бронхолегочного аппарата, пищеварительного тракта, органов брюшной полости и малого таза, анатомические и физиологические особенности детского возраста;

- этиопатогенетические механизмы основных заболеваний, с которыми обычно встречается врач-эндоскопист;

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний легких (острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы, пневмонии, доброкачественных и злокачественных опухолей легких, диссеминированных заболеваний легких);

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний желудочно-кишечного тракта (эзофагита, гастрита, язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественных и доброкачественных опухолей желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки, заболеваний оперированного желудка, хронического колита, гепатита и цирроза печени, панкреатита и холецистита, опухоли панкреатодуоденальной зоны);

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний органов малого таза (доброкачественных и злокачественных опухолей матки и придатков, воспалительных заболеваний придатков, внематочной беременности);

- клиническую симптоматику основных хирургических и терапевтических заболеваний;

- диагностические и лечебные возможности различных эндоскопических методов;

- показания и противопоказания к диагностической и лечебно-оперативной ЭГДС, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии;

- способы обработки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов;

- принципы обследования и подготовки больных к эндоскопическим методам исследования и ведения больных после исследований;

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

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 исследования;

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

- определить показания и противопоказания к выполнению того или иного эндоскопического исследования;
- научить больного правильно вести себя во время эндоскопического исследования;
- выбрать оптимальный вид и тип эндоскопа в зависимости от характера планируемого эндоскопического исследования;
- выбрать способы биопсии и уметь их выполнять;
- визуально четко определять анатомические границы отделов исследуемых органов и физиологических сужений;
- правильно оценивать ответные реакции сфинктерных аппаратов исследуемых органов в ответ на введение эндоскопа и воздуха;
- определить нозологическую форму заболевания на основании выявленных макроскопических признаков изменений слизистых, серозных покровов или тканей паренхиматозных органов;
- правильно оформить протокол эндоскопического исследования;
- уметь составить отчет о проделанной работе с проведением анализа эндоскопической деятельности.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть:

- методами местной анестезии глоточного кольца, трахеобронхиального дерева, местной инфильтрационной анестезией;
- техникой эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС; всех отделов толстой и терминального отдела подвздошной кишки – при колоноскопии; трахеобронхиального дерева, вплоть до бронхов 5 порядка – при бронхоскопии, серозных покровов, а также абдоминальных органов брюшной полости - при лапароскопии;
- прицельной биопсией из патологических очагов слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- методом фиксации материала биопсии для гистологического исследования;
- техникой выполнения мазков-отпечатков для цитологического исследования;
- методами осуществления забора асцитической жидкости, выпота из брюшной полости для цитологического исследования и посевов.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть следующими практическими навыками:

- бронхофиброскопии и ригидной бронхоскопии;
- прицельной биопсии из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- извлечения инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов желудочно-кишечного тракта и толстой кишки во время эндоскопического исследования;
- выполнения местного гемостаза во время ЭГДС и бронхоскопии;
- выполнения санационной бронхоскопии с региональным лимфатическим введением антибиотиков и иммуномодуляторов.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 4 (очная форма обучения).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля

4.1	Острые и хронические заболевания легких и плевры. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
4.2	Диагностическая бронхоскопия при воспалительных заболеваниях и инородных телах трахеи и бронхов	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
4.3	Плевриты, пневмоторакс. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
4.4	Диагностическая торакоскопия при плевритах и пневмотораксе	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
4.5	Опыт и результаты применения технологии узкоспектральной эндоскопии. Пищевод Барретта	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
4.6	Эзофагоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного, премедикация, аппаратура	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
4.7	Стенозы пищевода. Диагностическая и лечебная эзофагоскопия	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
4.8	Лечение стенозов гортани и трахеи	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
4.9	Хронические нагноительные заболевания легких. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
	ИТОГО	26	14	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 4 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
4.1	Острые и хронические заболевания легких и плевры. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
4.2	Диагностическая бронхоскопия при воспалительных заболеваниях и инородных телах трахеи и бронхов	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
4.3	Плевриты, пневмоторакс. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
4.4	Диагностическая торакоскопия при плевритах и пневмотораксе	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-

4.5	Опыт и результаты применения технологии узкоспектральной эндоскопии. Пищевод Барретта	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
4.6	Эзофагоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного, премедикация, аппаратура	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
4.7	Стенозы пищевода. Диагностическая и лечебная эзофагоскопия	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
4.8	Лечение стенозов гортани и трахеи	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
4.9	Хронические нагноительные заболевания легких. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
	ИТОГО	26	2	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)	12	-	Промежуточный контроль (тестирование)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 4

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
4.1	Острые и хронические заболевания легких и плевры. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.
4.1.1	Острые и хронические заболевания легких и плевры. Диагностическая и лечебная торакоскопия
4.1.2	Острые и хронические заболевания легких и плевры. Диагностическая и лечебная медиастиноскопия.
4.2	Диагностическая бронхоскопия при воспалительных заболеваниях и инородных телах трахеи и бронхов
4.2.1	Диагностическая бронхоскопия при воспалительных заболеваниях
4.2.2	Диагностическая бронхоскопия при инородных телах трахеи и бронхов
4.3	Плевриты, пневмоторакс. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.
4.3.1	Плевриты, пневмоторакс. Диагностическая и лечебная торакоскопия.
4.3.2	Плевриты, пневмоторакс. Диагностическая и лечебная медиастиноскопия.
4.4	Диагностическая торакоскопия при плевритах и пневмотораксе
4.5	Опыт и результаты применения технологии узкоспектральной эндоскопии. Пищевод Барретта
4.6	Эзофагоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного, премедикация, аппаратура
4.6.1	Эзофагоскопия: показания, противопоказания
4.6.2	Эзофагоскопия: осложнения, подготовка больного, премедикация.
4.6.3	Эзофагоскопия: аппаратура
4.7	Стенозы пищевода. Диагностическая и лечебная эзофагоскопия
4.8	Лечение стенозов гортани и трахеи
4.9	Хронические нагноительные заболевания легких. Диагностическая и лечебная торакоскопия и медиастиноскопия.

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего контроля:

1. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить:

- а) Центральный рак легкого
- б) Доброкачественную опухоль (центральную)
- в) Пневмонию
- г) Пневмоторакс
- д) Инородное тело

2. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют:

- а) о холедохолитиазе
- б) о сальмонеллезе желчного пузыря
- в) о внутренней желчной фистуле
- г) о желудочно-толстокишечной фистуле
- д) о холецистите

3. Наиболее частой причиной портальной гипертензии у взрослых является:

- а) тромбоз селезеночной или воротной вены
- б) опухолевые поражения печени
- в) цирроз печени
- г) легочная или сердечно-сосудистая недостаточность
- д) синдром Бадд-Хиари

4. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно выявить с помощью:

- а) лапароскопии
- б) пневмомедиастинографии
- в) ангиографии печени
- г) рентгеноскопии пищевода и желудка
- д) динамической гепатобилиосцинтиграфии

5. Для распознавания рака поджелудочной железы применяются следующие методы: 1. Ретроградная холангиопанкреатография 2. Ультразвуковое сканирование 3. Компьютерная томография 4. Холецистография 5. Ангиография и изотопная сцинтиграфия Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2, 3, 4
- б) Верно 2, 3, 4, 5
- в) Верно 1, 3, 4, 5
- г) Верно 1, 2, 3, 5
- д) Верно 1, 2, 4, 5

6. При выполнении чрескожной чрепечечной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения: 1. Кровотечение 2. Желчеистечение 3. Повреждение полового органа с последующим развитием перитонита 5. Все перечисленные Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2, 3, 4
- б) Верно 2, 3, 4, 5
- в) Верно 1, 3, 4, 5
- г) Верно 2, 3, 4
- д) Верно 1, 2, 3, 4, 5

7. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:

- а) Острый панкреатит
- б) Механическая желтуха
- в) Хронический панкреатит
- г) Наличие конкрементов в панкреатических протоках
- д) Холедохолитиаз

8. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:

- а) Пероральная холецистография
- б) Внутривенная холецистохолангиография
- в) Ретроградная холангиография
- г) Сцинтиграфия печени
- д) Прямая спленопортография

9. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться:

- а) с томографии легких
- б) с прицельной рентгенографии
- в) с бронхографии
- г) с суперэкспонированной рентгенографии
- д) с обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях

10. При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза являются:

- а) Пневмомедиастиноскопия
- б) Бронхография
- в) Бронхоскопия
- г) Пневмомедиастинография
- д) Искусственный пневмоторакс

11. Стеаторея характерна:

- а) Для постхолецистэктомического синдрома
- б) Для острого панкреатита
- в) Для хронического панкреатита
- г) Для печеночной недостаточности
- д) Для болезни Крона

12. Бариевая клизма при дивертикулезе толстой кишки обычно выявляет:

- а) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
- б) Полную обтурацию просвета кишки
- в) Нишеподобные выпячивания
- г) Сегментарный спазм
- д) Наличие чаш Клойбера

13. Бариевая клизма при воспалительных изменениях в стенке ободочной кишки обычно выявляет

- а) Наличие чаш Клойбера
- б) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
- в) Нишеподобные выпячивания
- г) Сегментарный спазм
- д) Полную обтурацию просвета кишки

14. Для проведения планового ультразвукового исследования органов пищеварения необходима подготовка

- а) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием
- б) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и промывания желудка через зонд перед обследованием
- в) Исключение приема пищи в течение 8-12 часов перед обследованием
- г) Не требуется специальной подготовки
- д) Прием 1,5-2 л. жидкости за два часа до исследования

15. Наиболее информативным тестом состояния клапанного аппарата магистральных вен нижних конечностей является:

- а) Реовазография
- б) Проба Дельбе-Пертеса
- в) Флебография
- г) Ультразвуковая доплерография
- д) Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы

16. Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедохоуденальный свищ является:

- а) ФГДС
- б) Обзорная Рентгенография брюшной полости
- в) Пероральная холецистография
- г) Внутривенная холеграфия
- д) Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью

17. После острого кровотечения первыми изменяются следующие лабораторные параметры:

- а) Ph артериальной крови и СО-2
- б) Гемоглобин и гематокрит
- в) ЦВД
- г) Насыщенность крови кислородом
- д) Количество эритроцитов в периферической крови

18. При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:

- а) Обзорную рентгенографию брюшной полости
- б) Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка
- в) ФГДС
- г) УЗИ брюшной полости
- д) Лапароскопию

19. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:

- а) Экстренную гастродуоденоскопию
- б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
- в) Лапароскопию
- г) Рентгеноскопию желудка
- д) Ангиографию

20. Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для:

- а) Рака толстой кишки
- б) Рака поджелудочной железы
- в) Рака печени
- г) Рака печени и поджелудочной железы
- д) Рака толстой кишки и поджелудочной железы

21. Фентанил является:

- а) Мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут
- б) Анальгетиком короткого действия (2-3 минуты)
- в) Нейролептиком
- г) Препаратом выраженного психотропного действия
- д) Антидепрессантом

22. Артериальная гипотензия во время общей анестезии может быть вследствие всего перечисленного: 1. Недостаточной глубины наркоза 2. Манипуляций в области рефлексогенных зон

3. Введение солевых растворов 4. Нарушения газообмена 5. Уменьшение ОЦК из-за кровопотери

- а) Верно 1, 2, 3, 4
- б) Верно 1, 3, 4, 5
- в) Верно 1, 2, 4, 5
- г) Верно 2, 3, 4, 5
- д) Верно 3, 4, 5

23. Длительное нахождение катетера в вене может привести ко всему перечисленному: 1. Септическому флебиту 2. Химическому флебиту 3. Тромбоэмболии 4. Септицемии 5. ДВС-синдрому. Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2, 3, 5
- б) Верно 1, 3, 4, 5
- в) Верно 2, 3, 4, 5
- г) Верно 3, 4, 5
- д) Верно 1, 2, 3, 4

24. Изменение кислотно-щелочного состояния считаются компенсированным при pH:

- а) 7.25-7.43
- б) 7.46-7.51
- в) 7.35-7.45
- г) 7.19-7.28
- д) 7.10-7.18

25. Изотонической считается концентрация раствора глюкозы:

- а) 0,8%
- б) 3%
- в) 4.2%
- г) 5%
- д) 10%

26. Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является: 1. отсутствие пульса и АД 2. остановка дыхания 3. отсутствие сознания 4. акроцианоз 5. отсутствие сердечных тонов

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 2, 3, 5
- в) Верно 2, 3, 4, 5
- г) Верно 1, 2, 5
- д) Верно 3, 4, 5

27. Показанием к прямому массажу сердца является:

- а) Остановка дыхания
- б) Остановка сердца
- в) Потеря сознания
- г) Отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 минут
- д) Фибриляция сердца

28. Отек легких развивается: 1. при увеличении отрицательного внутрилегочного давления 2. при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах 3. при повышении коллоидно-осмотического давления крови 4. при снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких 5. при снижении проницаемости мембран

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 2, 3
- в) Верно 1, 2, 4, 5
- г) Верно 3, 4, 5
- д) Верно 1, 2, 4

29. Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное: 1. внутривенное введение дыхательных analeптиков 2. санацию трахеобронхиального дерева, пеногашение 3. кислородотерапию, искусственную вентиляцию легких 4. введение мочегонных и гормонов 5. При необходимости - ганглиолитики. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) Верно 2, 3, 4, 5

- б) Верно 1, 2, 3, 4
- в) Верно 1, 2, 3, 5
- г) Верно 1, 2, 4, 5
- д) Верно 3, 4, 5

30. Показаниями к жесткой бронхоскопии являются

- а) трахеостома
- б) статус астматикус
- в) периферический рак легкого
- г) бронхоэктатическая болезнь
- д) гипоплазия легкого

31. Показаниями к бронхофиброскопии являются

- а) профузное легочное кровотечение
- б) статус астматикус
- в) центральный рак легкого
- г) инородное тело легкого
- д) гемофилия

32. При бронхоскопии возможно диагностировать

- а) бронхоэктатическую болезнь
- б) интерстициальную пневмонию
- в) неосложненную кисту легкого
- г) центральный рак легкого
- д) недренирующийся абсцесс легкого

33. Разрешающие возможности современного бронхоскопа позволяют осмотреть бронхи

- а) 2-3-го порядка
- б) 4-го порядка
- в) 5-го порядка
- г) 6-го порядка
- д) 7-го порядка

34. Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются

- а) периферический рак легкого
- б) центральный рак легкого
- в) инородное тело бронха
- г) статус астматикус
- д) кровохарканье

35. Осложнениями бронхоскопии могут быть

- а) бронхо-пищеводный свищ
- б) желудочное кровотечение
- в) ларингоспазм
- г) пневмоторакс
- д) ателектаз легкого

36. Наименее токсичным для обезболивания при бронхоскопии является

- а) новокаин
- б) кокаин
- в) тримекаин
- г) дикаин
- д) лидокаин

37. Наиболее токсичным для обезболивания при бронхоскопии является

- а) новокаин
- б) кокаин
- в) тримекаин
- г) дикаин
- д) лидокаин

38. Антидотом дикаина является

- а) кордиамин
- б) атропин
- в) кофеин
- г) эуфиллин
- д) астмопент

39. Обработка бронхофиброскопа проводится с помощью

- а) спирта 96-
- б) спирта 70-
- в) воды + спирта 70-
- г) мыльного раствора + хлоргексидина + спирта 96-
- д) мыльного раствора + хлоргексидина + спирта 70-

40. Обработка подсобных эндоскопических инструментов производится

- а) кипячением
- б) мыльным раствором + спиртом 90-
- в) мыльным раствором + хлоргексидином + спиртом 70-
- г) парами формалина
- д) мыльным раствором + хлоргексидином + спиртом 90-

41. Первым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

- а) корень языка
- б) язычок
- в) надгортанник
- г) голосовые связки
- д) бифуркация трахеи (карина)

42. Вторым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

- а) корень языка
- б) язычок
- в) надгортанник
- г) голосовые связки
- д) бифуркация трахеи (карина)

43. Границами промежуточного бронха справа являются

- а) от верхнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего среднедолевого бронха
- б) от нижнего края устья верхнедолевого бронха до верхнего края устья среднедолевого бронха
- в) от верхнего края устья верхнедолевого бронха до верхнего края устья среднедолевого бронха
- г) от нижнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего края устья верхнедолевого бронха
- д) от нижнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего края устья VI-го сегментарного бронха

44. Показаниями к аспирационной биопсии во время бронхофиброскопии является

- а) статус астматикус

- б) легочное кровотечение
- в) гемангиома
- г) инородное тело бронха
- д) рак легкого

45. Показанием к трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является

- а) диссеминированные заболевания легких
- б) легочное кровотечение
- в) центральный рак легкого
- г) статус астматический
- д) инородное тело бронха

46. Показанием к транстрахеальной пункционной биопсии является

- а) центральный рак легкого
- б) саркоидоз Бека
- в) легочное кровотечение
- г) периферический рак легкого
- д) аденома бронха

47. Показанием к щипцевой биопсии во время бронхофиброскопии является

- а) отек слизистой оболочки бронха
- б) гнойный секрет в устье бронха
- в) гемангиома
- г) центральный рак легкого
- д) инородное тело бронха

48. Противопоказанием к щипцевой биопсии является

- а) отек слизистой оболочки бронха
- б) гнойный секрет в устье бронха
- в) центральный рак легкого
- г) периферический рак легкого
- д) нарушения свертывающей системы крови

Эталонные ответы:

1) а	13) г	25) г	37) г
2) в	14) в	26) г	38) в
3) в	15) д	27) г	39) д
4) г	16) д	28) д	40) в
5) г	17) в	29) а	41) б
6) д	18) б	30) б	42) в
7) а	19) а	31) в	43) б
8) в	20) в	32) г	44) д
9) д	21) а	33) г	45) а
10) г	22) в	34) г	46) б
11) в	23) д	35) в	47) г
12) в	24) в	36) в	48) д

Список литературы:

Основная литература:

1. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С.К. Терновой, В.Е. Сеницын. - 2010. - 304

2. Госпитальная хирургия под ред. Бисенкова Л.Н., Трофимова В.М., Санкт-Петербург-Москва-Краснодар "Лань" 2005.
3. Медицинская радиология, Л.Д. Линденбрaten и И.П. Королюк 2005
4. Рак легкого / Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - 160 с.
5. Бронхоскопия при заболеваниях легких / Филиппов В.П., Черниченко Н.В. - М., 2014, -184 с.
6. Онкология. Национальное руководство /под ред. В.И.Чиссова, М.И.Давыдова - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013. - 576 с.
7. Торакальная хирургия. Руководство для врачей / под ред. Л.Н. Бисенкова - СПб.: "Гиппократ", 2004. - 928 с.
8. Пульмонология. Национальное руководство /под ред. А.Г.Чучалина - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 800 с.
9. Чернеховская Н.Е. Современные технологии в эндоскопии. - М.: ООО "Экономика и информатика", 2004. - 150 с.
10. Эндоскопия. Базовый курс лекций: В. В. Хрячков, Ю. Н. Федосов, А. И. Давыдов, В. Г. Шумилов, Р. В — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2009 г.- 176 с.

