

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

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель ООП  
по программе ординатуры  
31.08.70 Эндоскопия

д.м.н., профессор А.А.Яковлев

«29» 08 2023 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ -  
ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ**

Специальность: 31.08.70 ЭНДОСКОПИЯ

Квалификация выпускника: врач-эндоскопист

Форма обучения: очная

Курс: 2

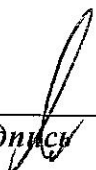
Семестр: 4

Ростов-на-Дону  
2023 г.

Рабочая программа «Эндоскопия» по специальности 31.08.70 Эндоскопия рассмотрена на заседании кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии

Протокол от 13 апреля 2023г. № 4/23

Председатель заседания

  
\_\_\_\_\_

*подпись*

Яковлев А.А.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ**

**1 Область профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

**2 Объектами профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

**3 Виды профессиональной деятельности**, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая

**4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать** следующие профессиональные задачи:

**профилактическая деятельность:**

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

**диагностическая деятельность:**

- ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;
- ✓ проведение медицинской экспертизы;

**лечебная деятельность:**

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;
- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

**реабилитационная деятельность:**

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

**психолого-педагогическая деятельность:**

- ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

**организационно-управленческая деятельность:**

- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

## **ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

### *Универсальные компетенции (УК-):*

- ✓ готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

### *Профессиональные компетенции (ПК-):*

#### **профилактическая деятельность:**

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков (ПК-4);

**диагностическая деятельность:**

- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-5);

**лечебная деятельность:**

- ✓ готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения (ПК-6);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

**реабилитационная деятельность:**

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно - курортном лечении (ПК-8);

**психолого-педагогическая деятельность:**

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

**организационно-управленческая деятельность:**

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

## **ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Цель:** установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.70 Эндоскопия

**Задачи:** Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

## **ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.70 Эндоскопия осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача - эндоскописта в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.70 Эндоскопия проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.70 Эндоскопия

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.70 Эндоскопия.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

### **ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата<sup>1</sup>).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.70 Эндоскопия путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
1	1. Эзофагогастродуоденоскопия,	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

<sup>1</sup> Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).



	<p>трансназальная эзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Классификация.</p>	
	<p>2. Ситуационная задача.</p> <p>Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на эпизоды изжогу, отрыжку воздухом, кислым отрыжки воздухом, боль за грудиной и в подложечной области и ощущение «кома» за грудиной во время еды.</p> <p>Из анамнеза: вышеуказанная симптоматика в течение 4-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно. Ухудшение в течение 2-х недель с усиления симптоматики. Связывает с погрешностью в диете: прием острых блюд, алкоголя и газированных напитков.</p> <p>Обратился за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 68 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 56 лет, ОНМК.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 125/70 мм.рт.ст. Язык обложен белесовато-желтоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.</p> <p>Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: хиатальная кардиофундальная грыжа, эрозивный эзофагит градации С (LA классификация), антральный гастрит с множественными поверхностными эрозиями.</p> <p><b>Необходимо:</b></p>	<p>УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9</p>

	<p>1) описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,</p> <p>2) определить рекомендации по дополнительному обследованию пациента и тактике динамического эндоскопического наблюдения</p>	
--	---	--

## ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Эзофагогастродуоденоскопия, трансназальная эзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Классификация.
2. Эзофагогастродуоденоскопия, трансназальная эзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика острых эзофагитов. Классификация.
3. Фибро-, видеоэзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика заболеваний пищевода.
4. Фибро-, видеоэзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика редких заболеваний пищевода.
5. Фибро-, видеоэзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика эрозивно-язвенных поражений желудка, классификация.
6. Эзофагогастродуоденоскопия, трансназальная эзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика раннего рака желудка. Классификация.
7. Фибро-, видеоэзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе

серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика заболеваний 12 перстной кишки.

8. Фибро-, видеоэзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика заболеваний желудка и 12 перстной кишки.

9. Местный гемостаз через эндоскоп при желудочно-кишечных кровотечениях. Показания и противопоказания. Аппаратура и инструментарий, методы и лекарственные препараты, используемые для эндоскопического гемостаза. Эффективность местного гемостаза.

10. Местный гемостаз через эндоскоп при желудочно-кишечных кровотечениях (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Методы и лекарственные препараты, используемые для эндоскопического гемостаза. Эффективность местного гемостаза.

11. Биопсия слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

12. Колоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика язвенного колита. Классификация.

13. Колоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика болезни Крона. Классификация.

14. Колоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика дивертикулярной болезни кишечника.

15. Колоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика дивертикулеза и новообразований толстой кишки. Классификация.

16. Колоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика дивертикулярной болезни толстой кишки. Классификация.

17. Колоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные

действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика клостридиального колита. Классификация.

18. Колоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика и классификация эпителиальных доброкачественных новообразований толстой кишки.

19. Колоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика и классификация развитого рака толстой кишки.

20. Колоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика эпителиальных новообразований ободочной кишки. Классификация. Тактика эндохирургического лечения,

21. Фибро-, видеоколоноскопия в диагностике заболеваний прямой и ободочной кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика меланоза, амилоидоза, саркоидоза и полипоза толстой кишки.

22. Толстокишечная фибро-, видеоэндоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Методы подготовки толстой кишки к эндоскопическому исследованию. Оценочные шкалы.

23. Толстокишечная фибро-, видеоэндоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Методы подготовки толстой кишки к эндоскопическому исследованию. Оценочные шкалы. Эндоскопическая семиотика меланоза толстой кишки и эпителиальных новообразований толстой кишки.

24. Узкоспектральное nbi-исследование, в режиме интеллектуального цветового выделения (fice), увеличительное эндоскопическое исследования, конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой оболочки органов желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая классификация патологически измененной слизистой оболочки пищевода (Пражские критерии, 2004 (Prague C & M criteria / P. Sharma)).

25. Узкоспектральное nbi-исследование, в режиме интеллектуального цветового выделения (fice), увеличительное эндоскопическое исследования,

конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой оболочки органов желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая классификация микрососудистого рисунка патологически измененной слизистой оболочки желудка (VS-классификация К. Уао и соавт.).

26. Узкоспектральное *nbi*-исследование, в режиме интеллектуального цветового выделения (*fice*), увеличительное эндоскопическое исследования, конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой оболочки органов желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая классификация кишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода и желудка

27. Узкоспектральное эндоскопическое исследование гортани, трахеи и бронхов (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Классификация изменений внутрислизистых сосудов при воспалительных и опухолевых заболеваниях бронхолегочной системы.

28. Видеозондоскопическое узкоспектральное исследование, конфокальное микроэндоскопическое исследование толстой кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Основные типы изменений сосудистого рисунка слизистой оболочки толстой кишки при неопластической прогрессии новообразований.

29. Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при эндоскопическом обследовании или лечении пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

30. Видеокапсульная энтеро-, колоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика сосудистых поражений тонкой кишки.

31. Видеокапсульная тонкокишечная эндоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика доброкачественных новообразований тонкой кишки. Классификация

32. Видеокапсульная тонкокишечная эндоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе

серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика болезни Крона тонкой кишки, гемангиоматоза тонкой кишки.

33. Эндосонографическое исследование (ЭУИ) пищевода и желудка (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Семиотика эпителиальных, неэпителиальных, сосудистых опухолевых образований пищевода и желудка.

34. Техника эндосонографии толстой кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика эпителиальных и неэпителиальных новообразований толстой кишки.

35. Техника эндосонографии желудка, двенадцатиперстной кишки пищевода (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

36. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая классификация строения большого дуоденального сосочка. Эндоскопическая семиотика воспалительных и опухолевых поражений большого дуоденального сосочка.

37. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика воспалительных изменений зоны большого дуоденального сосочка. Тактика ведения больного после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.

38. Методы эндоскопического хроматического исследования с витальными красителями пищевода и желудка (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, результаты исследования и их интерпретация, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, профилактика). Диагностическое значение.

39. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Классификация. Способы удаление инородных тел из пищевода и желудка с помощью эндоскопических технологий в зависимости от характера инородного тела (предмета) (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения пациента после удаления инородного тела из пищевода и желудка.

40. Желудочно-кишечные кровотечения. Эндоскопический гемостаз (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника

выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Классификация методов эндоскопического гемостаза. Эндоскопический гемостаз при язвенной болезни желудка.

41. Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразований пищевода, желудка, тонкой кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после эндоскопического эндохирургического удаления новообразований желудочно-кишечного тракта.

42. Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразований толстой кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после эндоскопического удаления новообразований толстой кишки.

43. Желудочно-кишечные кровотечения. Эндоскопический гемостаз (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Классификация методов эндоскопического гемостаза. Эндоскопический гемостаз при варикозных кровотечениях из пищевода и желудка.

44. Трахеобронхоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика хронических бронхитов. Классификация.

45. Трахеобронхоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика бронхоэктатической болезни. Классификация.

46. Видеобронхоскопия с использованием узкоспектрального (NBI) метода (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика изменений внутрислизистых сосудов при опухолевых заболеваниях трахеобронхиальной системы.

47. Санационная бронхоскопия. (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Лекарственные препараты, используемые для лечебной бронхоскопии. Ведение больного после санационной бронхоскопии. Отдаленные результаты.

48. Остановка кровотечения из нижних дыхательных путей с использованием видеоэндоскопических технологий, эндоскопическая остановка кровотечения с помощью лазерной фотокоагуляции (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные

осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

49. Биопсия трахеи, бронхов при бронхоскопии (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).