Дополнительная литература:

1. Ikeda Sh. Flexible Bronchofiberscope. Ann.Otol., 2007; 79 (5): 916—23.
2. Госпитальная хирургия под ред. Бисенкова Л.Н., Трофимова В.М., Санкт-Петербург-Москва-Краснодар "Лань" 2005.
3. Лекции. профессор В.В.Соколов 2007.
4. Чернеховская Н.Е., Федорова Т.А., Андреев В.Г. Системная патология при хронической обструктивной болезни легких. - М.: ООО "Экономика и информатика", 2004. - 150 с.
5. Торакальная хирургия. Руководство для врачей / под ред. Л.Н. Бисенкова - СПб.: "Гиппократ", 2004. - 928 с.
6. Хирургия пищевода. Руководство для врачей / Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. - М., 2000, -352 с.
7. Видеоэндоскопическая хирургия пищевода / под ред. В.И. Оскреткова - Барнаул: "Аз Бука", 2004. - 159 с.
8. Master techniques in surgery: Esophageal surgery / ed. James D. Luketich. - Wolters Kluwer, 2014. - 456 p.

9.5. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП5

«Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний желудка».

Пояснительная записка

Актуальность. Несмотря на современные методы пропаганды здорового образа жизни частота встречаемости заболеваний желудочно-кишечного тракта не снижается. Современные исследования показывают, что здоровье всего организма, иммунитет напрямую зависят от здоровья органов пищеварения.

Цель: изучить возможности эндоскопии в лечении заболеваний желудка

Характеристика компетенций врача, совершенствующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

Врач-специалист эндоскопист должен обладать профессиональными компетенциями (ПК):

Профессиональные компетенции характеризуются:

в диагностической деятельности:

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-1);

- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов

для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-2);

- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов грудной и брюшной полости, 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 и трахеобронхиального дерева (ПК-3);

в лечебной деятельности:

- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при заболеваниях органов грудной и брюшной полостей при наиболее часто встречающихся заболеваниях, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и кровообращения; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения при желудочно-кишечных и легочных кровотечениях, использовать методики их немедленного устранения (ПК-4);

осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии профильным больным (ПК-5);

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма (ПК-6);

- способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии (ПК-7);

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения (ПК-8);

- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК-9);

Характеристика новых компетенций врача, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии (ПК-7);

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК-9);

в организационно-управленческой деятельности:

- способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и националь-

ные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-10);

– способностью и готовностью использовать организационную структуру эндоскопической службы, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели эндоскопических отделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам в области эндоскопии (ПК-11).

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

Врач-специалист по эндоскопии должен знать:

Специальные знания:

– топографическую анатомию бронхолегочного аппарата, пищеварительного тракта, органов брюшной полости и малого таза, анатомические и физиологические особенности детского возраста;

– этиопатогенетические механизмы основных заболеваний, с которыми обычно встречается врач-эндоскопист;

– клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний легких (острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы, пневмонии, доброкачественных и злокачественных опухолей легких, диссеминированных заболеваний легких);

– клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний желудочно-кишечного тракта (эзофагита, гастрита, язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественных и доброкачественных опухолей желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки, заболеваний оперированного желудка, хронического колита, гепатита и цирроза печени, панкреатита и холецистита, опухоли панкреатодуоденальной зоны);

– клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний органов малого таза (доброкачественных и злокачественных опухолей матки и придатков, воспалительных заболеваний придатков, внематочной беременности);

– клиническую симптоматику основных хирургических и терапевтических заболеваний;

– диагностические и лечебные возможности различных эндоскопических методов;

– показания и противопоказания к диагностической и лечебно-оперативной ЭГДС, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии;

– способы обработки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов;

– принципы обследования и подготовки больных к эндоскопическим методам исследования и ведения больных после исследований;

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

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 исследования;

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

– определить показания и противопоказания к выполнению того или иного эндоскопического исследования;

– научить больного правильно вести себя во время эндоскопического исследования;

– выбрать оптимальный вид и тип эндоскопа в зависимости от характера планируемого эндоскопического исследования;

– выбрать способы биопсии и уметь их выполнять;

– визуально четко определять анатомические границы отделов исследуемых органов и физиологических сужений;

– правильно оценивать ответные реакции сфинктерных аппаратов исследуемых органов в ответ на введение эндоскопа и воздуха;

– определить нозологическую форму заболевания на основании выявленных макроскопических признаков изменений слизистых, серозных покровов или тканей паренхиматозных органов;

- правильно оформить протокол эндоскопического исследования;
- уметь составить отчет о проделанной работе с проведением анализа эндоскопической деятельности.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть:

– техникой эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС; всех отделов толстой и терминального отдела подвздошной кишки – при колоноскопии; трахеобронхиального дерева, вплоть до бронхов 5 порядка – при бронхоскопии, серозных покровов, а также абдоминальных органов брюшной полости - при лапароскопии;

– прицельной биопсией из патологических очагов слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;

- методом фиксации материала биопсии для гистологического исследования;
- техникой выполнения мазков-отпечатков для цитологического исследования;
- методами осуществления забора асцитической жидкости, выпота из брюшной полости для цитологического исследования и посевов.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть следующими практическими навыками:

- эзофагогастродуоденоскопии;
- лапароскопии;
- прицельной биопсии из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- извлечения инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов желудочно-кишечного тракта и толстой кишки во время эндоскопического исследования;
- удаления доброкачественных опухолей из желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева во время эндоскопического исследования;
- выполнения местного гемостаза во время ЭГДС и бронхоскопии;
- расширения и рассечения послеоперационных сужений пищевода;
- папиллосфинктеротомии и вирсунготомии и извлечения камней из протоков;
- установки зонда для питания;
- дренирования брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 5 (очная форма обучения).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
5.1	Язвенная болезнь желудка и ДПК. Диагностическая и лечебная гастроскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
5.2	Диагностическая гастроскопия при язвенной болезни и гастритах	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
5.3	Местное лечение язвы желудка и ДПК	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
5.4	Дисфагия, рефлюксная болезнь. Диагностическая и лечебная гастроскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
5.5	Доброкачественные опухоли желудка. Диагностическая и лечебная гастроскопия	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)

5.6	Рак желудка. Диагностическая и лечебная гастроскопия	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
5.7	Видеоэндоскопические резекции желудка	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
5.8	Болезни оперированного желудка	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
	ИТОГО	16	8	8	-	Промежуточный контроль (тестирование)

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 5 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			Лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
5.1	Язвенная болезнь желудка и ДПК. Диагностическая и лечебная гастроскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.2	Диагностическая гастроскопия при язвенной болезни и гастритах	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.3	Местное лечение язвы желудка и ДПК	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.4	Дисфагия, рефлюксная болезнь. Диагностическая и лечебная гастроскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.5	Доброкачественные опухоли желудка. Диагностическая и лечебная гастроскопия	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.6	Рак желудка. Диагностическая и лечебная гастроскопия	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.7	Видеоэндоскопические резекции желудка	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
5.8	Болезни оперированного желудка	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-

	ИТОГО	16	8	18	-	Промежу- точный контроль (тестирова- ние)	-	-	-
--	--------------	-----------	----------	-----------	----------	--	----------	----------	----------

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 5

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
5.1	Язвенная болезнь желудка и ДПК. Диагностическая и лечебная гастроскопия.
5.1.1	Язвенная болезнь желудка. Диагностическая и лечебная гастроскопия.
5.1.2	Язвенная болезнь ДПК. Диагностическая и лечебная гастроскопия.
5.2	Диагностическая гастроскопия при язвенной болезни и гастритах
5.3	Местное лечение язвы желудка и ДПК
5.3.1	Возможности эндоскопии в лечении язвенной болезни желудка
5.4	Дисфагия, рефлюксная болезнь. Диагностическая и лечебная гастроскопия.
5.4.1	Этиология и патогенез дисфагий
5.4.2	Эндоскопическая картина
5.4.3	Возможности гастроскопии в лечении рефлюксной болезни
5.5	Доброкачественные опухоли желудка. Диагностическая и лечебная гастроскопия
5.5.1	Классификация доброкачественных опухолей желудка
5.5.2	Диагностическая и лечебная гастроскопия
5.6	Рак желудка. Диагностическая и лечебная гастроскопия
5.6.1	Макроскопические варианты рака желудка
5.6.2	Варианты биопсий
5.7	Видеоэндоскопические резекции желудка
5.8	Болезни оперированного желудка

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего тестирования:

1. Какие существуют мировые тенденции заболеваемости РЖ?

- а) отмечается рост
- б) снижение заболеваемости
- в) стабильные без изменений

2. Каков временной интервал, после которого наиболее часто развивается рак культи желудка?

- а) 3-5 лет
- б) 10-15 лет
- в) 15-20 лет

3. Обязательным дооперационным исследованием следует считать:

- а) морфологическое
- б) ультразвуковое
- в) рентгенологическое
- г) лабораторное

4. Какой метод диагностики наиболее точно позволяет оценить глубину инвазии опухоли стенки желудка?

- а) Фиброгастродуоденоскопия
- б) Компьютерная томография
- в) Эндосонография
- г) Колоноскопия

5. Наиболее характерный путь метастазирования РЖ:

- а) гематогенный

- б) лимфогенный
- в) трансплантационный

6. Какой из методов лечения является «золотым» стандартом радикального лечения злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта?

- а) Хирургический метод
- б) Химиотерапия
- в) Лучевая терапия

7. Какой объем лимфодиссекции, на основании изучения отдаленных результатов хирургического лечения РЖ, считается оптимальным?

- а) D1
- б) D2
- в) D3

8. При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:

- а) Сроком с момента прободения
- б) Степенью воспалительных изменений брюшины
- в) Величиной перфоративного отверстия
- г) Локализацией перфоративного отверстия
- д) Возрастом больного

9. При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечение язвы 2. Ушивание язвы 3. Резекция желудка 4. Пилоропластики с ваготомией 5. Наложение гастроэнтероанастомоза

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

10. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота 2. Шум плеска над проекцией желудка 3. Наличие чаш Клойбера 4. Отрыжка 5. Похудание

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

11. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином 2. Промывание желудка 3. Введением растворов электролитов 4. Введение белковых растворов 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

12. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:

- а) Рвота
- б) желудочное кровотечение

- в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
- г) Частый жидкий стул
- д) Икота

13. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:

- а) Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
- б) Постбульбарные язвы
- в) Язвы малой кривизны желудка
- г) Язвы большой кривизны желудка
- д) Язвы всех указанных локализаций

14. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются: 1. Перфорации 2. Кровотечение, неостанавливаемое консервативными методами 3. Малигнизация 4. Большая глубина "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании 5. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,3,4,5

15. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:

- а) Затеканием содержимого по правому боковому каналу
- б) Рефлекторными связями через спинномозговые нервы
- в) Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
- г) Развивающимся разлитым перитонитом
- д) Висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

16. Экстренное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:

- а) Остановившееся желудочное кровотечение
- б) Перфоративная язва
- в) Пенетрирующая язва
- г) Стеноз выходного отдела желудка
- д) Малигнизированная язва

17. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:

- а) Демпинг-синдрома
- б) Гипогликемического синдрома
- в) Синдрома "малого желудка"
- г) Пептической язвы анастомоза
- д) Синдрома приводящей петли

18. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом 2. Хроническим колитом 3. Хроническим аппендицитом 4. Хроническим панкреатитом 5. Мезоаденитом

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

19. К характерным признакам стеноза привратника относятся: 1. Желтуха 2. Шум плеска натошак 3. Похудание 4. Отрыжка "тухлым" 5. Боли в эпигастрии распирающего характера

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,4,5

20. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью является:

- а) Двенадцатиперстная кишка
- б) Пилорический отдел желудка
- в) Малая кривизна желудка
- г) Большая кривизна желудка
- д) Кардиальный отдел желудка

21. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто возникает:

- а) Тахикардия
- б) Схваткообразная боль
- в) Локализованная, умеренная боль
- г) Внезапно возникшая интенсивная боль
- д) Жидкий стул

22. Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ являются:

- а) Перфорация
- б) Малигнизация
- в) Пенетрация
- г) Кровотечение
- д) Переход в хроническую язву

23. Наличие у больного после резекции желудка рвоты, желудочным содержимым в большом количестве без примеси желчи, тахикардии свидетельствует о развитии:

- а) Перитонита
- б) Панкреатита
- в) Кишечной непроходимости
- г) Анастомозита
- д) Кровотечения в просвет желудка

24. У больного перфорация дуоденальной язвы, осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить:

- а) Резекцию желудка по первому способу Бильрота
- б) Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру
- в) ушивание язвы, дренирование брюшной полости
- г) селективную проксимальную ваготомию и пилороластику
- д) стволовую ваготомию и пилороластику

25. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, появились тонические судороги в конечностях, обморочное состояние, причиной которых служит:

- а) Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
- б) Кровотечение
- в) Гипогликемический шок

- г) Нарушения электролитного обмена
- д) Нарушение мозгового кровообращения

26. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, имеются тонические судороги нижних конечностей и потеря сознания. В первую очередь больному показан ввод:

- а) Раствора глюкозы
- б) Инсулина
- в) Сердечных гликозидов и мезатона
- г) Раствора хлористого натрия и раствора калия
- д) Переливание эритроцитной массы

27. Клиническими проявлениями демпинг-синдрома легкой степени являются:

- а) Головокружение после приема сладкой пищи
- б) Потливость
- в) Сердцебиение
- г) Слабость
- д) Анемия

28. При остром кровотечении первыми изменяются следующие параметры:

- а) Ph артериальной крови и СО-2
- б) Гемоглобин и гематокрит
- в) ЦВД
- г) Насыщенность крови кислородом
- д) Количество эритроцитов в периферической крови

29. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:

- а) Экстренную гастродуоденоскопию
- б) Обзорную рентгенографию брюшной полости
- в) Лапароскопию
- г) Рентгенографию желудка
- д) Ангиографию

30. Клиника острой кровопотери возникает при кровотечении объемом:

- а) 250 мл
- б) 500 мл
- в) 1000 мл
- г) 1500 мл
- д) 2000 мл

31. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт кислорода обеспечивает гематокрит не ниже:

- а) 20-25%
- б) 30%
- в) 35%
- г) 40%
- д) 45%

32. Лечение острой кровопотери на начальных этапах начинают с переливания: 1. Эритроцитной массы 2. Донорской крови 3. Кристаллоидных растворов 4. Коллоидных растворов. Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2
- б) Верно 1, 3

- в) Верно 2, 4
- г) Верно 2, 3
- д) Верно 3, 4

33. Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:

- а) Увеличения вязкости крови
- б) Снижения противосвёртывающей активности крови
- в) Снижения давления в системе воротной вены
- г) Активации процесса перехода протромбина в тромбин

34. Назовите самый объективный показатель тяжести кровопотери:

- а) Показатели Нв, числа эритроцитов
- б) Показатели пульса и артериального давления
- в) Бледность кожных покровов
- г) Коллапс
- д) Дефицит глобулярного объема

35. Достоверным признаком лёгочного кровотечения является:

- а) Выделение крови изо рта
- б) Кашель с выделением алой пенистой крови
- в) Наличие затемнения в легком
- г) Наличие экссудата в плевральной полости
- д) Наличие крови в бронхах при бронхоскопии

36. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:

- а) Применять массивные гемостатические средства
- б) Применять гипотензивные средства
- в) Вводить малые гемостатические дозы крови
- г) Ввести зонд Блэкмора
- д) Хирургически прошить кровоточащие сосуды

37. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

38. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:

- а) При каллезной язве
- б) При пенетрирующей язве
- в) При поверхностных эрозиях слизистой
- г) При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см
- д) При рубцующейся язве

39. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода могут быть: 1. Пневмония 2. Трофические изменения слизистой оболочки пищевода 3. Пролежни 4. Гиперсаливация 5. Тиреоидит

- а) Верно 1,2,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

40. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять:

- а) На 6-10 часов
- б) На 12-18 часов
- в) На 1-8 суток
- г) На 9-12 суток
- д) На 13-15 суток

41. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:

- а) Экстренную гастродуоденоскопию
- б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
- в) Лапароскопию
- г) Рентгеноскопию желудка
- д) Ангиографию

42. Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ являются:

- а) Перфорация
- б) Малигнизация
- в) Пенетрация
- г) Кровотечение
- д) Переход в хроническую язву

43. При оценке степени тяжести кровопотери по лабораторным тестам отдается предпочтение:

- а) Гематокритному числу
- б) Уровню гемоглобина
- в) Дефициту ОЦК
- г) Дефициту ГО
- д) Дефициту ОЦП

44. Больной поступил в клинику с неоднократной рвотой кровью со сгустками. Язвенный анамнез отрицает, злоупотребляет алкоголем. В анамнезе панкреатит. Наиболее вероятной причиной кровотечения может быть:

- а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- б) Язва желудка
- в) Рак желудка
- г) Синдром Меллори-Вейсса
- д) Синдром Золлингера-Элиссона

45. У больного с дивертикулезом левой половины ободочной кишки развилось профузное кровотечение. Ваша тактика:

- а) Удаление кровоточащего дивертикула
- б) Левосторонняя гемиколоэктомия
- в) Сигмотомия перевязка кровоточащего сосуда
- г) Электокоагуляция кровоточащего сосуда
- д) Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда

46. У больного с желудочным кровотечением выявлены множественные выступающие над слизистой желудка папуллообразные кровоточащие образования диаметром 0,2-0,3 см. Нарушений со стороны свертывающей системы крови нет. Назовите наиболее вероятное заболевание:

- а) эрозивный гастрит
- б) гемофилия
- в) гемангиоматоз (болезнь Рандю-Ослера)
- г) болезнь Менетрие
- д) ожог желудка соляной кислотой

47. Операция-эзофагокардиомиотомия показана:

- а) При карциноме пищевода
- б) При ахалазии пищевода
- в) При диафрагмальной грыже
- г) При грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- д) При всем перечисленном

48. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется: 1. Эзофагитом 2. Надрывами слизистой дна желудка 3. Зиянием кардиального жома 4.

Эндоскопическая картина решающего значения не имеет 5. Надрывами слизистой гастро-эзофагального отдела

- а) Верно 1, 2, 3
- б) Верно 2, 3, 4
- в) Верно 3, 4, 5
- г) Верно 2 и 5
- д) Верно 1 и 3

49. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является:

- а) Недостаточность кардиального сфинктера
- б) Алкоголизм
- в) Желчно-каменная болезнь
- г) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
- д) Употребление горячей пищи

50. При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают:

Дробное рациональное питание 2. Возвышенное положение туловища во время сна 3. Нормализацию массы тела при ожирении 4. Диеты с низким содержанием клетчатки 5. Ношение свободного (не тесного) белья

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно всё перечисленное
- д) Верно 3,4,5

51. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет следующие характерные симптомы: 1. Затрудненное дыхание 2. Рвота 3. Цианоз 4. Анемия 5. Заполненные газом петли кишечника в грудной клетке, выявленные при рентгенологическом исследовании

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,3,4,5

52. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерны: 1. Рефлюкс-эзофагит 2. Ущемление 3. Кровотечение 4. Появление язвы желудка 5. Экстракардиальная стенокардия

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 2,3,4,5

53. Клиническими проявлениями скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

- а) дисфагия
- б) частая рвота желудочным содержимым
- в) частые изжоги
- г) похудание
- д) неустойчивый стул

Эталоны ответов:

1) б	15) а	29) а	43) г
2) в	16) б	30) в	44) г
3) а	17) г	31) в	45) б
4) в	18) д	32) д	46) в
5) б	19) а	33) в	47) б
6) а	20) а	34) д	48) д
7) б	21) г	35) д	49) а
8) б	22) г	36) г	50) г
9) д	23) г	37) д	51) г
10) в	24) в	38) г	52) г
11) а	25) г	39) д	53) в
12) в	26) г	40) в	
13) в	27) д	41) а	
14) г	28) в	42) г	

Список литературы:

Основная литература:

1. Бородач А.В. Современная концепция язвенной болезни: насколько она обоснована// Хирургия.- 2013.-№10.- С.38-42.

2. Сажин И.В., Сажин В.П., Нуждихин А.В. Лапароскопическая резекция желудка при язвенной болезни// Хирургия.- 2014.- №4.- С.8-11.

3. Репин В.Н., Костылев Л.М. и др. Хирургическая тактика и причины летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях //Хирургия. - М., 2010, №3, С.27-30.

4. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами //Хирургия. - М., 2009, №3, С.10-16.

5. Ступин В.А. и соавт. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях// Хирургия.- 2013.- № 5.- С. 31-35.

6. Сажин И.В., Сажин В.П., Савельев В.М. Комплексное применение лапароскопической ваготомии при длительно нерубцующихся язвах после гастродуоденальных кровотечений// Хирургия.- 2014.- №3.- С. 3-5.

7. Аксёнов И.В. Экстренные операции на высоте язвенных гастродуоденальных кровотечений (Материалы Пленума правления РОХ «Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта»)// Вестник экспериментальной и клинической хирургии.- 2014.- Прил.1.- С.7.

8. Кириенко А.И. и соавт. Желудочно-кишечное кровотечение как осложнение имплантации кава-фильтра// Хирургия.- 2013.- № 10.- С. 53.

Дополнительная литература:

1. Михайлов, А.Н. Рентгенологическая диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.Н. Михайлов, А.В. Лой, В.Б. Римашевский // Здоровоохранение. – 2010. – №8. – С. 30–33
2. Мастыкова, Е.К. Пищевод Барретта в структуре гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: современные представления / Е.К. Мастыкова, М.Р. Конорев, М.Е. Матвеев // Вестник ВГМУ. – 2010. – Т.9, №4. – С. 65 – 74.
3. Римашевский, В.Б. Рентгенодиагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы / В.Б. Римашевский, А.Н. Михайлов // М-лы V Всерос. Нац. конгр. лучевых диагностов и терапевтов «Радиология 2011», Москва. 25–27 мая 2011. – М., 2011. – С. 366.
4. Михайлов, А.Н. Зависимость уровня заброса контрастного препарата в пищевод от степени грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / А.Н. Михайлов / Сб. науч. работ «Невский радиологический форум 2011» 2–5 апреля 2011 г. – СПб., 2011 – С. 152.
5. Валитова, Э.Р. Функциональные методы исследования пищевода / Э.Р. Валитова, Д.С. Бордин, О.С. Васнев // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2010. – № 310. – С. 71 –74.
6. Ситникова, У.Б. Клинико-патогенетическое значение гастроэзофагеального рефлюкса у больных ИБС / У.Б. Ситникова, Н.М. Балабина // Сибирский мед. журн.–2010. –№5. – С. 20–23.

9.6. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП6

«Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний панкреатодуоденальной зоны».

Пояснительная записка

Актуальность. Заболевания печени и желчного пузыря представляют большой раздел патологии, с которым сталкиваются врачи многих специальностей (инфекционисты, терапевты, хирурги). Образование и выделение желчи, нарушение функций желчного пузыря могут сопровождать заболевание печеночной паренхимы, а также вызывать вторично ее повреждение. В последние годы отмечается рост заболеваемости печени вирусной этиологии, опасных в большей степени своими осложнениями. Наиболее уязвимой из всех органов пищеварения является поджелудочная железа. Диагностика заболеваний поджелудочной железы непростая задача даже для опытного специалиста

Цель: изучить возможности эндоскопических методов в лечении заболеваний панкреатодуоденальной зоны.

Характеристика компетенций врача, совершенствующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндоскопия».

Врач-специалист эндоскопист должен обладать профессиональными компетенциями (ПК):

Профессиональные компетенции характеризуются:

в диагностической деятельности:

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-1);

- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-2);

- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов грудной и брюшной полости, 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 и трахеобронхиального дерева (ПК-3);

в лечебной деятельности:

- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при заболеваниях органов грудной и брюшной полостей при наиболее часто встречающихся заболеваниях, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и кровообращения; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения при желудочно-кишечных и легочных кровотечениях, использовать методики их немедленного устранения (ПК-4);

осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии профильным больным (ПК-5);

в реабилитационной деятельности:

– способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма (ПК-6);

– способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии (ПК-7);

в профилактической деятельности:

– способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения (ПК-8);

– способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК-9).

Врач-специалист по эндоскопии должен знать:

Специальные знания:

– топографическую анатомию бронхолегочного аппарата, пищеварительного тракта, органов брюшной полости и малого таза, анатомические и физиологические особенности детского возраста;

– этиопатогенетические механизмы основных заболеваний, с которыми обычно встречается врач-эндоскопист;

– клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний легких (острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы, пневмонии, доброкачественных и злокачественных опухолей легких, диссеминированных заболеваний легких);

– клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний желудочно-кишечного тракта (эзофагита, гастрита, язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественных и доброкачественных опухолей желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки, заболеваний оперированного желудка, хронического колита, гепатита и цирроза печени, панкреатита и холецистита, опухоли панкреатодуоденальной зоны);

– клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний органов малого таза (доброкачественных и злокачественных опухолей матки и придатков, воспалительных заболеваний придатков, внематочной беременности);

– клиническую симптоматику основных хирургических и терапевтических заболеваний;

– диагностические и лечебные возможности различных эндоскопических методов;

– показания и противопоказания к диагностической и лечебно-оперативной ЭГДС, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии;

– способы обработки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов;

– принципы обследования и подготовки больных к эндоскопическим методам исследования и ведения больных после исследований;

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

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 исследования;
- выявить аллергическую предрасположенность больного к анестетикам с тем, чтобы определить вид анестезии, при которой будет выполняться эндоскопическое исследование;
- определить показания и противопоказания к выполнению того или иного эндоскопического исследования;
- научить больного правильно вести себя во время эндоскопического исследования;
- выбрать оптимальный вид и тип эндоскопа в зависимости от характера планируемого эндоскопического исследования;
- выбрать способы биопсии и уметь их выполнять;
- визуально четко определять анатомические границы отделов исследуемых органов и физиологических сужений;
- правильно оценивать ответные реакции сфинктерных аппаратов исследуемых органов в ответ на введение эндоскопа и воздуха;
- определить нозологическую форму заболевания на основании выявленных макроскопических признаков изменений слизистых, серозных покровов или тканей паренхиматозных органов;
- правильно оформить протокол эндоскопического исследования;
- уметь составить отчет о проделанной работе с проведением анализа эндоскопической деятельности.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть:

- техникой эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС; всех отделов толстой и терминального отдела подвздошной кишки – при колоноскопии; трахеобронхиального дерева, вплоть до бронхов 5 порядка – при бронхоскопии, серозных покровов, а также абдоминальных органов брюшной полости - при лапароскопии;
- прицельной биопсией из патологических очагов слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- методом фиксации материала биопсии для гистологического исследования;
- техникой выполнения мазков-отпечатков для цитологического исследования;
- методами осуществления забора асцитической жидкости, выпота из брюшной полости для цитологического исследования и посевов.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть следующими практическими навыками:

- эзофагогастродуоденоскопии;
- лапароскопии;
- прицельной биопсии из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- удаления доброкачественных опухолей из желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева во время эндоскопического исследования;
- выполнения местного гемостаза во время ЭГДС и бронхоскопии;
- папиллосфинктеротомии и вирсунготомии и извлечения камней из протоков;
- установки зонда для питания;
- дренирования брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 6 (очная форма обучения).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад.)	В том числе
			Очное обучение

			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
6.1	Острый панкреатит. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
6.2	Лапароскопия в диагностике острого панкреатита	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
6.3	Дуоденоскопия в диагностике заболеваний ДПК	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
6.4	Опухоли поджелудочной железы. Диагностическая и лечебная лапароскопия, дуоденоскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
6.5	Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
6.6	ЖКБ, острый и хронический холецистит. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
6.7	Видеолапароскопическая холецистэктомия – показания, противопоказания, осложнения	8	-	2	6	Текущий контроль (тестирование)
6.8	Постхолецистэктомический синдром. Диагностическая и лечебная дуоденоскопия, холедохоскопия.	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
6.9	Холедохоскопия в диагностике заболеваний желчных путей	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
	ИТОГО	25	9	10	6	Промежуточный контроль (тестирование)

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 6 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
6.1	Острый панкреатит. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.2	Лапароскопия в диагностике острого панкреатита	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.3	Дуоденоскопия в диагностике заболеваний ДПК	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.4	Опухоли поджелудочной железы. Диагностическая и лечебная лапароскопия, дуоденоскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-

6.5	Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.6	ЖКБ, острый и хронический холецистит. Диагностическая и лечебная лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.7	Видеолапароскопическая холецистэктомия – показания, противопоказания, осложнения	8	-	2	6	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
6.8	Постхолецистэктомический синдром. Диагностическая и лечебная дуоденоскопия, холедохоскопия.	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
6.9	Холедохоскопия в диагностике заболеваний желчных путей	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
	ИТОГО	25	6	10	6	Промежуточный контроль (тестирование)	3	-	Промежуточный контроль (тестирование)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 6

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
6.1	Острый панкреатит. Диагностическая и лечебная лапароскопия.
6.1.1	Клинические формы острого панкреатита
6.2	Лапароскопия в диагностике острого панкреатита
6.3	Дуоденоскопия в диагностике заболеваний ДПК
6.4	Опухоли поджелудочной железы. Диагностическая и лечебная лапароскопия, дуоденоскопия.
6.4.1	Кисты поджелудочной железы. Диагностическая и лечебная лапароскопия, дуоденоскопия.
6.5	Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
6.5.1	Показания к ЭРПХГ
6.5.2	Техника проведения
6.6	ЖКБ, острый и хронический холецистит. Диагностическая и лечебная лапароскопия.
6.7	Видеолапароскопическая холецистэктомия – показания, противопоказания, осложнения
6.8	Постхолецистэктомический синдром. Диагностическая и лечебная дуоденоскопия, холедохоскопия.
6.9	Холедохоскопия в диагностике заболеваний желчных путей

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего контроля:

Варианты тестовых заданий для промежуточного, текущего контроля:

1. Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать: 1. Обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки 2. Деформацию двенадцатиперстной кишки 3. Стеноз двенадцатиперстной кишки 4. Стойкий парез кишечника 5. Прорастание опухоли в головку поджелудочной железы

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,3,4,5

2. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть: 1. Дуоденостаз 2. Стеноз сфинктера Одди 3. Проявление аллергии 4. Заброс желчи в панкреатический проток 5. Инфекционные заболевания (гепатиты)

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5

- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,2,3,4

3. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения: 1. Абсцесс поджелудочной железы 2. Флегмона забрюшинной клетчатки 3. Ферментативный перитонит 4. Острая сердечная недостаточность 5. Обтурационная кишечная непроходимость

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

4. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует:

- а) Ограничению патологического процесса в брюшной полости
- б) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
- в) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
- г) Улучшению кровоснабжения железы
- д) Уменьшению активности протеолитических ферментов