50. Получение фаринго-трахеальных аспиратов (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).

51. Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ.

52. Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний органов желудочно-кишечного тракта

53. Порядок организации диспансерного наблюдения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

54. Организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний

55. Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Эндоскопия».

56. Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача-эндоскописта. Основы врачебной этики и деонтологии. Объем и содержание понятий «медицинская этика» и «деонтология».

57. Планирование, экономика и финансирование эндоскопической службы. Методы определения дифференцированных нормативов потребности населения в эндоскопической помощи. Экономические аспекты деятельности эндоскопических отделений и кабинетов поликлинических учреждений.

58. Эндоскопическое облучение лазером при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

59. Интестиноскопия, одно-, двухбаллонная, (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика НПВП ассоциированной энтеропатии, глютеневой энтеропатии.

60. Интестиноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные



действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика глютенной энтеропатии и болезни Крона тонкой кишки.

61. Эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция при новообразованиях пищевода и желудка, (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).

62. Эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция опухоли главных бронхов (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после аргоноплазменной коагуляции.

63. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки толстой кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после эндоскопической резекции слизистой оболочки.

64. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки тонкой кишки, удаление полипа тонкой кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после эндоскопической полипэктомии и резекции слизистой оболочки.

65. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки толстой кишки, эндоскопическая полипэктомия гигантских эпителиальных новообразований (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после резекции слизистой оболочки толстой кишки и толстокишечной полипэктомии.

66. Эндоскопическое удаление подслизистых образований пищевода и желудка, эндоскопическая резекция слизистой оболочки желудка (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после эндохирургических вмешательств.

67. Видеоскопическая петлевая резекция слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, эндоскопическое лигирование основания малигнизированного полипа (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).

68. Эндоскопическая электрокоагуляция и эндоскопическая уаg-лазерная коагуляция, эндоскопическая фотодинамическая терапия, эндоскопическая комбинированная операция: электрорезекция, аргоноплазменная коагуляция при опухолях общего желчного протока, вирсунгианового протока

(медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).

69. Увеличительное эндоскопическое исследования слизистой оболочки органов желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Основные типы изменений сосудистого рисунка слизистой оболочки при раннем раке желудка (классификации: Т. Nakayoshi, VS-классификация К. Уао и соавт).

70. Эндоскопическая семиотика варикозно расширенных вен пищевода. Классификация. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после эндоскопического лигирования вен пищевода.

71. Эндоскопическое удаление полипов из пищевода и желудка (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после эндоскопической полипэктомии.

72. Эндоскопическая остановка кровотечения с помощью аргоноплазменной и биполярной электрокоагуляции (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после проведения эндоскопического гемостаза.

73. Эндоскопическая имплантация баллона в желудок, эндоскопическое извлечение баллона из желудка (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).

74. Удаление инородного тела из трахеи и бронха в зависимости от характера инородного тела (предмета) (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после эндоскопического удаления инородного тела (предмета) из бронхолегочной системы.

75. Эндоскопическое эндопротезирование холедоха, эндоскопическая вирсунготомия, стентирование желчных протоков при опухолевом стенозе, (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).

76. Эндоскопическое бужирование, баллонная дилатация и эндоскопическое стентирование при опухолевом и рубцовым стенозе пищевода, стриктурах анастомозов; эндоскопическая кардиодилатация пищевода механическим и баллонным кардиодилататором под видеоэндоскопическим контролем у

больных с ахалазией пищевода (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больных после эндоскопического бужирования и кардиодилатации.

77. Эндоскопическое стентирование при опухолевом стенозе толстой кишки, эндоскопическое бужирование стриктур анастомозов (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больных после эндоскопического стентирования и бужирования.

78. Эндоскопическое стентирование при опухолевом стенозе пищевода, эндоскопическое бужирование, эндоскопическая дилатация стриктур анастомозов (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больных после эндоскопического стентирования и бужирования.

79. Эндоскопическая *pd-уаg* лазерная коагуляция при новообразованиях пищевода, желудка, тонкой кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).

80. Методы эндоскопической диагностики заболеваний и (или) состояний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные): биопсия слизистой желудочно-кишечного тракта, *13c-уреазный* дыхательный тест на *helicobacter pylori*, узкоспектральная эндоскопия в режимах узкого спектра света

81. Ректосигмоидоскопия, ректосигмоидоскопия с введением лекарственных препаратов (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

82. Трахеоскопия, трахеобронхоскопия, видеотрахеобронхоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

83. Узкоспектральное эндоскопическое исследование гортани, трахеи и бронхов, конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой гортани, трахеи и бронхов (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

84. Узкоспектральное *pbi*-исследование органов желудочно-кишечного тракта, эндоскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта в режиме интеллектуального цветового выделения (*fice*) (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные

осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

85. Установка назоинтестинального зонда, интестиноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

86. Видеокапсульная тонкокишечная эндоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

87. Техника эндосонографии толстой кишки, прямой кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

88. Биопсия лимфатического узла с использованием видеоэндоскопических технологий Биопсия тканей трахеи под контролем трахеоскопического исследования (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

89. Биопсия легких при бронхоскопии, биопсия аспирационная из нижних дыхательных путей (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

90. Увеличительное эндоскопическое исследования слизистой органов желудочно-кишечного тракта, конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой органов желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

91. Колоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

92. Аутофлюоресцентное эндоскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта, эндоскопическое исследование органов желудочно-кишечного тракта в режиме интеллектуального цветового выделения, хромоскопия, контрастное исследование органов желудочно-кишечного тракта (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

93. Бронхо-альвеолярный лаваж, эндотрахеальное введение лекарственных препаратов (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

94. Принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями нижних дыхательных путей и лёгких в неотложной форме в

соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

95. Техника эндосонографии панкреатобиллиарной зоны, желудка, двенадцатиперстной кишки, пищевода (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

96. Биопсия трахеи, бронхов при бронхоскопии, получение фаринго-трахеальных аспиратов, получение бронхо-альвеолярного лаважа (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

97. Доставка видеокапсулы в желудочно-кишечный тракт эндоскопическая (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

98. Описания и интерпретация данных эндоскопических исследований с применением телемедицинских технологий (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

99. Видеоколоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

100. Бронхоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)

## **ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

### **Ситуационная задача №1**

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на эпизоды изжогу, отрыжку воздухом, кислым отрыжка воздухом, боль за грудиной и в подложечной области и ощущение «кома» за грудиной во время еды. Из анамнеза: вышеуказанная симптоматика в течение 4-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно. Ухудшение в течение 2-х недель с усиления симптоматики. Связывает с погрешностью в диете: прием острых блюд, алкоголя и газированных напитков. Обратился за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 68 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 56 лет, ОНМК. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 125/70 мм.рт.ст. Язык обложен белесовато-желтоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный

во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: хиатальная кардиофундальная грыжа, эрозивный эзофагит градации С (LA классификация), антральный гастрит с множественными поверхностными эрозиями.

Необходимо:

- 📁 ① описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
- 📖 ① определить рекомендации по дополнительному обследованию пациента и тактике динамического эндоскопического наблюдения

### Ситуационная задача №2

Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, головокружение, тяжесть в эпигастральной области, тошноту и рвоту с примесью пищи и жидкости типа «кофейной гущи». Из анамнеза известно, что эпизоды болей в эпигастральной области впервые возникли около года назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдал диету, принимал антациды. Эффект от указанного лечения кратковременный. Ухудшение состояния около 2-х дней назад. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 67 лет, страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки; отец – умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 19 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 118 уд. в мин., АД – 90/50 мм рт. ст. Язык обложен грязно-серым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Рекомендовано по срочным показаниям: проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС), ЭКГ, лабораторное обследование крови и мочи. По результатам ВЭГДС определено эндоскопическое заключение: Язва луковицы 12 перстной кишки, осложненная желудочно-кишечным кровотечением (Forrest J.A. 1B). Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки 1 с. Эрозивный дуоденит.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию пациента, тактике эндоскопического лечения, сроках динамического эндоскопического наблюдения.

### Ситуационная задача №3

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на эпизоды изжоги, отрыжку воздухом и кислым содержимым, боль за грудиной и в подложечной области, ощущение «кома» за грудиной во время еды. Из анамнеза: вышеуказанная симптоматика в течение 4-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно. Ухудшение в течение 2-х недель с усиления симптоматики. Связывает с погрешностью в диете: прием острых блюд, алкоголя и

газированных напитков. Обратился за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 68 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 56 лет, ОНМК. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 125/70 мм.рт.ст. Язык обложен белесовато-желтоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: хиатальная кардиофундиальная грыжа, эрозивный эзофагит градации С (LA классификация), антральный гастрит с множественными поверхностными эрозиями.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному эндоскопическому обследованию пациента, включая выбор метода биопсии, тактике динамического эндоскопического наблюдения

## Ситуационная задача №4

Мужчина, 36 лет, обратился к врачу с жалобами на частый жидкий стул с примесью слизи и крови (5-6 раз в день), тенезмы, боли в левом фланке живота перед и после дефекации, метеоризм, флатуленцию, фебрильную лихорадку (до 38<sup>0</sup>С), общую слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза: около 3-х месяцев назад перенес острую кишечную токсикоинфекцию. Лечился самостоятельно. С улучшением самочувствия. Около 4 недель назад по поводу острого ларинготрахеита принимал амоксиклав 1г/сутки в течение 7 дней. На 2-й день приема препарата стал отмечать появление симптомов кишечной диспепсии. В дальнейшем появилась диарея (1-3 раза в день) с примесью слизи и прожилок крови. Резкое ухудшение состояния в течение последних 12 дней (учащение стула, увеличение примеси крови и слизи в кале, появление лихорадки). Семейный анамнез: мать – 59 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 62 года от рака кишечника.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 17,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 68 уд.в мин., АД – 145/70 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови: СОЭ - 50 мм/час, Нв - 116 г/л, Эр. – 3.1 x10<sup>12</sup>, Л - 12.6x10<sup>9</sup>. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: язвенный колит, левостороннее поражение, первая атака, инфильтративно-язвенная стадия, высокая активность

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному эндоскопическому обследованию пациента, включая выбор метода биопсии, тактике динамического эндоскопического наблюдения.