5. Ингибиторы протеаз обладают следующими свойствами:

- а) Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы
- б) Блокирует аутокаталитическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
- в) Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
- г) Купируют процессы кининообразования
- д) Улучшает кровоснабжение поджелудочной железы

6. При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия: 1. Необходимость купировать болевой синдром 2. Восполнение объема циркулирующей крови 3. Назначение больших доз антибиотиков 4. Проведение комплексной детоксикации 5. Лечение нарушения сократительной функции миокарда

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,3,4,5

7. Исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания: 1. Образование ложной кисты 2. Развитие хронического панкреатита 3. Появление сахарного диабета 4. Развитие кистозного фиброза железы 5. Возникновение инсуломы

- а) Верно 1,2,4,5
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

8. При остром панкреатите наибольшее количество активированных панкреатических ферментов содержится:

- а) В артериальной крови
- б) В венозной крови
- в) В экссудате брюшной полости
- г) В лимфе
- д) В моче

9. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:

- а) Беременность
- б) Хронический холецистит
- в) Алкоголизм
- г) Травма живота
- д) Применение кортикостероидов

10. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет:

- а) 16 единиц
- б) 32 единицы
- в) 64 единицы
- г) 128 единиц
- д) 256 единиц

11. Для течения жирового панкреонекроза характерно: 1. Образование постнекротического инфильтрата 2. Изолированный пневмоторакс поперечно-ободочной кишки 3. Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости 4. Положительный симптом Воскресенского 5. Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 2,3,4,5

12. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить:

- а) Купирование болевого синдрома
- б) Снятие спазма сфинктера Одди
- в) Ускорение секвестрации ткани поджелудочной железы
- г) Уменьшение секреторной активности и отека поджелудочной железы
- д) Инактивизация протеаз в крови и детоксикацию

13. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:

- а) Травма живота
- б) Применение кортикостероидов
- в) Алкоголизм
- г) Хронический холецистит
- д) Цирроз печени

14. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается: 1. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных полипептидов 2. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных липидов 3. Попаданием в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов 4. Активированием калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови 5. Наличие высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

15. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является:

- а) Эзофагит, вызванный попаданием трипсина
- б) Рецидив кисты
- в) Послеоперационное кровотечение
- г) Инфекция
- д) Злокачественное перерождение

16. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является:

- а) Медикаментозное лечение
- б) Марсупилинизация
- в) Резекция тела поджелудочной железы
- г) Лучевая терапия
- д) Иссечение кисты

17. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется наложение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является:

- а) Цистогастростомия
- б) Цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
- в) Цистоеюностомия на отключенной петле
- г) Цистостомия
- д) Цистодуоденостомия

18. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен: 1. Канцероматоз брюшины 2. Нарушением портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень 3. Сдавлением воротной вены опухолью 4. Тромбозом воротной вены опухолью 5. Спленомегалией

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

19. У больного раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью возникает: 1. Болей в верхнем отделе живота 2. Нарушения переваривания пищи 3. Кишечных расстройств 4. Похудания 5. Исчезновение сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли

- а) Верно 1,3,4,5
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,2,3,4

20. При формировании наружного панкреатического свища показано:

- а) иссечение свища
- б) наложение анастомоза между свищом и тонокой кишкой
- в) резекция поджелудочной железы
- г) консервативная терапия, направленная на угнетение эндокринной функции поджелудочной железы (5-фторурацил, рибонуклеаза, соматостатин), жировая диета
- д) пломбировка свища

21. Главным источником интоксикации при остром панкреатите в первом периоде заболевания является:

- а) кининовый "взрыв"
- б) феномен "уклонения ферментов"
- в) значительное повышение активности апуд-системы

- г) выброс простогландинов
- д) отек брыжейки ободочной кишки

22. Нарушение гемодинамики при остром панкреатите в первой фазе обусловлено:

- а) атоксической дилатацией сосудов
- б) резким повышением емкости портальной системы
- в) повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межуточное пространство
- г) сердечной недостаточностью
- д) перегрузкой правого сердца

23. Для снятия болевого синдрома при остром панкреатите можно применять: 1. введение баралгина и его аналогов 2. введение промедола, дипидолора. 3. выполнение различных новокаиновых блокад. 4. введение морфина, фентанила. 5. продленная перидуральная блокада.

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 1,3,4,5
- в) верно 2,3,4,5
- г) верно 1,2,3,5
- д) верно 1,2,3,4,5

24. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует: 1. ограничению патологического процесса в брюшной полости 2. прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство 3. прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки 4. улучшению кровоснабжения железы 5. уменьшению активности протеолитических ферментов

- а) верно 1,2,3,5
- б) верно 1,3,4,5
- в) верно 2,3,4,5
- г) верно 1,2,3,4,5
- д) верно 1,2,3,4

25. При отечной форме панкреатита во время лапароскопии можно обнаружить все следующие признаки, за исключением:

- а) отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки
- б) уменьшения в размерах желчного пузыря
- в) выбухания стенки желудка кпереди
- г) гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости
- д) серозного выпота в подпеченочном пространстве

26. Наиболее частой причиной хронического панкреатита является:

- а) хронический алкоголизм
- б) ЖКБ
- в) гиперпаратиреоз
- г) наследственный фактор
- д) травма

Эталонные ответы:

- | | | |
|------|-------|-------|
| 1) г | 8) в | 15) д |
| 2) д | 9) б | 16) д |
| 3) д | 10) в | 17) в |
| 4) д | 11) в | 18) д |
| 5) а | 12) в | 19) д |
| 6) в | 13) в | 20) г |
| 7) д | 14) д | 21) б |

22) в
23) г

24) д
25) б

26) а

Список литературы:
Основная литература:

1. Кубышкин В.А., Вишневецкий В.А. Рак поджелудочной железы. М.:Медпрактика-М,2003. 380 с.
2. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов панкреатодуоденальной зоны. М.: Медицина, 2007. 447 с.
3. Кармазановский Г.Г., Федоров В.Д. Компьютерная томография поджелудочной железы и органов брюшинного пространства. М.: Изд. дом Русский врач, 2002. 358
4. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2008. 949 p.
5. Howard T.J., Krug J.E., Yu J. et al. A margin-negative R0 resection accomplished with minimal postoperative complications is the surgeon's contribution to long-term survival in pancreatic cancer. J. Gastrointest. Surg. 2006; 10: 1338-1345.
6. Lassen K., Coolsen M., Slim K. et al. Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced recovery after surgery (ERAS) Society recommendations. Clin. Nutrition. 2012; 31: 817-830.
7. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Красногоров В.Б. и др. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечение) Анналы хирургической гепатологии, 2006, т.11, №1, с. 60 – 66
8. Дибиров М.Д., Юанов А.А. Панкреонекроз. Протокол диагностики и лечения. Учебно-методическое пособие. Москва, 2012, с. 366
9. Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовестнов Д.А. и др. Диагностика и лечение острого панкреатита. М., 2013, «ВИДР», с. 382
10. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Будурова М.Д., Алтунин А.И. Панкреонекроз. М., 2007, с.223
11. Международная Ассоциация Панкреатологов (Индия, г.Кочин) – 2012г (Dellinger E.P., Forsmark C.E., Layer P., Levy P., Maravi-Poma E., Petrov M.S., Shimosegawa T., Siriwardena A.K., Uomo G.,Whitcomb D.C., Windsor J.A. Determinant_based classification of acute pancreatitis severity: an international multidisciplinary consultation. Ann. Surg. 2012; 256 (6): 875–880.)
12. Международная рабочая группа по классификации острого панкреатита (Американская коллегия гастроэнтерологов) – 2012г. (Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., Gooszen H.G., Johnson C.D., Sarr M.G., Tsiotos G.G., Vege S.S. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis 2012:revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013; 62 (1): 102–111).
13. Прудков М.И. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению Уральского Федерального округа, Екатеринбург, 2013, с. 23 – 29
14. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Острый панкреатит. Национальное руководство по хирургии. 2009, т.2, с. 196 – 229.
15. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. МИА, 2008, с. 259
16. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. и др. Деструктивный панкреатит. Доказательные методы диагностики и лечения. Методические рекомендации. М., 2008, с. 11
17. Сахно В.Д., Майнулов А.М., Власова Н.В., Бочкарева И.В. Некротический панкреатит, протоколы лечения. Анналы хирургической гепатологии, 2005, т.10, № 1, с. 107 – 112
18. Филимонов М.И., Бурневич С.З. Хирургия панкреонекроза. 80 лекций по хирургии под редакцией В.С. Савельева. М., «Литтера», 2008, с. 447 – 455.

19. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Pancreas. R. Meier, J. Ockenga, M. Pertkiewicz, A. Pap, N. Milinice, J. MacFie, DGEM: C. Loser, V. Keim. *Clinical Nutrition* (2006) 25, 275-284
20. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Pancreas. L. Gianotti, R. Meier, D.N. Loboc, C. Bassi, C.H.C. Dejonge, J. Ockenga, O. Irtung, J. MacFie. *Clinical Nutrition* 28 (2009) 428-35
21. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). Stephen A. McClave, Robert G. Martindale, Vincent W. Vanek, Mary McCarthy, Pamela Roberts, Beth Taylor, Juan B. Ochoa, Lena Napolitano, Gail Cresci, the A.S.P.E.N. Board of Directors and the American College of Critical Care Medicine *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2009 33: 277-316
22. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. *Pancreatology* 13 (2013) e1-e15
23. International Consensus Guidelines for Nutrition Therapy in Pancreatitis. Jay M. Mirtallo, Alastair Forbes, Stephen A. McClave, Gordon L. Jensen, Dan L. Waitzberg, Andrew R. Davies and for the International Consensus Guideline Committee Pancreatitis Task Force *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2012 36: 284
24. Tina Jafari, Awat Feizi, Gholamreza Askari, Aziz A. Fallah. Parenteral immunonutrition in patients with acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr.* 2014 May 28. pii: S0261-5614(14)00139-3. doi: 10.1016/j.clnu.2014.05.008. [Epub ahead of print]
25. Шаповальянц С.Г. и соавт. Хирургическая тактика лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, у больных с измененной анатомией билиодуоденальной области// *Хирургия.*-2011.-№10.-С.35-38.
26. Никольский В.И. и соавт. Чрескожные чреспеченочные вмешательства при билиарной гипертензии// *Хирургия.*- 2013.- №10.- С.72-76.
27. Гальперин Э.И., Котовский А.Е., Момунова О.Н. Темп декомпрессии желчных протоков при механической желтухе// *Хирургия.*- 2011.- № 8.- С. 33-40.
28. Алиев Ю.Г. и соавт. Холецистэктомия из минидоступа у больных калькулёзным холециститом// *Хирургия.*- 2013.- №11.- С.32
29. Никольский В.И. и соавт. Чрескожные чреспечёночные вмешательства при билиарной гипертензии// *Хирургия.*- 2013.- №10.- С. 72
30. Needle-knife sphincterotomy as a precut procedure: A retrospective evaluation of efficacy and complications /W. Bruins Slot, M.N. Schoeman, J.A. Disario et al. // *Endoscopy.*- 1996.- 28.- Р. 334-339.
31. Ерамишанцев А. К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка// *Анн.хир.гепатол.*- 2007.-Т.12,№ 2.- С.8-16.
32. Шерцингер А.Г. и соавт. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных портальной гипертензией// *Хирургия.*- 2013.- № 2.- С. 30-34.
33. Альперович Б.И. *Хирургия печени.* - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с.
34. *Руководство по хирургии желчных путей.* 2 е изд. Под редакцией Гальперина Э.И., Ветшева П.С. - М.: Издательский дом Видар М, 2009. - 568 с.
35. Патютко Ю.И. *Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени.* - М.: Практическая медицина, 2011. - 311 с.

Дополнительная литература:

1. Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Гришин И.Н. и соавт. Патогенетическое обоснование первичных и повторных операций на поджелудочной железе при хроническом панкреатите. *Анналы хирургической гепатологии.* 2012; 3(17): 80-88.
2. Кригер А.Г., Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г. с соавт. Послеоперационный панкреатит при хирургических вмешательствах на поджелудочной железе. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2012; 4: 14-19.
3. Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Вишневский В.А. с соавт. Экстирпация дистальной культы поджелудочной железы при профузном внутрибрюшном аррозионном кровотечении, обусловленным послеоперационным панкреонекрозом. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2012; 11: 4-7.

4. Кубышкин В.А., Козлов И.А., Кригер А.Г., Чжао А.В. Хирургическое лечение хронического панкреатита и его осложнений. *Анналы хирургической гепатологии*. 2012; 4: 24-35.
5. Третьяк С. И., Рацинский С. М., Рацинская Н. Т. Варианты повторных и реконструктивных операций у больных хроническим панкреатитом. *Анналы хирургической гепатологии*. 2012; 2(17): 65-71.
6. Федоров В.Д., Кригер А.Г., Цыганков В.Н. Лечение больных с хроническим панкреатитом, осложненным ложными аневризмами артерий бассейна чревного ствола. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2010; 169(1): 44-52.
7. Buchler M.W., Martignoni M.E., Friess H., Malfertheiner P. A proposal for a new clinical classification of chronic pancreatitis. *BMC Gastroenterol*. 2009; 9(1): 93-100.
8. DeRosa A., Gomez D., Pollock J.G. et al. The radiological management of pseudoaneurysms complicating pancreatitis. *JOP*. 2012 Nov; 13(6): 660-666.
9. Dumonceau J.M., Delhaye M., Tringali A. et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2012; 44: 784–796.
10. Fankhauser G., Stone W., Naidu S. The minimally invasive management of visceral artery aneurysms and pseudoaneurysms. *J Vasc Surg*. 2011; 53: 966-970.
11. Hoffmeister A., Mayerle J., Beglinger C. et al. Consensus guidelines on definition, etiology, diagnosis and medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS). *Z Gastroenterol*. 2012; 50(11): 1176-1224.
12. Tamura R., Ishibashi T., Takahashi S. Chronic pancreatitis: MRCP versus ERCP for quantitative caliber measurement and qualitative valuation. *Radiology*. 2006; 238: 920-928.
13. Varadarajulu S., Trevino J., Wilcox C.M. et al. Randomized trial comparing EUS and surgery for pancreatic pseudocyst drainage. *Gastrointest Endosc*. 2010; 71: AB116-AB116.
14. Frullonia L., Gabbriellini A., Pezzillic R. et al. Chronic pancreatitis: Report from a multicenter Italian survey (PanCroInfAISP) on 893 patients. 2009 April; 41(4): 311–317.
15. Федоров В.Д., Кубышкин В. А., Вишневский В.А. и др. Радиочастотная абляция злокачественных опухолей печени // *Анналы хирургической гепатологии*. -2009. - Т. 10. - № 3. - С. 7-16.
16. Израйлов Р.Е., Алиханов Р.Б., Хатьков И.Е. и др. Лапароскопические симультанные обширные резекции печени и резекции толстой кишки: можно ли выполнять безопасно // *Эндоскопическая хирургия*. – 2014 - № 1. — С. 171-172.
17. Александров К.Р., Вишняков Д.В., Уткин Д.И. и др. Лапароскопические операции при метастазах колоректального рака в печень // *Эндоскопическая хирургия*. – 2014 - № 1. — С. 10-1.
18. Constantine Ch. Karaliotas, Christoph E. Broelsch, Nagy A. Habib (Eds.)
19. *Liver and Biliary Tract Surgery* – SpringerWienNewYork, 2006. – 638 с.
20. Iwatsuki S., Esquivel C, Gordon R., Starzl T.E. Liver resection for metastatic colorectal cancer // *Surgery*, 2010- Vol. 100.- N4.- P. 804-810.
21. Korpan N.ed. *Basix of Cryosurgery*. — Wien, New York: Springer, 2009.

9.7. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ МСП7

«Лечебная и оперативная эндоскопия заболеваний тонкого и толстого кишечника».

Пояснительная записка

Актуальность. Возможность проведения диагностической и лечебной эндоскопии кишечника позволяет выявить заболевание на ранних стадиях и обойтись без обширного оперативного вмешательства

Цель: изучить возможности эндоскопии в лечении заболеваний тонкого и толстого кишечника.

Характеристика компетенций врача, совершенствующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки врачей по специальности «Эндоскопия».

Врач-специалист эндоскопист должен обладать профессиональными компетенциями (ПК):

Профессиональные компетенции характеризуются:

в диагностической деятельности:

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-1);

- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева (ПК-2);

- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов грудной и брюшной полости, 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 и трахеобронхиального дерева (ПК-3);

в лечебной деятельности:

- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при заболеваниях органов грудной и брюшной полостей при наиболее часто встречающихся заболеваниях, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и кровообращения; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения при желудочно-кишечных и легочных кровотечениях, использовать методики их немедленного устранения (ПК-4);

- осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии профильным больным (ПК-5);

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма (ПК-6);

- способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии (ПК-7);

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения (ПК-8);

- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК-9).