## Ситуационная задача №5

Мужчина, 44 лет, обратился к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым содержимым и воздухом после приема пищи.

Из анамнеза: вышеуказанная симптоматика беспокоит в течение 7-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (соблюдение диеты и прием антисекреторных препаратов) с положительным эффектом. Ухудшение в течение 6-х недель с усиления изжоги и отсутствия эффекта от лечения. Семейный анамнез: мать – 68 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 56 лет, ОНМК. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 30 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 145/75 мм.рт.ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Обратился за консультацией к участковому терапевту. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: хиатальная кардиофундальная грыжа. Длинный пищевод Барретта C5/M12.

Необходимо:

1. Дать описание эндоскопической картины выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
- 2.определить рекомендации по дополнительному эндоскопическому обследованию пациента, включая выбор метода улучшенной визуализации, вида биопсии, а также тактике динамического эндоскопического наблюдения

## Ситуационная задача. №6

Женщина, 58 лет, обратился к врачу с жалобами на постоянные, ноюще-распирающего характера боли в левом фланке живота, метеоризм, урчание в животе, запоры, чередующиеся с малообъемным жидким стулом с примесью слизи (до 2-3 раз в день), субфебрильную лихорадку (до 37,8<sup>0</sup>С). работоспособности. Из анамнеза: в течение длительного времени страдает запорами, принимает слабительные препараты. Ухудшение состояния с появления болевого абдоминального синдрома и нарушения ритма дефекации и характеристик стула. Семейный анамнез: отец – умер в 65 лет от рака кишечника.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 31,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 68 уд. в мин., АД – 145/70 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный в левом фланке живота, где, при глубокой пальпации, определяется уплотненный с ограниченной подвижностью, болезненный сегмент сигмовидной кишки. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови: СОЭ - 42 мм/час, Нв - 119 г/л, Эр. –  $3.6 \times 10^{12}$ , Л -  $12.6 \times 10^9$ . Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоколоноскопии (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: дивертикулярная болезнь толстой кишки с множественными дивертикулами в поперечноободочной, нисходящей и сигмовидной кишке, признаками дивертикулита сигмовидной кишки.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию пациента, тактике динамического эндоскопического наблюдения

## Ситуационная задача №7

Мужчина, 62 лет, обратился к врачу с жалобами на тяжесть и дискомфорт в эпигастральной области после приема пищи, чувство быстрого насыщения, эпизодически рвоту с примесью пищи, принятой накануне, снижение аппетита.

Из анамнеза: вышеуказанная симптоматика беспокоит в течение 2-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (соблюдение диеты, прием ферментных препаратов и антацидов) с положительным эффектом. Ухудшение в течение 3-х недель с усиления симптомов желудочной диспепсии и отсутствия эффекта от лечения. Семейный анамнез: отец – умер в 68 лет (ЗНО желудка). При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 16,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 84 уд. в мин., АД – 160/85 мм. рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Обратился за консультацией к участковому терапевту. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: Хронический гастрит с множественными эрозиями в антральном отделе желудка. Полипоз желудка. Проведена эндоскопическая полипэктомия с использованием техники «холодной петли». Через 2 часа после ВЭГДС появилась тошнота, 2-х кратная рвота с примесью прожилок крови. Назначена повторная ВЭГДС.

Необходимо:

1. Дать описание эндоскопической картины выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии при первичном и повторном эндоскопическом исследовании,
2. Определить методы: профилактики осложнений после эндоскопической полипэктомии, эндоскопического гемостаза при кровотечениях, ведение больного после эндоскопического гемостаза.

## Ситуационная задача №8

Женщина, 65 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на общую слабость, снижение работоспособности, головную боль, головокружение, эпизоды непродолжительной диареи с малообъемным жидким темного цвета (до 2-3 раз в день). Из анамнеза: вышеуказанная симптоматика в течение 2-х лет. Неоднократно проходила обследования в стационарных условиях по поводу анемии, состояниях после желудочно-кишечного кровотечения. При комплексном обследовании источник ЖКК не определен. Ухудшение состояния в течение последних 6 дней.

Семейный анамнез: отец – умер в 59 лет от ЗНО кишечника.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 31,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 68 уд. в мин., АД – 150/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный в левом фланке живота, где, при глубокой пальпации, определяется уплотненный с ограниченной подвижностью, болезненный сегмент сигмовидной кишки. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови: СОЭ - 14 мм/час, Нв - 96 г/л, Эр. –  $2.7 \times 10^{12}$ , Л –  $4,3 \times 10^9$ . Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеокапсульной энтероколоноскопии. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: атрофический энтерит, множественные артеривенозные мальформации тощей и подвздошной кишки, дивертикулярная болезнь толстой кишки с множественными дивертикулами в поперечноободочной и нисходящей кишке.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений тонкой и толстой кишок с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию пациента и тактики динамического эндоскопического наблюдения.

## Ситуационная задача №9

Мужчина, 68 лет, обратился к врачу с жалобами на ноющего характера боли в эпигастриальной области, после приема пищи, чувство быстрого насыщения, эпизодически отрыжку воздухом и кисло-горьким содержимым, снижение аппетита. Из анамнеза: в течение 10 лет злоупотребляет приемом алкогольных напитков. Вышеуказанная симптоматика беспокоит в течение последних 3-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (соблюдение диеты, прием антацидов) с положительным эффектом. Ухудшение в течение 3-х недель с усиления симптомов абдоминальных болей и желудочной диспепсии, а также отсутствием эффекта от лечения. Семейный анамнез: отец – умер в 68 лет (ЗНО толстой кишки).

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 29,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 89 уд. в мин., АД – 165/75 мм.рт.ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Обратился за консультацией к участковому терапевту. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: варикозное расширение вен (ВРВЖ) свода и в/3 тела желудка 3 ст.? Хронический гастрит с множественными эрозиями в антральном отделе желудка. Подслизистое образование задней стенки с/3 тела желудка. Проведена ЭУС желудка, которое верифицировало варикозное расширение вен свода и в/3 тела желудка, наличие неэпителиальной подслизистой опухоли средней трети тела желудка.

Необходимо:

1. Описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка при ВЭГДС и ЭУС,
2. определить дополнительные методы обследования и эндоскопического лечения, направленные на профилактику кровотечений из ВРВЖ.

#### Ситуационная задача №10

Женщина, 48 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье и эпигастральной области с опоясывающей иррадиацией, тошноту, многократную рвоту, субфебрильную лихорадку. Из анамнеза: эпизоды болей в правом подреберье после приема пищи в течение 3-х лет. Неоднократно обращалась за консультацией к терапевту. При обследовании диагностирован хронический холецистит. При УЗИ гепатобилиарной системы периодически выявляли наличие билиарного сладжа. Получала курсами спазмолитики, препараты УДХК. Последнее ухудшение состояния в течение 7 дней. Ухудшение связывает с погрешностью в диете.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 32,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 64 уд. в мин., АД – 130/70 мм рт. ст. Язык обложен желтым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный в эпи- и мезогастральной области, зоне Шоффара и Губергрица-Скульского, в точках Дежардена и Губергрица, а также в зоне Мэйо-Робсона. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови: СОЭ - 14 мм/час, Нв - 96 г/л, Эр. –  $2.7 \times 10^{12}$ , Л –  $4,3 \times 10^9$ . Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: поверхностный гастрит, тип С, эрозивный бульбит, катарально-эрозивный папиллит.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию пациента, включая ЭРХПГ, тактике динамического эндоскопического наблюдения

## Ситуационная задача №11

Мужчина, 69 лет, обратился к врачу с жалобами на ноющего характера боли за грудиной, отрыжку кисло-горьким содержимым, пищей после еды, рвоту в ночное время с примесью пищи, принятой накануне, снижение аппетита. Из анамнеза: в течение последних 3 лет отмечает появление вышеуказанной симптоматики. Не обследовался, лечился самостоятельно (соблюдение диеты, прием антацидов) с положительным эффектом. Ухудшение в течение 2-х недель с усиления вышеуказанных симптомов и отсутствием эффекта от лечения. Семейный анамнез: отец – умер в 68 лет (ЗНО желудка), мать – острый инфаркт миокарда в возрасте 55 лет.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: варикозное расширение вен (ВРВЖ) свода и в/3 тела желудка 3 ст.? Подслизистое образование задней стенки с/3 тела желудка. Хронический гастрит с множественными эрозиями в антральном отделе желудка. Проведена ЭУС желудка, которое верифицировало варикозное расширение вен свода и в/3 тела желудка, наличие неэпителиальной подслизистой опухоли средней трети тела желудка.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка при ВЭГДС и ЭУС,
2. определить дополнительные методы обследования и эндоскопического лечения, направленные на профилактику кровотечений из ВРВЖ.

## Ситуационная задача. №12

Мужчина, 46 лет, обратился с жалобами на частую изжогу, отрыжку воздухом, горечью, тяжесть в эпигастриальной области после приема пищи.

Из анамнеза: эпизоды изжоги в течение 8 лет. Неоднократно обращался за консультацией к терапевту. Получал курсами ингибиторы протонной помпы, антациды. Последнее ухудшение состояния в течение 2 недель связано с погрешностью в диете.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=29,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 64 уд. в мин., АД – 145/70 мм рт. ст. Язык обложен желтым налетом, влажный. Живот обычной формы. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови: СОЭ - 14 мм/час, Нв - 152 г/л, Эр. –  $4.8 \times 10^{12}$ , Л –  $4,9 \times 10^9$ . Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии с биопсией слизистой оболочки пищевода.

По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: эрозивный эзофагит, градации С, эндоскопические признаки пищевода Барретта (С2М5) хиатальная кардиофундальная грыжа, эрозивный бульбит. Результаты пато-морфологического исследования эзофагобиоптатов: выявлено наличие ворсинчато-ямочной поверхности железистого эпителия с большим количеством бокаловидных клеток.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию пациента, тактике динамического эндоскопического наблюдения

## Ситуационная задача №13

Мужчина, 74 лет, обратился к врачу с жалобами на ноющего характера боли в эпигастрии, отрыжку кисло-горьким содержимым и пищей после еды, рвоту в ночное время с примесью пищи, принятой накануне, снижение аппетита. Из анамнеза: в течение последних 4 лет отмечает появление вышеуказанной симптоматики. При обследовании (ВЭГДС) диагностирован хронический атрофический гастрит. Лечился самостоятельно (соблюдение диеты, прием ферментных препаратов) с положительным эффектом. Ухудшение в течение 3-х недель. Связывает с погрешностью в диете (прием в пищу большого количества хурмы). Семейный анамнез: отец – умер в 65 лет (ЗНО желудка), мать – острый инфаркт миокарда в возрасте 65 лет.

1. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: Хронический атрофический пангастрит. Инородное тело желудка (фитобезоар)

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка,
2. определить методы эндоскопического лечения, направленные на удаление инородного тела в желудке, тактику ведения больного.

#### Ситуационная задача №14

Женщина, 56 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на ноющего характера боли в эпигастральной области, тяжесть после приема пищи, периодически тошноту. Из анамнеза: эпизоды болей в эпигастральной области и тяжесть после приема пищи в течение 2-х лет. Неоднократно обращалась за консультацией к терапевту. При обследовании диагностирован хронический холецистит, хронический гастрит. Получала курсами спазмолитики, ферментные препараты. Последнее ухудшение состояния в течение 2-х недель. Ухудшение связывает с погрешностью в диете.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – =24,4 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 64 уд. в мин., АД – 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот обычной формы. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=121 г/л, Эр. –  $4.7 \times 10^{12}$ , Л –  $6,3 \times 10^9$ . Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: Очаговая атрофия слизистой свода и тела желудка, стелющееся выступающее образование 1,4 x 0,8 см в Д на задней стенке тела желудка, подозрение на ранний рак желудка (Тип 0-I), антральный эрозивный рефлюкс-гастрит, эрозивный бульбит, дуоденогастральный рефлюкс.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию, включая дополнительные методы повышения визуализации, тактике эндоскопического эндохирургического лечения

#### Ситуационная задача №15

Мужчина, 34 лет, поступил по СМП в приемное отделение многопрофильной больницы. Жалобы на загрудинную боль при глотании, ощущение «кома и нарушение прохождения пищи и воды по пищеводу», повышенное выделение слюны. Из анамнеза: вышеперечисленная симптоматика возникла остро 2 часа назад, когда во время еды (прием в пищу копченой рыбы) появилась боль за грудиной, усиливающаяся при глотании. В дальнейшем к болевому синдрому присоединились среднеэзофагеальная дисфагия и гиперсаливация. При обследовании (рентгеноскопия легких) признаков органической патологии не выявлено. 1. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: Инородное тело (рыбья кость) вклинение в слизистую оболочку средней трети пищевода. Эзофагоспазм.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений пищевода,
2. определить методы эндоскопического лечения, направленные на удаление инородного тела в пищеводе, тактику ведения больного.



## Ситуационная задача №16

Женщина, 58 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на ноющего характера боли в животе, запоры, вздутие и урчание живота. Из анамнеза: запоры и симптомы кишечной диспепсии в течение длительного времени. Неоднократно обращалась за консультацией к терапевту. При обследовании диагностирован колит. Полипы толстой кишки (медицинские документы не представлены). Лечилась слабительными препаратами, спазмолитиками. Ухудшение состояния в течение 3-х недель. Ухудшение связывает с погрешностью в диете.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ = 21,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 64 уд. в мин., АД – 150/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный в левом и правом фланках живота. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=128г/л, Эр. –  $4.3 \times 10^{12}$ , Л –  $6,7 \times 10^9$ . Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеокOLONОСКОПИИ. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: полипоз ободочной кишки (2 полипы слепой и восходящей кишки 1,8x1,0 и 1,4x0,5 см в Д (3 тип по Ямадо), 3 полипа нисходящей и сигмовидной кишок (1,2x0,8, 2,5x2,0 и 1,8x1,0 см в Д (4 тип по Ямадо). Зубчатая аденома 2,5x2,0 см в Д нижеампулярного отдела прямой кишки.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию, включая дополнительные методы повышения визуализации, а также тактике эндоскопического эндохирургического лечения полипоза толстой кишки

## Ситуационная задача №17

Мужчина, 48 лет, поступил по СМП в приемное отделение многопрофильной больницы. Жалобы на постоянную боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, рвоту с примесью крови и сгустков, жидкостью типа «кофейной гущи», общую слабость, головокружение, сердцебиение, однократный стул «черного цвета». Из анамнеза: в течение 5 лет отмечает эпизоды болей в эпигастриальной области, возникающих через 30-40 минут после приема пищи. При обследовании диагностирована язвенная болезнь желудка. На фоне курсовой противоязвенной терапии состояние улучшилось. При эндоскопическом контроле регистрировалось рубцевание язвенного дефекта желудка. В течение последних 3-х лет болевой эпигастриальный синдром регистрировался практически ежегодно, чаще в осенне-зимний период. На фоне курсовой терапии состояние улучшалось. Не обследовался. Последнее ухудшение 2 дня назад после погрешности в диете. Рвота с примесью крови около 12 часов назад. Вызвал СМП и был доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы. При обследовании (рентгеноскопия легких, ЭКГ) признаков органической патологии не выявлено. Общий анализ крови: Нв=86г/л, Эр. –  $2.1 \times 10^{12}$ , Л –  $8,5 \times 10^9$ . Общий анализ мочи без отклонений. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС) по неотложным состояниям. По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: Язвенная болезнь желудка с локализацией язвы (2,8x2,4 см в Д) на малой кривизне с переходом на заднюю стенку средней трети тела желудка, осложненная желудочно-кишечным кровотечением (Forrest J.A. 1B). Рубцово-язвенная деформация желудка 1 ст. Антральный гастрит с множественными афтозными эрозиями.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка,
2. определить методы эндоскопического гемостаза, тактику ведения больного после эндоскопического лечения, сроки динамического наблюдения.

## Ситуационная задача №18

Женщина, 63 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на ноющего характера боли в животе, чередованием запоров с поносами, примесь слизи и крови в кале, вздутие и урчание живота. Из анамнеза: запоры и симптомы кишечной диспепсии беспокоят в течение длительного времени. Неоднократно обращалась за консультацией к терапевту. При обследовании 3 года назад диагностирован колит, полип толстой кишки (медицинские документы не представлены). Лечилась слабительными препаратами, спазмолитиками. Ухудшение состояния в течение ½ года. Последние 3-4 недели появилась примесь крови и слизи в кале.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ = 21,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 64 уд. в мин., АД – 150/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный в левом фланке живота. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=104г/л, Эр. –  $3.1 \times 10^{12}$ , Л –  $6,7 \times 10^9$ , СОЭ = 41 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений. Рекомендовано проведение видеокколоноскопии. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: инфильтративно-язвенная опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки с формированием субкомпенсированного короткого опухолевого стеноза, полип среднеампулярного отдела прямой кишки 1,8x2,0см в Д (3 тип по Ямадо) с изъязвлением.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию, включая дополнительные методы повышения визуализации, а также тактике эндоскопического эндохирургического лечения полипа прямой кишки.

## Ситуационная задача №19

Женщина, 56 лет, обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, возникающую после приема пищи, слабость, изменение цвета стула (темно-коричневый с включениями дегтеобразного характера). Из анамнеза известно, что в течение 3-х недель самостоятельно принимала новиган и кеторол в связи с ушибом грудной клетки. Обратилась за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 72 года, страдает язвенной болезнью желудка; отец – умер в 65 лет от острого инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 22 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 62 уд. в мин., АД – 130/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС) по неотложным состояниям. По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: эрозивно-язвенная гастропатия. Острая язва привратника. Множественные острые язвы луковицы 12 перстной кишки.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка и 12 перстной кишки,
2. определить методы эндоскопического гемостаза, сроки динамического наблюдения

## Ситуационная задача №20

Женщина, 67 лет, обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, возникающую после приема пищи, слабость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в течение 15 лет отмечала эпизоды желудочной диспепсии, возникающие после погрешности в диете. Не лечилась и не обследовалась. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца. Соблюдение диетических ограничений и прием антацидных препаратов не привел к улучшению самочувствия. Обратилась за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от ОНМК, отец – умер в 67 лет от рака желудка.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=18 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 62 уд. в мин., АД – 130/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеозофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС).