Врач-специалист по эндоскопии должен знать:

Специальные знания:

- топографическую анатомию бронхолегочного аппарата, пищеварительного тракта, органов брюшной полости и малого таза, анатомические и физиологические особенности детского возраста;

- этиопатогенетические механизмы основных заболеваний, с которыми обычно встречается врач-эндоскопист;

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний легких (острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы, пневмонии, доброкачественных и злокачественных опухолей легких, диссеминированных заболеваний легких);

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний желудочно-кишечного тракта (эзофагита, гастрита, язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественных и доброкачественных опухолей желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки, заболеваний оперированного желудка, хронического колита, гепатита и цирроза печени, панкреатита и холецистита, опухоли панкреатодуоденальной зоны);

- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний органов малого таза (доброкачественных и злокачественных опухолей матки и придатков, воспалительных заболеваний придатков, внематочной беременности);

- клиническую симптоматику основных хирургических и терапевтических заболеваний;

- диагностические и лечебные возможности различных эндоскопических методов;

- показания и противопоказания к диагностической и лечебно-оперативной ЭГДС, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии;

- способы обработки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов;

- принципы обследования и подготовки больных к эндоскопическим методам исследования и ведения больных после исследований;

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

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 исследования;

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

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

- научить больного правильно вести себя во время эндоскопического исследования;

- выбрать оптимальный вид и тип эндоскопа в зависимости от характера планируемого эндоскопического исследования;

- выбрать способы биопсии и уметь их выполнять;

- визуально четко определять анатомические границы отделов исследуемых органов и физиологических сужений;

- правильно оценивать ответные реакции сфинктерных аппаратов исследуемых органов в ответ на введение эндоскопа и воздуха;

- определить нозологическую форму заболевания на основании выявленных макроскопических признаков изменений слизистых, серозных покровов или тканей паренхиматозных органов;

- правильно оформить протокол эндоскопического исследования;

- уметь составить отчет о проделанной работе с проведением анализа эндоскопической деятельности.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть:

- техникой эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС; всех отделов толстой и терминального отдела подвздошной кишки – при колоноскопии; трахеобронхиального дерева, вплоть до бронхов 5 порядка – при бронхоскопии, серозных покровов, а также абдоминальных органов брюшной полости - при лапароскопии;

- прицельной биопсией из патологических очагов слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;

- методом фиксации материала биопсии для гистологического исследования;

- техникой выполнения мазков-отпечатков для цитологического исследования;

- методами осуществления забора асцитической жидкости, выпота из брюшной полости для цитологического исследования и посевов.

Врач-специалист по эндоскопии должен владеть следующими практическими навыками:

- колоноскопии;

- лапароскопии;

- прицельной биопсии из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- извлечения инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов желудочно-кишечного тракта и толстой кишки во время эндоскопического исследования;
- удаления доброкачественных опухолей из желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева во время эндоскопического исследования;
- дренирования брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 7 (очная форма обучения).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе			
			Очное обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля
7.1	Лапароскопическая хирургия толстой и прямой кишки.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
7.2	Видеоэндоскопические резекции толстой кишки	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
7.3	Воспалительные заболевания толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
7.5	Неотложная колоноскопия	2	-	2		Текущий контроль (тестирование)
7.7	Заболевания аноректальной области. Диагностическая и лечебная ректоскопия	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
7.8	Лапароскопическая диагностика заболеваний органов малого таза	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)
7.9	Роль колоноскопии в ранней диагностике рака толстой кишки. Способы подготовки к колоноскопии	3	3	-	-	Текущий контроль (тестовый)
7.10	Рак толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия, лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
7.11	Рак прямой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия, лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
	ИТОГО	20	14	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МОДУЛЯ МСП 7 (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий).

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе	
			Очное обучение	Дистанц. обучение

			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	кон- Форма троля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	кон- Форма троля
7.1	Лапароскопическая хирургия толстой и прямой кишки.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.2	Видеоэндоскопические резекции толстой кишки	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.3	Воспалительные заболевания толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.4	Неотложная колоноскопия	2	-	2		Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.5	Заболевания аноректальной области. Диагностическая и лечебная ректоскопия	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
7.6	Лапароскопическая диагностика заболеваний органов малого таза	2	-	2	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.7	Роль колоноскопии в ранней диагностике рака толстой кишки. Способы подготовки к колоноскопии	3	-	-	-	-	3	-	Текущий контроль (тестовый)
7.8	Рак толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия, лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
7.9	Рак прямой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия, лапароскопия.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)	-	-	-
	ИТОГО	20	8	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)	6	-	Промежуточный контроль (тестирование)

СОДЕРЖАНИЕ ТЕМ МОДУЛЯ МСП 7

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
7.1	Лапароскопическая хирургия толстой и прямой кишки.
7.2	Видеоэндоскопические резекции толстой кишки
7.3	Воспалительные заболевания толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия.
7.3.1	Неспецифический язвенный колит Диагностическая и лечебная колоноскопия.
7.3.2	Болезнь Крона. Диагностическая и лечебная колоноскопия.
7.4	Неотложная колоноскопия
7.5	Заболевания аноректальной области. Диагностическая и лечебная ректоскопия
7.6	Лапароскопическая диагностика заболеваний органов малого таза
7.7	Роль колоноскопии в ранней диагностике рака толстой кишки. Способы подготовки к колоноскопии
7.8	Рак толстой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия, лапароскопия.
7.9	Рак прямой кишки. Диагностическая и лечебная колоноскопия, лапароскопия.

Форма контроля: промежуточное, текущее тестирование.

Варианты тестовых заданий для промежуточного и текущего тестирования:

1. Относительными противопоказаниями для колоноскопической полипэктомии являются

- а) нарушения свертывающей системы крови
- б) тяжелые формы сахарного диабета
- в) кровоточащий геморрой
- г) состояние после операции Гартмана
- д) правильно а) и б)

2. Одномоментальной электроэксцизии подлежат

- а) полипы на длинной ножке, независимо от размеров головки
- б) полипы на узком основании, независимо от их размеров
- в) полипы на широком основании, независимо от их размеров
- г) полипы на короткой толстой ножке, независимо от размеров головки
- д) правильно а) и б)

3. Через колоноскоп по частям целесообразно удалять

- а) полипы на широком основании, независимо от их размеров
- б) полипы на длинной ножке, головка которых не более 1.5-2 см в диаметре
- в) полипы на широком основании, диаметр которых более 1.5-2 см
- г) полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 1.5-2 см
- д) правильно в) и г)

4. Методом "горячей биопсии" целесообразно удалять

- а) мелкие (до 0.5 см) полипы на широком основании
- б) крупные (более 1.5-2 см) полипы на широком основании
- в) крупные полипы на короткой толстой ножке
- г) стелющиеся villous опухоли
- д) полиповидный рак

5. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопической полипэктомии являются все перечисленные, кроме

- а) стелющиеся villous опухоли
- б) полипы на широком основании диаметром более 3 см или на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 3 см
- в) полиповидный рак до 3 см в диаметре
- г) аденомы с инвазивным ростом рака

6. При наличии в толстой кишке нескольких полипов, подлежащих электроэксцизии, в первую очередь удаляют

- а) наиболее крупный полип
- б) наиболее мелкий полип
- в) наиболее проксимально расположенный полип
- г) наиболее дистально расположенный полип
- д) наиболее трудно технически удалимый полип

7. Электрокоагуляция полипа через ректоскоп впервые произведена

- а) в 1921 г
- б) в 1925 г
- в) в 1928 г
- г) в 1931 г
- д) в 1933 г

8. Петлевая электрорезекция полипа через ректоскоп впервые выполнена

- а) в 1928 г
- б) в 1934 г

- в) в 1949 г
- г) в 1952 г
- д) в 1954 г

9. Перед колоноскопической 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

10. Колоноскопическая полипэктомия из ободочной кишки производится

- а) всем больным амбулаторно
- б) всем больным стационарно
- в) госпитализируются только больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями
- г) госпитализируются только больные, у которых выявлены крупные полипы на широком основании
- д) амбулаторно производится только электроэксцизия полипа на ножке

11. К осложнениям, невозможным при проведении полипэктомии из толстой кишки, относятся

- а) кровотечение
- б) перфорация
- в) ожог противоположной стенки
- г) взрыв газа в кишке
- д) инфекционно-токсический шок в результате нарушения барьерной функции слизистой толстой кишки

12. Извлечение отсеченных полипов толстой кишки возможно всеми перечисленными способами, кроме

- а) присасывания полипов к инструментальному каналу и извлечения вместе с аппаратом
- б) с помощью биопсионных щипцов
- в) с помощью полипэктомической петли
- г) с помощью корзинки Dormia
- д) с помощью инъекционной иглы

13. Отсеченный полип толстой кишки можно извлечь всеми перечисленными способами, за исключением

- а) биопсионных щипцов
- б) полипэктомической петли
- в) трехзубого грейфера
- г) эндоскопических ножниц
- д) корзинки Dormia

14. Не определяет способ экстракции удаленных эндоскопически полипов из просвета толстой кишки все перечисленное, кроме

- а) размеров и консистенции полипа
- б) гистологической структуры полипа
- в) места расположения полипа в кишке
- г) способа подготовки кишки к колоноскопической электроэксцизии
- д) функционального состояния толстой кишки (гипертонус, нормотонус, атония)

15. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать грейфером

- а) полипы с плотной неровной поверхностью до 1.5-2 см в диаметре и полипы диаметром до 3 см с остатком ножки
 - б) ворсинчатые полипы до 5 см в диаметре
 - в) гипергрануляции диаметром до 3 см
 - г) мягкие, дольчатые полипы до 3 см в диаметре
16. После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь грейфером
- а) полипы диаметром более 2.5 см
 - б) полипы с плотной неровной поверхностью, диаметром 1.5-2 см
 - в) ворсинчатые полипы диаметром более 4 см
 - г) мягкие, дольчатые полипы до 3 см в диаметре
 - д) правильно все, кроме б)
17. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать корзинкой Дормиа
- а) полипы мягкой консистенции и продолговатой формы диаметром до 1-2 см
 - б) полипы мягкой консистенции диаметром до 3 см
 - в) ворсинчатые полипы диаметром до 3-4 см
 - г) полипы шаровидной формы диаметром до 3 см
 - д) все перечисленное
18. После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлекать корзинкой Дормиа
- а) полипы мягкой консистенции диаметром до 1-2 см
 - б) полипы мягкой консистенции и шаровидной формы диаметром до 3 см
 - в) ворсинчатые полипы диаметром до 3-4 см
 - г) полипы продолговатой формы диаметром до 1-2 см
 - д) правильно б) и в)
19. Способ экстракции полипов из толстой кишки после их электроэксцизии зависит
- а) от размеров и консистенции полипа
 - б) от гистологической структуры полипа
 - в) от места расположения полипа в кишке
 - г) от способа подготовки кишки к колоноскопической электроэксцизии
20. Вакуумэкстракцией после колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать
- а) плотные полипы диаметром до 2.5 см и шаровидные полипы диаметром до 2 см с остатком ножки
 - б) гипергрануляции диаметром до 1 см
 - в) мягкие полипы диаметром до 0.5 см
 - г) ворсинчатые полипы диаметром до 3 см
 - д) все ответы правильные
21. Вакуумэкстракцией после колоноскопической электроэксцизии нельзя извлекать
- а) гипергрануляции диаметром от 0.3 до 0.5 см
 - б) плотные полипы диаметром 2-2.5 см
 - в) ворсинчатые полипы диаметром 4-5 см
 - г) шаровидные полипы диаметром до 2 см с остатком ножки
 - д) правильно а) и в)
22. Полип любой консистенции и размеров после колоноскопической электроэксцизии можно извлечь
- а) корзинкой Дормиа
 - б) грейфером
 - в) биопсионными щипцами

- г)вакуумэкстракцией
- д)петлевым электродом

- 23.После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать биопсионными щипцами
- а)полипы диаметром до 0.6-0.7 см любой консистенции
 - б)рыхлые образования диаметром до 1-1.5 см
 - в)плотные полипы диаметром до 1-1.5 см
 - г)полипы диаметром до 1-1.5 см любой консистенции
 - д)ворсинчатые полипы диаметром до 1.5 см
- 24.После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь биопсионными щипцами
- а)полипы мягкой консистенции диаметром 0.3 см
 - б)полипы с неровной бугристой поверхностью диаметром 1.5 см и ворсинчатые полипы до 1.5 см в диаметре
 - в)полипы шаровидной формы диаметром до 0.5 см
 - г)полипы продолговатой формы до 0.7 см в диаметре
- 25.К случайным инородным телам толстой кишки можно отнести
- а)фруктовые косточки
 - б)зубные протезы
 - в)наконечник от кружки Эсмарха
 - г)каловые камни
 - д)пуговицы
- 26.Контрольный динамический осмотр больных после удаления из толстой кишки полипа с неинвазивной формой роста следует проводить
- а)первые 3 месяца - ежемесячный контроль
 - б)последующие 9 месяцев осмотр производится раз в 3 месяца
 - в)1 раз в 6 месяцев (2-й год после удаления)
 - г)1 раз в год (начиная с 3-го года после удаления в течение последующих 2 лет)
 - д)все ответы правильны

Эталоны ответов:

- | | | |
|------|-------|-------|
| 1) д | 10) б | 19) а |
| 2) д | 11) д | 20) а |
| 3) д | 12) д | 21) д |
| 4) а | 13) г | 22) д |
| 5) б | 14) а | 23) а |
| 6) в | 15) а | 24) б |
| 7) в | 16) д | 25) г |
| 8) в | 17) а | 26) д |
| 9) в | 18) д | |

Список литературы:

Основная литература:

1. Smith N, Brown G. Preoperative staging in rectal cancer. Acta Oncol 2008; 47: 20-31
2. Sauer R, Becker H, Hohenberger W et al. German Rectal Cancer Study Group Preoperative versus post-operative chemoradiotherapy for rectal cancer. N Engl J Med 2004; 351: 1731-1740.
3. Folkesson J, Birgisson H, Pahlman L et al. Swedish Rectal Cancer Trial: Long lasting benefits from radiotherapy on survival and local recurrence rate. J Clin Oncol 2005; 23: 5644-5650.
4. Sebag-Montefiore D for the NCRI colorectal cancer study group and CR0, Steele R, Quirke P et al. Routine short course pre-op radiotherapy or selective post-op chemotherapy for resectable rectal cancer? Pre-

- liminary results of the MRC CR07 randomised trial. ASCO Ann Meeting Proc Part 1 2006; vol. 24: No 18S, abstr 3511.
5. Bujko K, Nowacki MP, Nasierowska-Guttmejer A et al. Long-term results of a randomised trial comparing preoperative short-course radiotherapy vs preoperative conventionally fractionated chemoradiation for rectal cancer. *Br J Surg* 2006; 93: 1215-1223
 6. Collette L, Bosset JF, den Dulk M et al. Patients with curative resection of cT3-4 rectal cancer after preoperative radiotherapy or radiochemotherapy: does anybody benefit from adjuvant fluorouracil-based chemotherapy? *J Clin Oncol* 2007; 25: 4379-4386.
 7. Radu C, Berglund A, Pahlman L, Glimelius B. Short course preoperative radiotherapy with delayed surgery in rectal cancer - a retrospective study. *Radiother Oncol* 2008; 87: 343-3410.
 8. Ганичкин А.М. Хирургия рака толстой кишки
 9. Филлипс Р.К.С.(ред.) Колоректальная хирургия. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009-352с.
 10. D. E. Beck , S. D. Wexner, T. L. Hull , P. L. Roberts, T. J. Saclarides ,A. J. Senagore, M. J. Stamos, S. R. Steele (Editors).The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery.Second Edition, Springer, 2014
 11. Болихов К.В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение). Автореферат канд. мед. наук - М., 2006. - 30с.