По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: полипоз тела желудка: два полипа (2-3 типа по Ямадо) с изъязвлением большой кривизны тела желудка.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию, включая дополнительные методы повышения визуализации, а также тактике эндоскопического эндохирургического лечения полипов желудка прямой.

## Ситуационная задача №21

Женщина, 63 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на боли в животе ноющего характера без четкой локализации, запоры, примесь слизи в кале, вздутие и урчание живота, отсутствие позыва на дефекацию. Из анамнеза: запоры и симптомы кишечной диспепсии беспокоят в течение длительного времени. Неоднократно обращалась за консультацией к терапевту. При обследовании 3 года назад диагностирован спастический колит (медицинские документы не представлены). Лечилась растительными слабительными препаратами (сенна, крушина), спазмолитиками. Ухудшение состояния в течение ½ года. Последние 3-4 недели появилась примесь слизи в кале., усилились боли в животе

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ =26,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 69 уд. в мин., АД – 160/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный в левом фланке живота. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=114г/л, Эр. –  $3.8 \times 10^{12}$ , Л –  $6,7 \times 10^9$ , СОЭ = 28 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеокOLONОСКОПИИ. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: меланоз толстой кишки. Полип сигмовидной кишки (2,8x2,0см в Д, 3 тип по Ямадо) с изъязвлением.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений толстой кишки.
2. определить методы, улучшающие эндоскопическую визуализацию, тактику эндохирургического лечения, диспансерное наблюдение.

## Ситуационная задача №22

Женщина, 67 лет, обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, возникающую после приема пищи, слабость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в течение 15 лет отмечала эпизоды желудочной диспепсии, возникающие после погрешности в диете. Не лечилась и не обследовалась. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца. Соблюдение диетических ограничений и прием антацидных препаратов не привело к улучшению самочувствия. Обратилась за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от ОНМК, отец – умер в 67 лет от рака желудка.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 18 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 62 уд. в мин., АД – 130/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеозофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС).

По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: полипоз тела желудка: два полипа большой кривизны тела желудка с изъязвлением (2,0x2,2, 3,5x2,8 см в Д, 3 тип по Ямадо).

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию, включая дополнительные методы повышения визуализации, а также тактике эндоскопического эндохирургического лечения полипов желудка.

## Ситуационная задача №23

Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, головокружение, тяжесть в эпигастральной области, тошноту и рвоту с примесью пищи и жидкости типа «кофейной гущи». Из анамнеза известно, что эпизоды болей в эпигастральной области впервые возникли около года назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая антацидные препараты. Эффект от указанного лечения был кратковременным. Ухудшение самочувствия с появлением вышеуказанной симптоматики возникло около 2-х дней назад после погрешности в диете. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 67 лет, страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки; отец – умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 19,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 110 уд. в мин., АД – 100/50 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=104г/л, Эр. –  $3.6 \times 10^{12}$ , Л –  $7,9 \times 10^9$ , СОЭ = 18 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС) по срочным показаниям. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: Язва луковицы 12 перстной кишки, осложненная желудочно-кишечным кровотечением Forrest J.A. 1B. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки 1 ст. Эрозивный дуоденит.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка и 12 перстной кишки.
2. определить методы, улучшающие эндоскопическую визуализацию, тактику эндохирургического лечения, диспансерное наблюдение.



## Ситуационная задача №24

Женщина, 67 лет, обратилась к врачу с жалобами на постоянную больно ноюще-давящего характера в правом подреберье с иррадиацией в спину, правую ключицу, желтушность кожи, кожный зуд, общую слабость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в течение 7 лет отмечала эпизоды болей в правом подреберье, симптомов желудочной диспепсии, возникающие после погрешности в диете. При УЗИ признаки хронического холецистита, билиарного сладжа. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца. Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от ОНМК, отец – умер в 67 лет от рака желудка.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 18 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и слизистые оболочки иктеричные, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 150/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье и в эпигастриальной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС).

По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: атрофический гастрит. Две ксантомы большой кривизны тела желудка. Атрофический дуоденит. Парафатеральный дивертикул. Папиллит. Гемобилия.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию, включая ретроградную панкреатохолангиографию и папиллосфинктеротомию.

## Ситуационная задача № 25

Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на тяжесть и ноющего характера боль в эпигастральной области, после еды, чувство быстрого насыщения. Из анамнеза: эпизоды болей в эпигастральной области впервые возникли около года назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету. Эффект от указанного лечения был кратковременным. Ухудшение самочувствия с появлением вышеуказанной симптоматики возникло около 2-х недель назад после погрешности в диете. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 76 лет, страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки; отец – умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 19,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 60 уд. в мин., АД – 120/50 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=124г/л, Эр. –  $4.6 \times 10^{12}$ , Л –  $7,9 \times 10^9$ , СОЭ = 18 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС).

По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: плоское выступающее эпителиальное образование (1,2x0,8 см в Д) на передней стенке средней трети тела желудка. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки 1 ст. Эрозивный дуоденит.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка и 12 перстной кишки.
2. определить методы, улучшающие эндоскопическую визуализацию, методы забора биопсийного материала, тактику эндохирургического лечения, диспансерное наблюдение.

## Ситуационная задача № 26

Женщина, 34 лет, обратилась к врачу с жалобами на частый жидкий стул (5-7 раз в сутки) с примесью слизи и крови, тенезмы, схваткообразные боли в левом фланке живота, вздутие и урчание в животе, субфебрильную лихорадку. Из анамнеза: в течение 5 лет отмечала эпизоды диареи с примесью крови и слизи, симптомы кишечной диспепсии, возникающие после погрешности в диете. При обследовании (ирригоскопия) выявлены рентгенологические признаки хронического колита. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца. Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от ОНМК, отец – умер в 67 лет от рака кишечника.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 16 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 120/55 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левом фланке живота, параумбиликальной области, зоне Шофара. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: Нв=104г/л, Эр. –  $2.6 \times 10^{12}$ , Л –  $9,9 \times 10^9$ , СОЭ = 32 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоколоноскопии (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: язвенный колит распространенное поражение, язвенная стадия, высокая активность.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений толстой кишки с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить методы забора биопсийного материала толстой кишки, сроки повторного эндоскопического исследования толстой кишки.

## Ситуационная задача № 27

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на дисфагию, ощущение «комка» за грудиной, режущего характера болей за грудиной во время еды, периодическую изжогу, тяжесть в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что эпизоды болей и чувство «комка» за грудиной во время приема плотной пищи беспокоят в течение 10 лет. Неоднократно госпитализировался по СМП в хирургические стационары по поводу острой среднеэзофагеальной дисфагии. При экстренных ВЭГДС диагностировалось наличие инородных тел в пищеводе (плотные куски мяса, вишневая косточка и пр.), признаков эрозивного эзофагита, эзофагоспазма. После эндоскопического удаления инородных тел состояние улучшалось. На фоне применения ингибиторов протонной помпы наступала клиническая ремиссия до 3-4 месяцев. Ухудшение самочувствия около 2-х дней назад после погрешности в диете. Семейный анамнез: мать – 67 лет, страдает бронхиальной астмой; отец – умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 19,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 100/50 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=122 г/л, Эр. –  $3.8 \times 10^{12}$ , Л –  $7,9 \times 10^9$ , СОЭ = 28 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастроуденоскопии (ВЭГДС) по срочным показаниям. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: симптом «кошачьего» пищевода. Инородное тело (плотная пища) в средней трети пищевода. Удаление инородного тела пищевода. Воспалительн-язвенная неполная стриктура средней трети пищевода. Биопсия.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка и 12 перстной кишки; предполагаемые результаты морфологического исследования эзофагобиоптатов,
2. определить методы, улучшающие эндоскопическую визуализацию, тактику диспансерного наблюдения.

## Ситуационная задача № 28

Женщина, 67 лет, обратилась к врачу с жалобами на постоянную боль ноюще-давящего характера в левом фланке живота с иррадиацией в спину, запоры, вздутие и урчание в животе, общую слабость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет беспокоят запоры и вздутие живота. При обследовании диагностирован хронический колит, признаки хронического холецистита, билиарного сладжа. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца. Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от рака кишечника, отец – умер в 59 лет от рака желудка.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 18 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 160/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левом фланке и в подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: Катаральный колит. Дивертикулез ободочной кишки с признаками дивертикулита сигмовидной кишки. Латерально-распространяющаяся аденома прямой кишки.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по: дополнительному обследованию, повышающему эндоскопическую визуализацию, методах биопсии, выбору эндохирургического лечения латерально-распространяющейся аденоме прямой кишки.

## Ситуационная задача № 29

Женщина, 63 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на боли в животе ноющего характера без четкой локализации, запоры, примесь слизи в кале. Из анамнеза: запоры беспокоят в течение длительного времени. Неоднократно обращалась за консультацией к терапевту. При обследовании 3 года назад диагностирован спастический колит (медицинские документы не представлены). Лечилась растительными слабительными препаратами (сенна, крушина), спазмолитиками. Ухудшение состояния в течение ½ года. Последние 3-4 недели появилась примесь слизи в кале, усилились боли в животе. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ = 24,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 75 уд. в мин., АД – 155/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный в левом фланке живота. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=123г/л, Эр. –  $3.8 \times 10^{12}$ , Л –  $6,7 \times 10^9$ , СОЭ = 20мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеокколоноскопии. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: дивертикулез толстой кишки. Полип сигмовидной кишки (0,8x0,6см в Д, 2 тип по Ямадо).  
Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений толстой кишки,
2. выбрать правильную схему подготовки к ВКС, метолы, улучшающие эндоскопическую визуализацию, тактику эндохирургического лечения, диспансерное наблюдение.