Дополнительная литература:

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии М., 2006. 432 с.
2. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Издательство «Литтерра», 2012, 608 с.
3. Chabok A., Pahlman L., Hjern F. et al. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. *Br J Surg* 2012 Jan 30. doi: 10.1002/bjs.8688.
4. Chen C.Y., Wu C.C., Jao S.W., Pai L., Hsiao C.W. Colonic diverticular bleeding with comorbid diseases may need elective colectomy. *J Gastrointest Surg.* 2009;13(3):516-520.
5. Commane D.M., Arasaradnam R.P., Mills S. et al. Diet, ageing and genetic factors in the pathogenesis of diverticular disease. *World J Gastroenterol* 2009 May 28;15(20):2479-2488.
6. Durmishi Y., Gervaz P., Brandt D. et al. Results from percutaneous drainage of Hinchey stage II diverticulitis guided by computer tomography scan. *SurgEndosc* 2006;20:1129-1133.
7. Etzioni D.A., Mack T.M., Beart R.W. et al. Diverticulitis in the United States: 1998-2005. Changing patterns of disease and treatment. *Ann Surg* 2009;249:210-217.
8. Klarenbeek B.R., Samuels M., van der Wal M.A. et al. Indications for elective sigmoid resection in diverticular disease. *Ann Surg* 2010;251(4):670-674.
9. Purkayastha S., Constantinides V.A., Tekkis P.P. et al. Laparoscopic vs. open resection for diverticular disease: A metaanalysis of non-randomized studies. *Dis Colon Rectum* 2006;49:446-463.
10. Richter S., Lindemann W., Kollmar O. et al. One stage sigmoid colon resection for perforated diverticulitis (Hinchey stages III and IV) *World J Surg* 2006;30:1027-1032.
11. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора метода хирургического лечения геморроя. Дисс. д.м.н. М., 19910.
12. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А.. Геморрой. М.: Литтера , 2010, 200 с.
13. Колоректальная хирургия / под ред. Р. К. С. Филлипса ; пер. с англ. под ред. Г. И. Воробьева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 20010. -352 с.
14. Anus. Surgical treatment and pathology. Ed .R.Cohen,A.Windsor.,Springer-Verlag London,2014
15. D. E. Beck , S. D. Wexner, T. L. Hull , P. L. Roberts, T. J. Saclarides , A. J. Senagore M. J. Stamos, S. R. Steele (Editors).The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery.Second Edition, Springer, 2014

10. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Перечень практических навыков

1. ПЛАНОВАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ.

- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

2. ЭКСТРЕННАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ

- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

3. ПЛАНОВАЯ КОЛОНОСКОПИЯ

- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Критерии качества диагностической колоноскопии
- Постпроцедурное наблюдение

4. ЭКСТРЕННАЯ КОЛОНОСКОПИЯ

- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

5. ПЛАНОВАЯ БРОНХОСКОПИЯ

- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

6.ЭКСТРЕННАЯ БРОНХОСКОПИЯ

- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

7. ЭКСТРЕННАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ

- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

8.ПЛАНОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ

- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

9. ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ

- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

10. ЛЕЧЕБНАЯ ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИЯ

- Варианты лечебной эзофагогастродуоденоскопии
- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры

- Постпроцедурное наблюдение

11. ЛЕЧЕБНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ

- Варианты лечебной колоноскопии
- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

12. ЛЕЧЕБНАЯ ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

- Показания и противопоказания
- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

13. ЛЕЧЕБНАЯ ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ (ФОРЕСТ IА)

- Показания и противопоказания
- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Методики эндоскопического гемостаза
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

14. ЛЕЧЕБНАЯ ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ (ФОРЕСТ IВ)

- Показания и противопоказания
- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Методики эндоскопического гемостаза
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

15. ЛЕЧЕБНАЯ ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ (ФОРЕСТ IIА)

- Показания и противопоказания
- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента

- Варианты седации и обезболивания
- Методики эндоскопического гемостаза
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

16. ЛЕЧЕБНАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ (ФОРЕСТ IIВ)

- Показания и противопоказания
- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Методики эндоскопического гемостаза
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

17. ЛЕЧЕБНАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ (ФОРЕСТ IIС)

- Показания и противопоказания
- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Методики эндоскопического гемостаза
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

18. ЛЕЧЕБНАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ (ФОРЕСТ III)

- Показания и противопоказания
- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Методики эндоскопического гемостаза
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

19. ЛЕЧЕБНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ – ПРИ ПОЛИПЕ СЛЕПОЙ КИШКИ РАЗМЕРОМ 2 см (ПАРИЖСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ – 1p)

- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Методика эндоскопического удаления полипа
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры

- Постпроцедурное наблюдение

20. ЛЕЧЕБНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ – ПРИ ПОЛИПЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ РАЗМЕРОМ 2,5 см (ПАРИЖСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ – Is)

- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Методика эндоскопического удаления полипа
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

21. ЛЕЧЕБНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ – ПРИ ПОЛИПЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ РАЗМЕРОМ 2,5 см (ПАРИЖСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ – IIa)

- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Методика эндоскопического удаления полипа
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

22. ЛЕЧЕБНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ – ПРИ ПОЛИПЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ РАЗМЕРОМ 2,5 см (ПАРИЖСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ – IIb)

- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Методика эндоскопического удаления полипа
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

23. ЛЕЧЕБНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ – ПРИ ПОЛИПЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ РАЗМЕРОМ 2,5 см (ПАРИЖСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ – IIc)

- Особенности подготовки пациента
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Методика эндоскопического удаления полипа
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

24. ЛЕЧЕБНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ – ПЕРФОРАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СКРИННГОВОЙ КОЛОНОСКОПИИ

- Возможные причины перфорации

- Симптомы и диагностика перфорации
- Тактика лечения
- Эндоскопическая тактика лечения

25. ЛЕЧЕБНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ – ПЕРФОРАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОЛОНОСКОПИИ У БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

- Возможные причины перфорации
- Симптомы и диагностика перфорации
- Тактика лечения
- Эндоскопическая тактика лечения

26. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ, РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

- Показания и противопоказания
- Подготовка к процедуре
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

27. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КОЛОНОСКОПИЯ - БИОПСИЯ

- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

28. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ - БИОПСИЯ

- Показания и противопоказания
- Подготовка к обследованию
- Информированное согласие пациента
- Варианты седации и обезболивания
- Перечень оборудования и оснащения
- Техника и этапы процедуры
- Осложнения и их профилактика
- Протокол документирования процедуры
- Постпроцедурное наблюдение

**Вопросы к собеседованию на итоговой аттестации
(по специальности «Эндоскопия»)**

1. Холедохоскопия: аппаратура, показания, методики выполнения.
2. Методы хромоэндоскопии: показания, красители, методика выполнения, диагностическое значение.
3. Язвенный колит: этиология, патологическая анатомия, классификация, эндоскопическая диагностика, дифференциальная диагностика.
4. Болезнь Крона: патологическая анатомия, эндоскопическая диагностика, дифференциальная диагностика.
5. Механическая желтуха: этиология, патогенез, тактика лечения, роль эндоскопических методов лечения.
6. Кишечная непроходимость: классификация, тактика лечения, эндоскопические методы диагностики и лечения.
7. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки: этиология, эндоскопическая диагностика и лечение.
8. Эндоскопическая хирургия в лечении острого холецистита: варианты операций, показания и противопоказания.
9. Колоноскопия: аппаратура, показания и противопоказания, подготовка больных, методика, осложнения.
10. Хроническая язва желудка: этиология, осложнения, эндоскопическая диагностика.

- 11.Эндоскопические методики лечения при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой: варианты операций, показания и противопоказания.
- 12.Дивертикулы пищевода, двенадцатиперстной кишки, толстой кишки: этиология, патологическая анатомия, эндоскопическая диагностика.
- 13.Желчнокаменная болезнь, клиника, принципы лечения, эндоскопические методики лечения.
- 14.Полипы и доброкачественные опухоли желудка: классификация, эндоскопическая диагностика.
- 15.Рак желудка, патологическая анатомия, классификация, эндоскопические виды рака желудка.
- 16.Полипы, ворсинчатые опухоли толстой кишки: патологическая анатомия, эндоскопическая диагностика.
- 17.Эндоскопическая папиллосфинктеротомия: аппаратура, показания и противопоказания, методика, осложнения.
- 18.Диффузный полипоз толстой кишки: классификация, эндоскопическая диагностика.
- 19.Рак толстой кишки: классификация, эндоскопическая диагностика.
- 20.Острый панкреатит: классификация, тактика лечения, эндоскопические варианты лечения.
- 21.Хронические гепатиты и цирроз печени: классификация, принципы диагностики и эндоскопического обследования.
- 22.Новообразования печени: классификация, принципы эндоскопической диагностики.

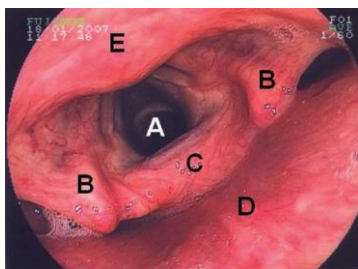
23. Желчнокаменная болезнь: клинические проявления, диагностика. Показания к эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии.
24. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: терапевтическое и хирургическое лечение, эндоскопические методики лечения.
25. Хронический панкреатит: патологическая анатомия, клиника, эндоскопическая диагностика.
26. Медиастиноскопия: показания, техника, осложнения.
27. Киста поджелудочной железы: патологическая анатомия, клиника, эндоскопическая диагностика.
28. Язвенная болезнь желудка: принципы лечения, эндоскопическая тактика.
29. Рак поджелудочной железы: патологическая анатомия, клиника, эндоскопическая диагностика.
30. Синдром маллори - вейсса: эндоскопическая тактика лечения.
31. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: эндоскопическое лечение, аппаратура, методики, опасности, результаты.
32. Закрытые повреждения органов брюшной полости: характеристика, клиника, эндоскопическая диагностика.
33. Эндоскопическая хирургия ранних форм рака желудка и толстой кишки: показания, методика, осложнения, результаты.
34. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: характеристика, клиника, эндоскопическая диагностика.
35. Санационная бронхоскопия: показания, методика, осложнения.
36. Рак легкого: патологическая анатомия, клиника, эндоскопическая диагностика.

- 37.Эндоскопическая хирургия подслизистых новообразований желудка: аппаратура, методика, опасности и осложнения.
- 38.Бронхоскопия: аппаратура, показания, методики выполнения.
- 39.Толстокишечные кровотечения: характеристика, клиника, эндоскопическая диагностика.
- 40.Торакоскопия: аппаратура, показания, методики выполнения, осложнения.
- 41.Эндоскопическая хирургия полипозных образований желудка и толстой кишки: аппаратура, инструменты, методика, осложнения, результаты.
- 42.Варикозное расширение вен пищевода и желудка: тактика эндоскопического лечения.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

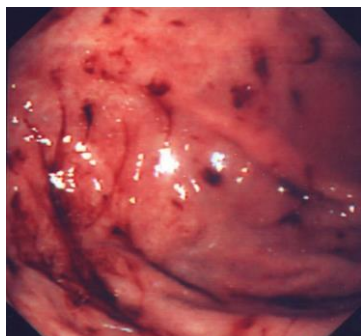
Задача № 1.

На фотографии изображен этап интубации глотки.



1. Определите обозначенные буквами анатомические образования.
2. Куда необходимо направлять эндоскоп для успешной интубации пищевода?

Задача № 2

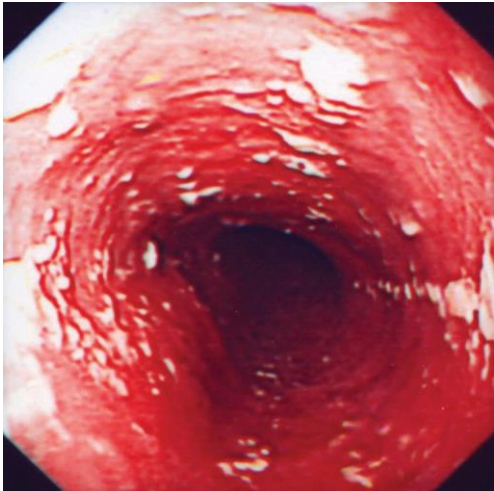


Пациенту с жалобами на эпигастральные боли выполнена гастроскопия. Из анамнеза известно, что у пациента был артрит, по поводу которого он принимал обезболивающие.

1. Опишите изменения слизистой желудка, изображенные на фотографии
2. Каков диагноз и тактика лечения при данном состоянии?

Задача № 3

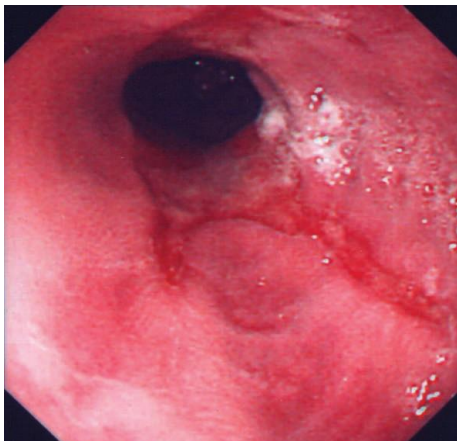
На фотографии представлено эндоскопическое исследование пищевода пациента с жалобами на изжогу и дисфагию.



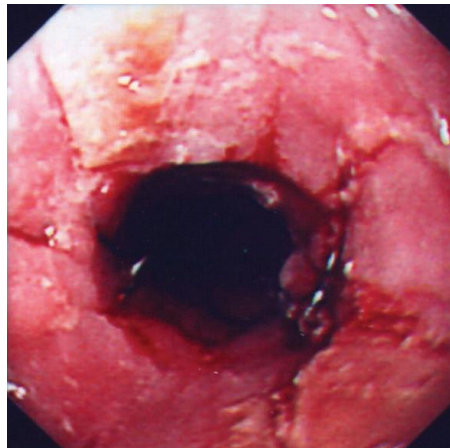
1. Опишите изменения, изображенные на фотографии.
2. Каков диагноз и как его можно подтвердить?
3. Как лечить такого пациента?
4. У каких пациентов чаще встречается подобное состояние?

Задача № 4

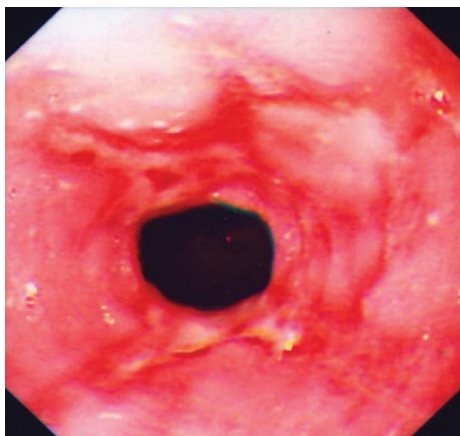
На фотографиях, сделанных во время эзофагоскопии, представлено увеличение тяжести выраженности одного и того же состояния.



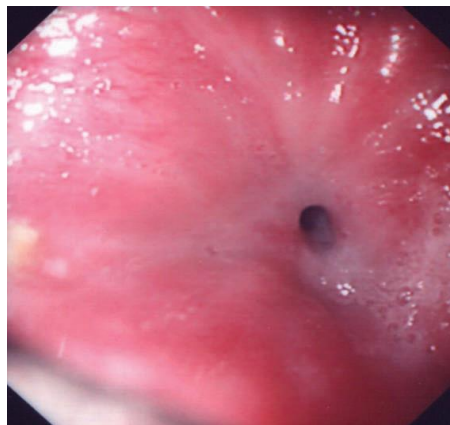
Фотография № 1



Фотография № 2



Фотография № 3

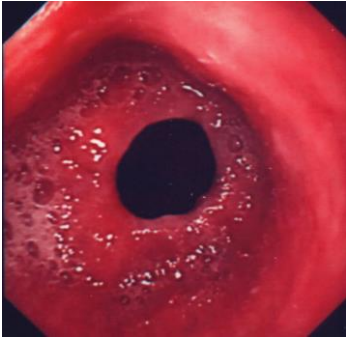


Фотография № 4

1. Каков диагноз?
2. Какая существует классификация данного состояния?
3. Какие стадии заболевания представлены на фотографии?
4. Какова тактика ведения пациента с тяжелым язвенным эзофагитом?

Задача № 5

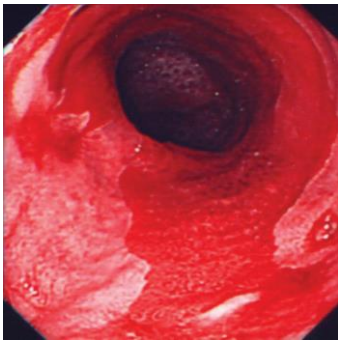
Данная фотография была сделана во время эзофагоскопии пациента с жалобами на дисфагию.



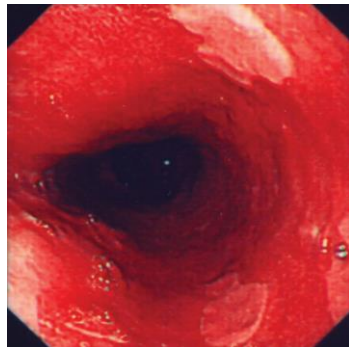
1. Какое состояние изображено на фотографии?
2. Что явилось причиной данного состояния?
3. Как вести такого пациента?

Задача № 6

На фотографиях, сделанных во время эзофагоскопии, представлены разные степени тяжести одного заболевания.



Фотография № 1

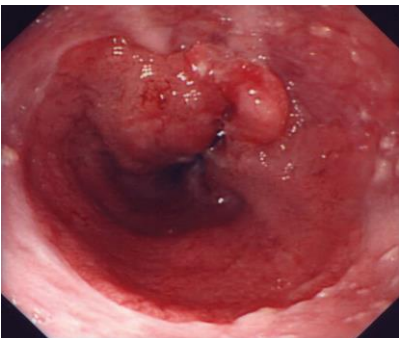


Фотография № 2

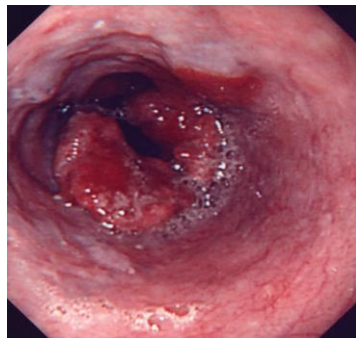
1. Каков диагноз?
2. Какое лечение вы назначите?
3. Какова тактика ведения в отдаленные сроки?
4. Какие рекомендации необходимо дать пациенту по поводу возможных осложнений данного заболевания?

Задача № 7

Данные фотографии сделаны во время эндоскопического исследования пищевода разных больных с жалобами на дисфагию и потерю массы тела.



Фотография № 1

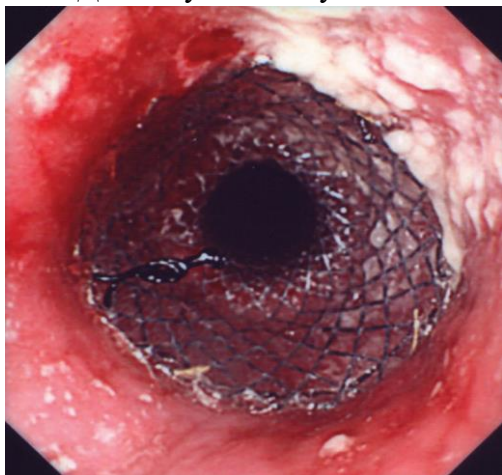


Фотография № 2

1. Каков диагноз?
2. Какова тактика эндоскопического исследования?
3. Какова тактика ведения пациента с данным заболеванием?
4. Какое лечение возможно в случае неоперабельности?
5. Какие два гистологических подтипа данного состояния существуют и какова частота их встречаемости?

Задача № 8

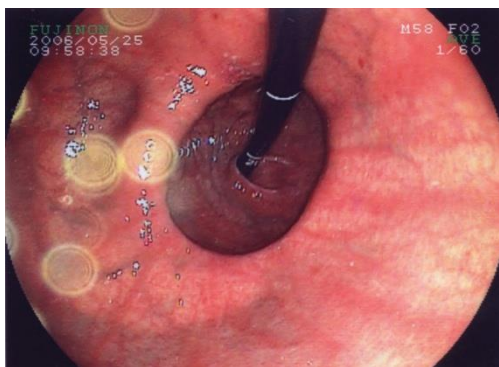
Данному пациенту было выполнено эндоскопическая диагностика и лечение дисфагии.



1. Какая процедура была выполнена?
2. Какие еще диагнозы могут быть поставлены по данной фотографии?
3. Каково назначение узла расположенного на стенке на 8 часах?

Задача № 9

На данной фотографии представлен этап гастроскопии.



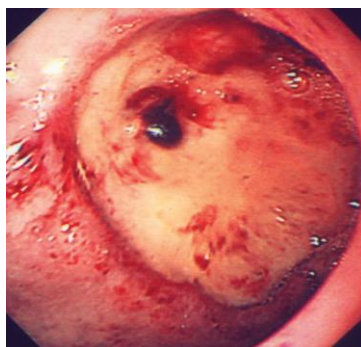
1. Какая патология представлена на фотографии?
2. Какие симптомы могут быть у пациента при наличии данной патологии?
3. Какова тактика лечения?

Задача № 10

На фотографиях изображены этапы гастроскопий двух пациентов с жалобами на боли в эпигастральной области и мелену.



Фотография № 1

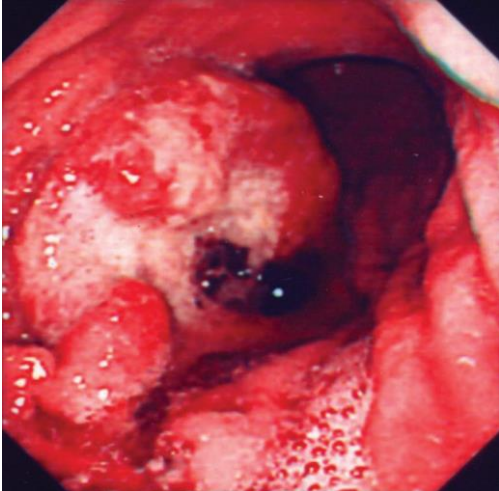


Фотография № 2

1. Дайте эндоскопическое описание?
2. Укажите точную локализацию патологического процесса?
3. Какие процедуры можно выполнить эндоскопически?
4. Какое лечение нужно назначить данным пациентам?
5. Какая существует классификация по оценке рисков повторного кровотечения и какова вероятность повторного кровотечения в данных случаях?

Задача № 11

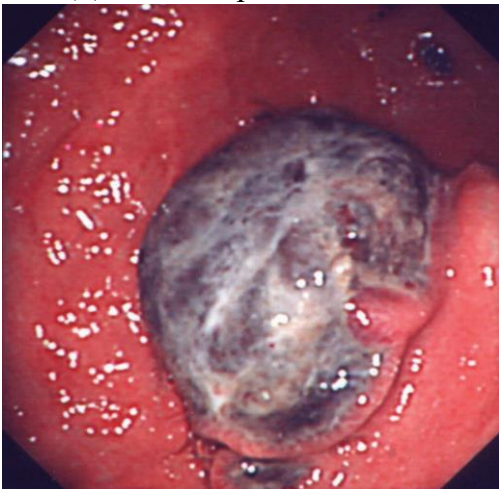
Данная гастроскопия выполнена пациенту в связи с наличием анемии и потери веса.



1. Каков вероятный диагноз?
2. При отсутствии противопоказаний какое оперативное лечение является оптимальным?
3. Какой гистологический подтип данной патологии встречается чаще?

Задача № 12

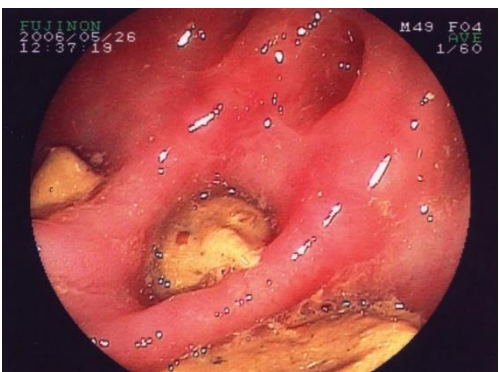
Данная гастроскопия выполнена пациенту с анемией и потерей веса.



1. Каков диагноз?
2. Какие дополнительные исследования нужно провести?
3. Какое лечение необходимо провести?
4. Каков прогноз?

Задача № 13

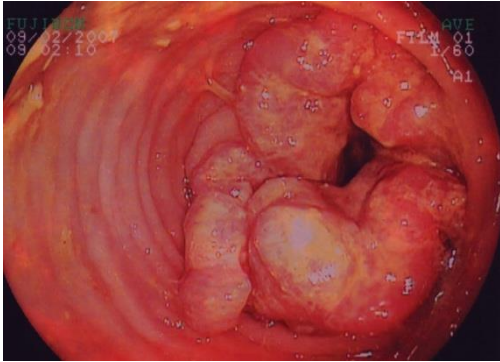
На данной фотографии этап эндоскопического исследования пациента, который предъявляет жалобы на боли в левой подвздошной области, повышение температуры, небольшое количество крови в стуле.



1. Какое исследование было выполнено?
2. Каков диагноз?
3. Какое лечение необходимо провести в срочном порядке?
4. Какое лечение нужно рекомендовать в отдаленном периоде?

Задача № 14

Данное исследование проведено пациенту с задержкой стула и потерей веса.



1. Опишите патологический процесс, изображенный на фотографии.
2. Каков диагноз?
3. Как можно подтвердить диагноз?
4. Какие дополнительные исследования нужно провести?
5. Какие факторы влияют на выбор тактики лечения?
6. Какое лечение возможно у данного пациента?

Задача № 15

Пациентка Л. 75 лет в течение многих лет страдает запорами. Предъявляет жалобы на урчание, переливание, чувство полноты, вздутия и распираания в области живота, особенно в его левой половине. Иногда беспокоит чувство неполного опорожнения кишечника, неприятные ощущения и зуд в заднем проходе, ложные позывы. При значительном скоплении каловых масс в прямой кишке появляются боли в заднепроходном отверстии, которые становятся особенно мучительными, если присоединяется геморрой и проктит. Иногда боли и чувство давления в прямой кишке отмечаются перед дефекацией или непосредственно после нее. Пациентка постоянно в течение последних 5 лет принимает слабительные (Бисакодил).

При эндоскопическом исследовании толстой кишки определяется на всем протяжении пигментация слизистой оболочки, ячеистый рисунок.



1. Какому диагнозу более всего соответствует такая эндоскопическая картина у пациентки?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики?
3. Какова тактика лечения?

Задача № 16

Пациент К. 38 лет поступил с жалобами на рецидивирующую боль в нижнем правом квадранте живота, ощущение дискомфорта, тяжести в животе, вздутие и умеренные по интенсивности схваткообразные боли, усиливающиеся при нарушении диеты, жидкий или кашицеобразный стул до 2-5 раз в сутки с примесью крови.



При колоноскопии определяется следующая эндоскопическая картина: рельеф слизистой оболочки толстой кишки в виде „булыжной мостовой“, афтозные язвы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?
2. Что характерно для микроскопической картины при гистологическом исследовании биоптата в данном клиническом случае?
3. Какова тактика при лечении этого заболевания?

Задача № 17

Больная К., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.

Считает себя больной около 2 месяцев, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 недели до поступления в больницу появился жидкий стул с примесью крови и слизи. Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 2 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10х9х8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексы отсутствуют. Внешних изменений в суставах не определяются.

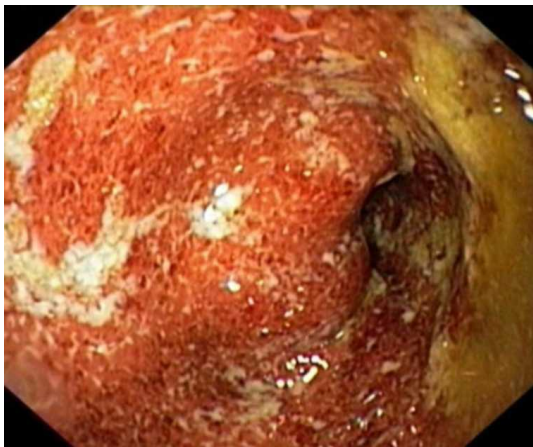
Анализ крови: Нб - 110 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.

УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено.

При колоноскопии: в прямой, сигмовидной и нисходящей ободочной кишке отмечается отек, зернистость, гиперемия слизистой оболочки, отсутствие сосудистого рисунка, эрозии, поверхностные язвы, контактная кровоточивость.



1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова тактика лечения данного заболевания?

Задача № 18

Больная Н., 18 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и гноя до 15-20 раз в сутки, частые болезненные позывы на дефекацию, схваткообразные боли в животе, тошноту, похудание, нарастающую общую слабость.

Считает себя больной в течение 3 суток, когда после тяжелой стрессовой ситуации в семье появился жидкий стул с примесью крови и гноя, присоединились вышеописанные жалобы. Состояние при поступлении тяжелое, больная пониженного питания, аппетит отсутствует. Кожа бледная, сухая. Температура тела 38,3 °С, число дыханий - 22 в минуту. В легких при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритмичны, систолический шум на верхушке. ЧСС - 125 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Язык обложен густым белым налетом. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, патологические симптомы не определяются. Отмечаются частые кровависто-гнойные выделения из заднего прохода.

Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, край уплотнен. Селезенка не пальпируется. Отеки голеней и стоп.

В анализах крови: Hb - 70 г/л, эритроциты - $2,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - 14×10^9 /л, палочкоядерные - 10 %, сегментоядерные - 59 %, лимфоциты - 18 %, эозинофилы - 3 %, моноциты - 10 %, СОЭ - 43 мм/ч, общий белок – 50 г/л.

Ректороманоскопия: слизистая оболочка резко гиперемирована, отечна, утолщена, отмечается спонтанная кровоточивость, множественные активные сливные язвы, сосудистый рисунок отсутствует, в просвете кишки - кровь.

К концу первых суток пребывания в стационаре на фоне проводимой терапии общее состояние больной ухудшилось: усилились боли в животе, отмечалась неоднократная рвота, повысилась температура тела до $39,8^{\circ}\text{C}$, участилось ЧСС до 140 в минуту, снизилось АД до 70/40 мм рт.ст. При обследовании лицо бледное, покрытое холодным липким потом, живот резко вздут, болезненный по всей поверхности, симптомов раздражения брюшины положительные во всех отделах.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: в брюшной полости определяется свободный газ, расширение поперечно-ободочной кишки в диаметре до 8-10 см.

1. Каков диагноз?
2. Какие осложнения со стороны толстой кишки развились в данном случае?
3. Какие показания для проведения колоноскопии в данной ситуации?
4. Определите дальнейшую тактику лечебных мероприятий.

Задача № 19

Пациент Д. 25 лет, получавший массивную антибактериальную терапию обратился к гастроэнтерологу с жалобами на водянистую диарею иногда с примесью крови, спазмы и боли в животе, повышенную температуру, гной и слизь в стуле, тошноту, общую слабость.

При колоноскопии выявлена следующая эндоскопическая картина: слизистая оболочка толстой кишки с узелковыми бляшковидными высыпаниями желтоватого цвета, отечная, рыхлая.



1. Какому диагнозу соответствует данная эндоскопическая картина, учитывая клиническую картину?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика лечения пациента.

Задача № 20

Больная К., 67. жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание. Температура - $37,2^{\circ}\text{C}$.

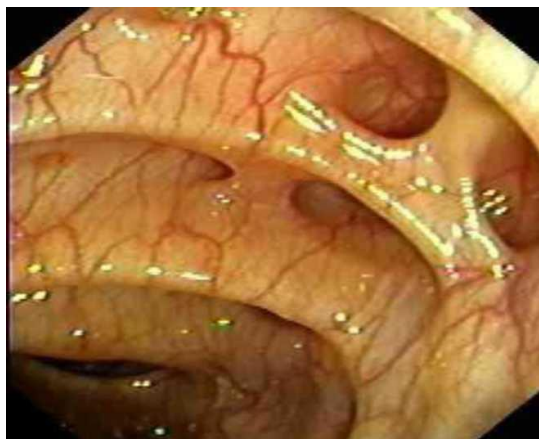
При проведении колоноскопии в проксимальном отделе сигмовидной кишки выявлен инфильтрат с бугристой поверхностью, грязно-серым некротическим налетом, слизистая контактно кровоточива.



1. Ваш диагноз?
2. Необходимо ли проведение биопсии в данном случае?
3. Какова тактика лечения данного пациента?

Задача № 21

Больная М., 58 лет, обратилась к врачу в связи с появлением внизу живота тупых болей и неустойчивого стула (более месяца отмечает чередование запоров и поноса). Общее состояние больной удовлетворительное. Appetit сохранен. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в левой подвздошной области. Температура тела 37,3°C. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. В связи с подозрением на заболевание ободочной кишки выполнена колоноскопия, были обнаружены множественные мешковидные выпячивания стенки сигмовидной, нисходящей, поперечно-ободочной кишки до 1 см.



1. Какое осложнение дивертикулеза можно заподозрить у больной?
2. Назовите возможные варианты клинического течения дивертикулярной болезни толстого кишечника
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.

Задача № 1

1. А – трахея; В – черпаловидный хрящ; С – поперечная черпаловидная мышца; D – задняя стенка глотки (hypopharynx); E – надгортанник.
2. Между С и D.

Задача № 2

1. Гиперемированная слизистая с участками эрозий и геморрагий.
2. Острый эрозивный гастрит. Лечение включает назначение ингибиторов протонной помпы и проведение уреазного теста с целью необходимости назначения препаратов для эрадикации *helicobacter pylori*, также необходимо прекратить прием НПВС.