## Ситуационная задача № 30

Мужчина, 42 лет, обратился к врачу с жалобами приступообразный кашель с отделением густой, вязкой мокроты желто-зеленого цвета, субфебрильную лихорадку (до 37,6<sup>0</sup>С), одышкой смешанного характера при физической нагрузке, потливостью. Из анамнеза: кашлевой синдром в течение 5-х лет, после перенесенной левосторонней полисегментарной пневмонии. Наблюдается у терапевта, получает курсами антибактериальные препараты, бронхолитики. Ухудшение самочувствия около 3-х недель, когда после перенесенного ОРВИ стал отмечать учащение кашлевого синдрома, увеличение количества и изменение цвета мокроты, субфебрилитет. Семейный анамнез: отец – умер в 65 лет от рака легкого. Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день, в течение 20 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 16,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких жесткое дыхание, над всей поверхностью легких рассеянные сухие жужжащие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 150/80 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=122 г/л, Эр. – 3.2 x10<sup>12</sup>, Л – 8,9x10<sup>9</sup>, СОЭ = 26 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеотрахеобронхоскопии (ВТБС). По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: картина диффузного двустороннего гнойного эндобронхита, 2 степени интенсивности воспаления.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений трахеобронхиальной системы, классифицировать выявленные изменения
2. определить тактику диспансерного наблюдения.

## Ситуационная задача № 31

Мужчина, 28 лет, обратился к врачу с жалобами на дисфагию, периодическую изжогу, тяжесть в эпигастральной области. Из анамнеза: эпизоды изжоги беспокоят в течение 5 лет. С детства страдает аллергическим бронхитом. 3 года назад диагностирована атопическая форма бронхиальной астмы. Назначен постоянный ингаляционный прием симпатомиметиков и кортикостероидов. Ухудшение состояния в течение 4-х недель, после курсовой антибактериальной терапии (цефалоспорины, макролиды) по поводу острой правосторонней нижнедолевой пневмонии.

Семейный анамнез: мать – 67 лет, страдает бронхиальной астмой; отец – умер в 65 лет от инсульта.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 19,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 100/50 мм рт. ст. Язык обложен плотным творожистым налетом белого цвета, афтозные эрозии на языке и внутренней поверхности губ. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=122 г/л, Эр. –  $4.8 \times 10^{12}$ , Л –  $7,9 \times 10^9$ , СОЭ = 18 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: кандидозный эзофагит. Недостаточность кардиальной розетки. Эрозивная гастропатия.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений пищевода и желудка; предполагаемые результаты морфологического исследования эзофагобиоптатов,
2. определить методы, улучшающие эндоскопическую визуализацию. Определить тактику диспансерного наблюдения.



## Ситуационная задача № 32

Женщина, 23 лет, обратилась к врачу с жалобами на диарею с примесью крови и слизи (6-8 раз в день), тенезмы, вздутие и урчание в животе, общую слабость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что нарушение стула по типу диареи возникло около 4 недель назад, после курса антибактериальной терапии (цефалоспорины) по поводу острой токсикоинфекции. При обследовании был исключен клостридиальный, паразитарный генез диареи. В дальнейшем состояние прогрессивно ухудшалось: участился стул, появилась примесь слизи и крови в стуле, тенезмы.

Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от рака кишечника.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 16,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 115/55 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левом фланке и в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: язвенный проктит (распространение ограничено ампулой прямой кишки), высокая активность.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по: дополнительному обследованию, повышающему эндоскопическую визуализацию, методах биопсии, сроках динамического эндоскопического исследования толстой кишки

## Ситуационная задача № 33

Женщина, 58 лет, обратилась к врачу с жалобами на тяжесть и ноющего характера боль в эпигастральной области, правом подреберье после еды, чувство быстрого насыщения, отрыжку горьким и кислым содержимым, воздухом после еды и в ночное время, изжогу в ночное время.

Из анамнеза: эпизоды болей в эпигастральной области и симптомы желудочной диспепсии появились около 4-х лет назад. При обследовании диагностирован хронический холецистит с дискинезией желчевыводящих путей, билиарный слад 2 типа, неалкогольный стеатоз печени. Лечилась по рекомендации терапевта (прокинетики, препараты УДХК, спазмолитики, антациды, ферментные препараты). Эффект от лечения кратковременный. Ухудшение самочувствия с появлением вышеуказанной симптоматики возникло около 2-х недель назад после погрешности в диете. Семейный анамнез: мать – 76 лет, страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки; отец – умер в 62 года от острого инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 24,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 60 уд. в мин., АД – 140/50 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв = 124г/л, Эр. –  $4.6 \times 10^{12}$ , Л –  $7,9 \times 10^9$ , СОЭ = 18 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастроуденоскопии (ВЭГДС).

По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: пищевод Барретта СЗМ2, скользящая хиатальная грыжа. Дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс. Очаговая атрофия слизистой оболочки свода и тела желудка. Распространенная кишечная метаплазия слизистой оболочки антрального отдела желудка. Плоское выступающее эпителиальное образование (0,8x0,7 см в Д) ярко-красного цвета с наложениями прозрачной слизи и фибрина на вершине на задней стенке антрального отдела желудка.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений пищевода и желудка,
2. определить методы, улучшающие эндоскопическую визуализацию, методы забора биопсийного материала, тактику эндохирургического лечения эпителиального новообразования желудка, диспансерное наблюдение.

## Ситуационная задача № 34

Женщина, 39 лет, обратилась к врачу с жалобами на схваткообразные боли в правом фланке живота, чередование запоров с диареей (5-7 раз в сутки) без патологических примесей, вздутие и урчание в животе, субфебрильную лихорадку (до  $37,8^{\circ}\text{C}$ ), снижение аппетита, потерю массы тела (7 кг за последние 3 месяца). Из анамнеза: в течение 5 лет нарушение стула по типу чередования запоров с диареей, симптомы кишечной диспепсии (метеоризм, флатуленция). При ирригоскопии, проведенной 2 года назад, без органических изменений. Выставлен диагноз синдрома раздраженного кишечника. По назначению врача принимала слабительные, регуляторы моторики, адсорбенты, спазмолитики с переменным клиническим эффектом. Ухудшение самочувствия в течение последнего года, после перенесенной острой кишечной инфекции (сальмонеллез). Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от ОНМК, отец – умер в 67 лет от рака кишечника.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ –  $15,4 \text{ кг/м}^2$ . Кожные покровы и слизистые оболочки бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 110/50 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом фланке живота, илеоцекальной зоне, где пальпируется инфильтрат  $5 \times 8 \text{ см}$  в Д, болезненный с ограниченной подвижностью. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови:  $\text{Hb}=101 \text{ г/л}$ , Эр. –  $2,6 \times 10^{12}$ , Л –  $10,6 \times 10^9$ , СОЭ = 32 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоколоноскопии (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: болезнь крона с локализацией в терминальном отделе подвздошной кишки и в восходящей кишки, инфильтративно-язвенная форма, формирование неполной стриктуры подвздошной кишки, высокая активность.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений подвздошной и толстой кишки с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить методы забора биопсийного материала толстой кишки, сроки повторного эндоскопического исследования толстой кишки.

## Ситуационная задача № 35

Мужчина, 42 лет, обратился к врачу с жалобами приступообразный кашель с отделением вязкой, прозрачной, стекловидной мокроты. Приступы кашля возникают в ночное время, сопровождаются экспираторной одышкой, сердцебиением, купируются приемом эуфиллина. Из анамнеза: кашлевой синдром в течение 3-х лет. Около года назад стал отмечать приступы кашля, сопровождающиеся экспираторной одышкой. По назначению терапевта стал использовать ингаляционной симпатомиметики с положительным клиническим результатом. Ухудшение самочувствия около 3-х недель, когда после перенесенного ОРВИ стал отмечать учащение кашлевого синдрома, приступов одышки в ночное время, снижение эффекта от ингаляций симпатомиметиков. Семейный анамнез: отец – умер в 60 лет от рака легкого. Вредные привычки: курит по 1/2 пачке сигарет в день в течение 14 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 16,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких жесткое дыхание, над всей поверхностью легких рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=122 г/л, Эр. –  $3.6 \times 10^{12}$ , Л –  $8,9 \times 10^9$ , СОЭ = 24 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеотрахеобронхоскопии (ВТБС). По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: картина диффузного двустороннего бронхита, 2 степени интенсивности воспаления с дистонией 1 степени.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений трахеобронхиальной системы, классифицировать выявленные изменения
2. определить тактику диспансерного наблюдения.