Задача № 3

1. Множественные рассеянные белые бляшки на гиперемированной слизистой.
2. Кандидозный эзофагит. Подтверждается микробиологическим исследованием соскоба и/или биопсией.
3. Лечение состоит из противогрибковых препаратов, таких как флюконазол.
4. Пациенты с ослабленным иммунитетом, септические пациенты или прооперированные пациенты.

Задача № 4

1. Рефлюкс-эзофагит.
2. Классификация Савари-Миллера:
 Степень 1: Эрозии на одном участке слизистой на одном участке
 Степень 2: Эрозии на нескольких участках слизистой, могут быть сливными
 Степень 3: Циркулярные эрозии в дистальных отделах пищевода
 Степень 4: Хронические состояния такие как язва, стеноз, рубцевание с метаплазией Баррета.
3. Фотография № 1: степень 2,
 Фотография № 2: степень 2,
 Фотография № 3: степень 3
 Фотография № 4: степень 4.
4. Для исключения изъязвленной опухоли необходимо взять биопсию.

Пациенту необходимо назначить полный курс ингибиторов протонной помпы на 6-8 недель с последующей повторной эзофагоскопией с целью подтверждения выздоровления. В случае сохранения язвы необходимо взять повторную биопсию для исключения неоплазии, даже если первичная биопсия была негативной.

Задача № 5

1. Пептическая стриктура пищевода.
2. Рефлюкс-эзофагит.
3. Биопсия для исключения малигнизации, затем баллонная дилатация.

Задача № 6

1. Пищевод Баррета.
2. Длительный прием ингибиторов протонной помпы. В тяжелых случаях может быть показана антирефлюксное хирургическое лечение.
3. Регулярная эндоскопия с биопсией из четырех квадрантов каждые 2 см.
 без дисплазии: раз в два года эндоскопия с биопсией
 дисплазия низкой степени: гистологическое исследование каждые полгода
 дисплазия высокой степени: рассматривается хирургическая или эндоскопическая резекция слизистой.
4. При отсутствии соответствующего лечения данное состояние может осложниться изъязвлением или стриктурой. Также есть риск появления аденокарциномы (кумулятивный риск 0,8% в год).

Задача № 7

1. Аденокарцинома пищевода.
2. Требуется срочное гистологическое исследование.
3. Необходим мультидисциплинарный подход: в случае операбельности – хирургическое лечение с или без неоадьювантной химиотерапией.
4. Паллиативная химио/радиотерапия, лазерная реканализация или установка металлического стента.
5. Плоскоклеточная форма (30-40%) и аденокарцинома(60-70%).

Задача № 8

1. Паллиативное стентирование пищевода на уровне опухоли.
2. Кандидозный эзофагит.
3. В некоторых случаях требуется удаление стента. Наличие узла позволяет извлечь стент более безопасно.

Задача № 9

1. Большая скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Изжога, загрудинный дискомфорт и регургитация. Рефлюкс также может быть причиной хронического кашля.
3. Консервативное лечение: ингибиторы протонной помпы, изменение образа жизни (исключить поздние приемы пищи, газированные напитки, спать с приподнятым головным концом, контроль за массой тела).

Хирургическое лечение: антирефлюксные операции (фундопликация по Ниссену) в 90% случаев приводят к выздоровлению у пациентов с неэффективностью консервативного лечения

Задача № 10

1. Пептическая язва с фибрином в основании и темное пятно указывает на источник кровотечения.
2. Задняя стенка.
3. Во время исследования можно выполнить удаление фиксированного сгустка,

эндоскопический гемостаз и биопсию для определения хеликобактерной инфекции.

4. Рекомендована терапии для эрадикации НР. Внутривенное введение омепразола для предупреждения повторных кровотечений с дальнейшим переходом на пероральный прием длительностью более 6 недель.

5. Классификация по Forrest:

Степень	Описание	Риск повторного кровотечения
1a	Активное артериальное кровотечение	55%
1b	Активное не пульсирующее кровотечение (просачивание)	30–50%
2a	Видимый сосуд	40%
2b	Сгусток	20%
2c	Плоское красное или черное пятно	10%
3	Чистое основание	<5%

В данном случае:

Фотография № 1: Forrest 2c, 10% риск повторного кровотечения.

Фотография № 2: Forrest 2b, 20% риск повторного кровотечения.

Задача № 11

1. Карцинома желудка.
2. Гастрэктомия, D2-лимфодиссекция
3. Аденокарцинома.

Задача № 12

1. Меланома желудка.
2. КТ грудной клетки, брюшной полости, органов таза.
3. Если меланома располагается только в желудке, то необходимо выполнить R0 гастрэктомию с последующим симптоматическим контролем при необходимости.
4. Выживаемость 9–12 месяцев.

Задача № 13

1. Гибкая сигмо/колоноскопия.
2. Дивертикулез/дивертикулит.
3. Консервативное: диета плюс антибиотики широкого спектра действия.
4. Необходима диета с большим содержанием грубой волокнистой пищи; при повторяющихся эпизодах заболевания необходимо рассмотреть возможность сигма/колэктомии.

Задача № 14

1. Круговое полиповидное образование частично обтурирующее просвет кишечника.
2. Карцинома ободочной кишки.
3. Мультифокальная биопсия.
4. КТ грудной клетки, брюшной полости, таза.
5. TNM стадия заболевания; сопутствующие заболевания; физический статус пациента.
6. Радикальное лечение: колэктомия с или без адъювантной химиотерапией.
Паллиативное лечение: паллиативная резекция/химиотерапия, разгрузочная стома или эндоскопическое стентирование.

Задача № 15

1. Меланоз толстой кишки.
2. Характерна пигментация слизистой оболочки толстой кишки из-за скопления пигментсодержащих макрофагов. Это легко установить при гистологическом исследовании.
3. Отменить слабительные препараты на основе сенны. Назначение диеты с повышенным содержанием клетчатки, воды, назначение слабительных, не всасывающихся в кишечнике, например, форлакс.

Задача № 16

1. Болезнь Крона.
2. В инфильтрате преобладают лимфоциты, в несколько меньшем количестве определяются плазматические клетки, эозинофилы и сегментоядерные лейкоциты единичные. Для болезни Крона характерно наличие гранулем. Гранулемы при болезни Крона очень напоминают таковые при саркоидозе, поэтому их называют саркоидными. Типичные гранулемы располагаются изолированно и не образуют крупных конгломератов. Они состоят из эпителиоидных и гигантских клеток типа Пирогова—Лангханса, окруженных поясом из лимфоцитов, не имеют четких границ, и вокруг них не образуется фиброзный ободок, характерный для саркоидоза. В отличие от туберкулезных гранул в них отсутствует творожистый некроз
3. Противовоспалительное лечение, 5-аминосалицилаты, кортикостероидные препараты, иммунодепрессанты, антибиотики, симптоматическое лечение - антидиарейные, кровоостанавливающие препараты.

Задача № 17

1. Язвенный колит, левостороннее поражение толстой кишки, острая форма средней степени тяжести, умеренной активности.
2. Базисными препаратами в лечении язвенного колита являются глюкокортикоиды и препараты 5-аминосалициловой кислоты, при резистентности назначаются иммунодепрессанты. При среднетяжелых формах применяется преднизолон внутрь до 80 мг в сутки.

Задача № 18

1. Язвенный колит, тотальное поражение толстой кишки, тяжелое течение.
2. Перфорация толстой кишки, разлитой перитонит.
3. При поступлении показано проведение ректороманоскопии для оценки степени активности процесса. С учетом тяжести поражения толстой и последующей перфорацией колоноскопия противопоказана.
4. При поступлении показано внутривенное введение кортикостероидов (до 120 мг/сутки) на фоне проводимой инфузионной интенсивной терапии. В связи с развитием перфорации толстой кишки показано экстренное хирургическое вмешательство – тотальная колпроктэктомия с выведением колостомы.

Задача № 19

1. Псевдомембранозный колит
2. С кишечными инфекционными заболеваниями, болезнью Крона.
3. Антибиотики, бификол, колибактерин. При тяжелых формах инфузионная терапия, при токсическом мегаколоне сегментарная резекция).

Задача № 20

1. Рак сигмовидной кишки.
2. Необходимо с целью морфологической верификации диагноза.
3. Показано хирургическое лечение – сегментарная резекция сигмовидной кишки. После изучения операционного препарата решение вопроса о проведении адъювантной химиотерапии.

Задача № 21

1. Дивертикулярная болезнь, хронический дивертикулит.
2. Клинически выраженный дивертикулез, острый дивертикулит (осложненный и неосложненный), хронический дивертикулит.
3. Рак толстой кишки. Болезнь Крона.

11. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

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, Рособрнадзора 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 Рособрнадзора от 25.04.2008 № 885 «Об утверждении показателей деятельности и критериев государственной аккредитации высших учебных заведений».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература.

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Пер. с нем. А.А. Шептулина. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 500 с.
2. Альманах эндоскопии. Научно-практический журнал. Сборник лекций № 1, 2002.
3. Атлас клинической гастроэнтерологии (+ CD-ROM): — Москва, Рид Элсивер, 2010 г.- 392 с.
4. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: В. В. Чернин — Москва, Медицинское информационное агентство, 2010 г.- 528 с.
5. Ивашкин ВТ. Шептулин А.А. Болезни пищевода и желудка (краткое практическое руководство). - М.: "МЕДпресс-информ", 2002. - 144 с.
6. Лапароскопия в гинекологии / Под ред. Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000. - 325 с.
7. Лечебная эзофагогастроуденоскопия: Н. Е. Чернеховская, В. Г. Андреев, Д. П. Черепянцева, А. В. Повал — Санкт-Петербург, МЕДпресс-информ, 2009 г.- 176 с.
8. Малоинвазивная колопроктология / Под ред. Аррегови М.Е., Дж. М. Сакмер. -М.: Ме
9. Назаров В.Е., Солдатов А.И., Лобач СМ. и др. Эндоскопия пищеварительного тракта. - М.: Трида-Фарм, 2002. - 176 с.

10. Основы колопроктологии / Под ред. академика РАМН Г.И. Воробьева. - Ростов-на-Дону.: "Феникс", 2001. - 416 с.

11. Сотников В.Н., Веселое В.В., Кузьмин А.И., Разживина А.А., Дубинская Т.К., Перевозников А.И., Сотников А.В., Магомедова С.Ш. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. - М.: Экстрапринт, 2005. - 356 с.

12. Чернеховская Н.Е. Современные технологии в эндоскопии. - М.: ООО "Экономика и информатика", 2004. - 150 с.

13. Чергьякевич С.А., Бабкова И.В., Орлов С.Ю. Функциональные методы исследования в хирургической гастроэнтерологии. - М., 2003. - 176 с.

14. Эндоскопия. Базовый курс лекций: В. В. Хрячков, Ю. Н. Федосов, А. И. Давыдов, В. Г. Шумилов, Р. В. — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2009 г. - 176 с.

Дополнительная литература.

1. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей: Учебное пособие / Под редакцией Маева И.В. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - 96 с.

2. Дубинская Т.К., Волова А.В., Разживина А.А., Никишина Е.И. Кислотопродукция желудка и методы ее определения. - М.: РМАПО, 2004. - 28 с.

3. Ефименко И.А., Чернеховская Н.Е., Выренков Ю.Г. Руководство по клинической лимфологии. - М.: Полимаг, 2001. - 160 с.

4. Ефименко Н.А., Чернеховская Н.Е. Озонотерапия в хирургической клинике. - М.: Полимаг, 2001. - 150 с.

5. Ефименко И.Л., Чернеховская Н.Е., Федорова Т.А., Шишло В.К. Микроциркуляция и способы ее коррекции. - М.: Арт-Омега, 2003. - 172 с.

6. Ивашкин В.Т. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (пособие для врачей). - М.: ММА им. И.М. Сеченова. - 2005. - 30 с.

7. Ивашкин В.Т. Болезни печени: Руководство для врачей, 2002. - 432 с.

8. Калинин А.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (методические указания). - М.: ГИУВ МО РФ, 2005. - 64 с.

9. Коротько Г.Г., Фаустов Л.А. Функциональные и морфологические аспекты язвенной болезни. - Краснодар, 2002. - 176 с.

10. Клиническая анатомия для хирургов, выполняющих лапароскопические операции / Под ред. Рагу Савальджи и Гарольда Элліса - М.: Медицина, 2000. - 344 с.

11. Краткое руководство по гастроэнтерологии / Под ред. В.Т. Ивашкина, Ф.И. Комарова, СИ. Рапопорта. - М.: ООО Изд. дом "М-Вести", 2001. - 458 с.

12. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная гастроэнтерология. - СПб.: Питер, 2001. - 480 с.

13. Лужников Е.А., Остапенко Ю.Н., Суходолова Г.Н. Неотложные состояния при острых отравлениях. - М.: Медпрактика, 2001. - 220 с.

14. Минимальная стандартная терминология в эндоскопии пищеварительной системы: Пособие для врачей. - М.: ЗАО Бизнес-школа "Интел-Синтез", 2001. - 80 с.

15. Парфенов А.И. Энтерология. - М.: Триада-Х, 2002. - 744 с.

16. Пименов СИ. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. - М.: Медицинская книга; Н.Новгород: НГМА, 2000. - 378 с.

17. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Под ред. акад РАМН В.Т. Ивашкина. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 128 с.

18. Свистунова А.С., Чернеховская Н.Е. Туберкулез и внутренние болезни. - М.: Академия, 2005. - 590 с.

19. Сотников В.Н., Никишина Е.И. Эндоскопия в диагностике и лечении полипов желудка: Учебное пособие. - М.: РМАПО, 2004. - 17 с.

20. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. Эндоскопическая диагностика острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: Учебное пособие. - М.: РМАПО, 2000. - 24 с.

21. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Волова А.В. Хеликобактериоз. - М.: РМАПО, 2001. - 24 с.

22. Стебунов С.С. Безопасная техника в лапароскопии. - М., 2003. - 203 с.
23. Чернеховская Н.Е., Ярема И.В. Деформирующий бронхит. - М.: Экономика и информатика, 2000. - 120 с.
24. Чернеховская Н.Е., Черепятцев Д.И., Никишина Е.И. Диагностическая и оперативная лапароскопия в ургентной гинекологии. - М.: РМАПО, 2002. - 31 с.
25. Чернеховская Н.Е., Федорова Т.А., Андреев В.Г. Системная патология при хронической обструктивной болезни легких. - М.: ООО "Экономика и информатика", 2005.-192 с.
26. Чернин В.В. Язвенная болезнь. - Тверь: РИЦ ТКМА, 2000. - 287 с.

IX. МЕДИЦИНСКИЕ РЕСУРСЫ РУССКОЯЗЫЧНОГО ИНТЕРНЕТА

Перечень русскоязычных интернет-ресурсов

- <http://www.общество-хирургов.рф/> - российское общество хирургов
- <http://www.oncoproct.ru/> - общество онкопроктологов
- <http://www.roxg.ru/> - российское общество хирургов гастроэнтерологов
- <http://www.angiolsurgery.org/> - российское общество ангиологов и сосудистых хирургов
- <http://www.gnck.ru/> - государственный научный центр колопроктологии
- <http://www.spras.ru/> - российское общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов
- <http://thoracic.ucoz.ru/> - ассоциация торакальных хирургов России
- <http://www.essoweb.org/eurssso/> - европейское общество хирургической онкологии
- <http://www.websurg.ru/> - школа современной хирургии
- www.endoscopy.ru База данных врачей-эндоскопистов России
- <http://med-lib.ru> Большая медицинская библиотека.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ БАЗ КАФЕДРЫ

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

ХАРАКТЕРИСТИКА КОЕЧНОГО ФОНДА

Название отделений	Профиль коек	Кол-во коек	Куратор отделения
Воронежская областная клиническая больница № 1			
Микрохирургическое	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.

Кадровый состав кафедры: 7 человек, из них преподавательский состав 6 человек.

Остепененность: 6 человек, из них д.м.н. – 3 человек, к.м.н. – 3 человек.

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

Средний возраст профессорско-преподавательского состава кафедры 35-65 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.	0,25	бюджет	внс
3.	Химина Ирина Нельсо- новна	Доцент	д.м.н.	0,25	внебюджет	внс
4.	Скорынин Олег Сергее- вич	Доцент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
5.	Минаков Олег Евгенье- вич	Доцент	к.м.н.	0,25	бюджет	внс
6.	Куркин Александр Ва- сильевич	Ассистент	к.м.н.	0,5	бюджет	внс
7.	Мельникова Анна Сер- геевна	Старший ла- борант	б/с	1,0	бюджет	внс

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 ATX /Монитор 17"
7. Системный блок P4-3.2/1024/160G/Монитор LCD 19 9(2)
8. Интерактивная доска IQBoard