## Ситуационная задача № 36

Женщина, 54 лет, обратилась к врачу с жалобами на постоянную боль ноюще-давящего характера в левом фланке живота, диарею (4-5 раз в день) с примесью слизи, вздутие и урчание в животе, общую слабость, субфебрильную лихорадку (до 37,9<sup>0</sup>С). Из анамнеза известно, что в течение 6 лет беспокоят запоры и вздутие живота. При обследовании диагностирован хронический колит, признаки хронического холецистита. Ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда после приема антибиотиков (цефалоспорины) по поводу острого бронхита стала отмечать появление диареи с примесью слизи, а, в дальнейшем, болевого абдоминального синдрома и лихорадки. Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от рака кишечника, отец – умер в 59 лет от рака желудка.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 26,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 145/85 мм рт. ст. Язык обложен белесовато-серым налетом, влажный. Живот при пальпации вздут, болезненный в левом фланке и в параумбиликальной зоне. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови: Нв=107 г/л, Эр. –  $3.24 \times 10^{12}$ , Л –  $12,3 \times 10^9$ , СОЭ = 36 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: кластридиальный тотальный колит.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой
2. определить рекомендации по: дополнительному обследованию, методах биопсии.

## Ситуационная задача № 37

Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на постоянную боль за грудиной с иррадиацией в спину, изжогу, отрыжку воздухом, эпизодически ощущение нарушение прохождения пищи с ее задержкой в подложечной области. Вышеуказанная симптоматика усиливается после еды, уменьшается после отрыжки воздухом, нередко сопровождается тошнотой, гиперсаливацией и рвотой с примесью непереваренной пищи. Из анамнеза: эпизоды в изжоги, отрыжки воздухом и кислым, боли за грудиной и в эпигастральной области впервые возникли около 6-х лет назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая антацидные препараты. В дальнейшем, при появлении изжоги и боли в эпигастрии и за грудиной, принимал 2-х недельными курсами антацидные препараты. Ухудшение состояния в течение последних 3-х недель. Соблюдение диеты и прием антацидов не сопровождалось уменьшением симптоматики. Семейный анамнез: мать – 72 года, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 64 года от рака желудка.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ = 29,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 66 уд. в мин., АД – 140/80 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС).

По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: хиатальная кардиофундальная грыжа. Эрозивный эзофагит, градации D (LA).

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений пищевода и желудка; предполагаемые результаты морфологического исследования эзофагобиоптатов,
2. определить методы, улучшающие эндоскопическую визуализацию, выбрать методику взятия биопсийного материала. Определить тактику диспансерного наблюдения.

## Ситуационная задача. № 38

Мужчина, 42 лет, обратился к врачу с жалобами приступообразный кашель с отделением густой, вязкой мокроты желто-зеленого цвета, субфебрильную лихорадку (до 37,6<sup>0</sup>С), одышкой смешанного характера при физической нагрузке, потливостью. Из анамнеза: кашлевой синдром в течение 5-х лет, после перенесенной левосторонней полисегментарной пневмонии. Наблюдается у терапевта, получает курсами антибактериальные препараты, бронхолитики. Ухудшение самочувствия около 3-х недель, когда после перенесенного ОРВИ стал отмечать учащение кашлевого синдрома, увеличение количества и изменение цвета мокроты, субфебрилитет.

Семейный анамнез: отец – умер в 65 лет от рака легкого. Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день, в течение 20 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 16,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких жесткое дыхание, над всей поверхностью легких рассеянные сухие жужжащие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 150/80 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=122 г/л, Эр. –  $3.2 \times 10^{12}$ , Л –  $8,9 \times 10^9$ , СОЭ = 26 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеотрахеобронхоскопии (ВТБС). По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: картина диффузного двустороннего гнойного эндобронхита, 2 степени интенсивности воспаления.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений трахеобронхиальной системы, классифицировать выявленные изменения
2. определить тактику диспансерного наблюдения.

## Ситуационная задача № 39

Мужчина, 59 лет, обратился к врачу с жалобами на боли ноющего характера в эпигастральной области и правом подреберье с иррадиирующей в спину, возникающие через 20 минут после приема пищи, а также в ночное время, уменьшающиеся после приема воды и антацидов. Из анамнеза: боли в эпигастральной области после приема пищи впервые возникли около 4 лет назад. В течение 2-х лет не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая антацидные препараты. Около 4-х лет назад, во время очередного ухудшения состояния обратился за консультацией к терапевту. При эндоскопическом исследовании диагностирован хронический эрозивный Н.р. ассоциированный гастрит. Получал комплексное лечение, включая 14 дневный курс эрадикационной терапии с длительным приемом антисекреторных препаратов. Очередное ухудшение самочувствия в течение последних 3-х недель. Соблюдение диеты, прием антацидов и спазмолитиков сопровождалось кратковременным уменьшением симптоматики. Семейный анамнез: отец – умер в 64 года от рака желудка. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ = 25,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 86 уд. в мин., АД – 150/80 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области и левом подреберье. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=120 г/л, Эр. –  $5,8 \times 10^{12}$ , Л –  $7,9 \times 10^9$ , СОЭ = 28 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: Язвенная болезнь желудка: язва малой кривизны (1,5x1,2 см в Д) средней 1/3 тела желудка, язва задней стенки (2,5x 1,7 см в Д) нижней трети тела желудка, антральный гастрит с множественными папулезными эрозиями, Рубцовая деформация луковицы 12 перстной кишки 2 ст. Биопсия из краев язвенных дефектов, слизистой оболочке антрального отдела желудка.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка и 12 перстной кишки; предполагаемые
2. определить методы, улучшающие эндоскопическую визуализацию, тактику диспансерного наблюдения.



## Ситуационная задача № 40

Женщина, 67 лет, обратилась к врачу с жалобами запоры, вздутие и урчание в животе, общую слабость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет беспокоят запоры. При обследовании диагностирован хронический колит, признаки хронического холецистита, билиарного сладжа. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца с усиления симптоматики и отсутствия эффекта от приема слабительных препаратов. Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от рака кишечника, отец – умер в 59 лет от рака желудка. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 28 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 85 уд. в мин., АД – 150/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот симметрично вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левом фланке и параумбиликальной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: множественные полипы ободочной кишки. Дивертикулез нисходящей и сигмовидной кишки без признаков дивертикулита. Латерально-распространяющаяся аденома (1,5x0,6 см в Д) верхнеампулярного отдела прямой кишки.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по: дополнительному обследованию, повышающему эндоскопическую визуализацию, методах биопсии, выбору эндохирургического лечения полипов ободочной кишки и латерально-распространяющейся аденоме прямой кишки. Сроки динамического эндоскопического наблюдения. Выбор препарата для качественной подготовки толстой кишки к ВКС.

## Ситуационная задача №41

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на эпизоды изжогу, отрыжку воздухом, кислым отрыжки воздухом, боль за грудиной и в подложечной области и ощущение «кома» за грудиной во время еды.

Из анамнеза: вышеуказанная симптоматика в течение 4-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно. Ухудшение в течение 2-х недель с усиления симптоматики. Связывает с погрешностью в диете: прием острых блюд, алкоголя и газированных напитков.

Обратился за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 68 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 56 лет, ОНМК.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 125/70 мм.рт.ст. Язык обложен белесовато-желтоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастроуденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: хиатальная кардиофундальная

грыжа, эрозивный эзофагит градации С (LA классификация), антральный гастрит с множественными поверхностными эрозиями.

Необходимо:

- ☐ ① описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
- ☐ ② определить рекомендации по дополнительному обследованию пациента и тактике динамического эндоскопического наблюдения

#### Ситуационная задача №42

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на эпизоды изжоги, отрыжку воздухом и кислым содержимым, боль за грудиной и в подложечной области, ощущение «кома» за грудиной во время еды. Из анамнеза: вышеуказанная симптоматика в течение 4-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно. Ухудшение в течение 2-х недель с усиления симптоматики. Связывает с погрешностью в диете: прием острых блюд, алкоголя и газированных напитков. Обратился за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 68 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 56 лет, ОНМК. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 125/70 мм.рт.ст. Язык обложен белесовато-желтоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: хиатальная кардиофундиальная грыжа, эрозивный эзофагит градации С (LA классификация), антральный гастрит с множественными поверхностными эрозиями. Рубцовая деформация луковицы 12 перстной кишки 2 ст.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному эндоскопическому обследованию пациента, включая выбор метода биопсии, тактике динамического эндоскопического наблюдения

## Ситуационная задача №43

Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, головокружение, тяжесть в эпигастральной области, тошноту и рвоту с примесью пищи и жидкости типа «кофейной гущи». Из анамнеза известно, что эпизоды болей в эпигастральной области впервые возникли около года назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдал диету, принимал антацидные препараты. Эффект от указанного лечения был кратковременным. Ухудшение состояния около 2-х дней назад. Соблюдение диетического режима и прием антацидов без эффекта. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 67 лет, страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки; отец – умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 19 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 118 уд. в мин., АД – 90/50 мм рт. ст. Язык обложен грязно-серым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Рекомендовано по срочным показаниям: проведение видеоэзофагогастроуденоскопии (ВЭГДС), ЭКГ, лабораторное обследование крови и мочи.

По результатам ВЭГДС определено эндоскопическое заключение: Язва луковицы 12 перстной кишки, осложненная желудочно-кишечным кровотечением (Forrest J.A. 1B). Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки 1 с. Эрозивный дуоденит.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию пациента, тактике эндоскопического лечения, сроках динамического эндоскопического наблюдения.

## Ситуационная задача №44

Мужчина, 36 лет, обратился к врачу с жалобами на частый жидкий стул с примесью слизи и крови (5-6 раз в день), тенезмы, боли в левом фланке живота перед и после дефекации, метеоризм, флатуленцию, фебрильную лихорадку (до 38<sup>0</sup>С), общую слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза: около 3-х месяцев назад перенес острую кишечную токсикоинфекцию. Лечился самостоятельно. С улучшением самочувствия. Около 4 недель назад по поводу острого ларинготрахеита принимал амоксиклав 1г/сутки в течение 7 дней. На 2-й день приема препарата стал отмечать появление симптомов кишечной диспепсии. В дальнейшем появилась диарея (1-3 раза в день) с примесью слизи и прожилок крови. Резкое ухудшение состояния в течение последних 12 дней (учащение стула, увеличение примеси крови и слизи в кале, появление лихорадки).

Семейный анамнез: мать – 59 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 62 года от рака кишечника.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ = 17,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 68 уд. в мин., АД – 145/70 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови: СОЭ - 50 мм/час, Нв - 116 г/л, Эр. – 3.1 x10<sup>12</sup>, Л - 12.6x10<sup>9</sup>. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: язвенный колит, распространенное поражение, первая атака, инфильтративно-язвенная стадия, высокая активность

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
- 2.определить рекомендации по дополнительному эндоскопическому обследованию пациента, включая выбор метода биопсии, тактике динамического эндоскопического наблюдения

## Ситуационная задача №45

Женщина, 68 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на боли в животе ноющего характера без четкой локализации, запоры, примесь слизи в кале. Из анамнеза: запоры беспокоят в течение длительного времени. Неоднократно обращалась за консультацией к терапевту. При обследовании 3 года назад был диагностирован хронический спастический колит (медицинские документы не представлены). Лечилась растительными слабительными препаратами (сенна, крушина), спазмолитиками. Ухудшение состояния в течение 3-х месяцев, когда появилась примесь слизи в кале, усилились боли в животе.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=21 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 160/95 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный в левом фланке живота. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=113г/л, Эр. –  $3.4 \times 10^{12}$ , Л –  $7,8 \times 10^9$ , СОЭ = 22 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеокколоноскопии. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: меланоз ободочной кишки. Латерально-распространяющееся новообразование средне-ампулярного отдела прямой кишки (1,0x0,8 см в Д).

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений толстой кишки,
2. выбрать правильную схему подготовки к ВКС, методы, улучшающие эндоскопическую визуализацию, методику взятия биопсийного материала, тактику эндохирургического лечения новообразования прямой кишки, диспансерное наблюдение.

## Ситуационная задача №46

Женщина, 62 лет, обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести и ноющего характера боли в эпигастральной области, возникающие после приема пищи, слабость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет отмечала эпизоды желудочной диспепсии, возникающие после погрешности в диете. При обследовании диагностирован хронический гастрит. В течение 2-х лет принимает клопидогрель и низкие дозы аспирина по поводу ИБС. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца. Соблюдение диетических ограничений и прием антацидных препаратов не сопровождалось улучшением самочувствия. Обратилась за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от ОИМ, отец – умер в 67 лет от рака желудка.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 18 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 62 уд. в мин., АД – 130/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС).

По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: острая язва малой кривизны тела желудка (1,5x1,0 см в Д), осложнённая ЖКК (Forrest J.A. 2B), НПВП ассоциированная эрозивная антральная гастропатия.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию, включая дополнительные методы повышения визуализации, а также тактике эндоскопического эндохирургического гемостаза.

## Ситуационная задача №47

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на дисфагию, ощущение «кома» за грудиной, режущего характера болей за грудиной во время еды, периодическую изжогу, тяжесть в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что эпизоды болей и чувство «кома» за грудиной во время приема плотной пищи беспокоят в течение 10 лет. Неоднократно госпитализировался по СМП в хирургические стационары по поводу острой среднеэзофагеальной дисфагии. При экстренных ВЭГДС диагностировалось наличие инородных тел в пищеводе (плотные куски мяса, вишневая косточка и пр.), признаков эрозивного эзофагита, эзофагоспазма. После эндоскопического удаления инородных тел состояние улучшалось. На фоне применения ингибиторов протонной помпы наступала клиническая ремиссия до 3-4 месяцев. Ухудшение самочувствия около 2-х дней назад после погрешности в диете. Семейный анамнез: мать – 67 лет, страдает бронхиальной астмой; отец – умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 19,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 100/50 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=122 г/л, Эр. –  $3.8 \times 10^{12}$ , Л –  $7,9 \times 10^9$ , СОЭ = 28 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастроуденоскопии (ВЭГДС) по срочным показаниям. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: симптом «кошачьего» пищевода. Инородное тело (плотная пища) в средней трети пищевода. Удаление инородного тела пищевода. Воспалительная неполная стриктура средней трети пищевода. Биопсия.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка и 12 перстной кишки; предполагаемые результаты морфологического исследования эзофагобиоптатов,
2. определить методы, улучшающие эндоскопическую визуализацию, тактику диспансерного наблюдения.

## Ситуационная задача №48

Женщина, 67 лет, обратилась к врачу с жалобами на постоянную боль ноюще-давящего характера в левом фланке живота с иррадиацией в спину, запоры, вздутие и урчание в животе, общую слабость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет беспокоят запоры и вздутие живота. При обследовании диагностирован хронический колит, признаки хронического холецистита, билиарного сладжа. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца. Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от рака кишечника, отец – умер в 59 лет от рака желудка.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 18 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 160/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левом фланке и в подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеокOLONОСКОПИИ (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: Катаральный колит. Дивертикулез ободочной кишки с признаками дивертикулита сигмовидной кишки. Латерально-распространяющаяся аденома прямой кишки.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по: дополнительному обследованию, повышающему эндоскопическую визуализацию, методике биопсии, выбору эндохирургического лечения латерально-распространяющейся аденоме прямой кишки.



## Ситуационная задача №49

Женщина, 56 лет, обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, возникающую после приема пищи, слабость, изменение цвета стула (темно-коричневый с включениями дегтеобразного характера). Из анамнеза известно, что в течение 3-х недель самостоятельно принимала новиган и кеторол в связи с ушибом грудной клетки. Обратилась за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 72 года, страдает язвенной болезнью желудка; отец – умер в 65 лет от острого инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 22 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 62 уд. в мин., АД – 130/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС) по неотложным состояниям. По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: эрозивно-язвенная гастропатия. Острая язва привратника. Множественные острые язвы луковицы 12 перстной кишки.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка и 12 перстной кишки,
2. определить методы эндоскопического гемостаза, сроки динамического наблюдения.

## Ситуационная задача №50

Женщина, 67 лет, обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, возникающую после приема пищи, слабость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в течение 15 лет отмечала эпизоды желудочной диспепсии, возникающие после погрешности в диете. Не лечилась и не обследовалась. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца. Соблюдение диетических ограничений и прием антацидных препаратов не привел к улучшению самочувствия. Обратилась за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от ОНМК, отец – умер в 67 лет от рака желудка.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 18 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 62 уд. в мин., АД – 130/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеозофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС).

По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: полипоз тела желудка: два полипа (2-3 типа по Ямадо) с изъязвлением большой кривизны тела желудка.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию, включая дополнительные методы повышения визуализации, а также тактике эндоскопического эндохирургического лечения полипов желудка прямой

## Ситуационная задача №51

Женщина, 63 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на боли в животе ноющего характера без четкой локализации, запоры, примесь слизи в кале, вздутие и урчание живота, отсутствие позыва на дефекацию. Из анамнеза: запоры и симптомы кишечной диспепсии беспокоят в течение длительного времени. Неоднократно обращалась за консультацией к терапевту. При обследовании 3 года назад диагностирован спастический колит (медицинские документы не представлены). Лечилась растительными слабительными препаратами (сенна, крушина), спазмолитиками. Ухудшение состояния в течение ½ года. Последние 3-4 недели появилась примесь слизи в кале., усилились боли в животе

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ =26,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 69 уд. в мин., АД – 160/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный в левом фланке живота. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Общий анализ крови: Нв=114г/л, Эр. –  $3.8 \times 10^{12}$ , Л –  $6,7 \times 10^9$ , СОЭ = 28 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеокOLONОСКОПИИ. По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: меланоз толстой кишки. Полип сигмовидной кишки (2,8x2,0см в Д, 3 тип по Ямадо) с изъязвлением.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений толстой кишки.
2. определить методы, улучшающие эндоскопическую визуализацию, тактику эндохирургического лечения, диспансерное наблюдение.

### Ситуационная задача №52

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на эпизоды изжоги, отрыжку воздухом и кислым содержимым, боль за грудиной и в подложечной области, ощущение «кома» за грудиной во время еды.

Из анамнеза: вышеуказанная симптоматика в течение 4-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно. Ухудшение в течение 2-х недель с усиления симптоматики. Связывает с погрешностью в диете: прием острых блюд, алкоголя и газированных напитков.

Обратился за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 68 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 56 лет, ОНМК.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 125/70 мм.рт.ст. Язык обложен белесовато-желтоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: ахалазия пищевода 1 ст., антральный гастрит с множественными поверхностными эрозиями.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному эндоскопическому обследованию пациента, включая выбор метода биопсии, тактике динамического эндоскопического наблюдения

## Ситуационная задача №53

Женщина, 56 лет, обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, возникающую после приема пищи, слабость, изменение цвета стула (темно-коричневый с включениями дегтеобразного характера). Из анамнеза известно, что в течение 3-х недель самостоятельно принимала новиган и кеторол в связи с ушибом грудной клетки. Обратилась за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 72 года, страдает язвенной болезнью желудка; отец – умер в 65 лет от острого инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 22 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 62 уд. в мин., АД – 130/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС) по неотложным состояниям. По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: эрозивно-язвенная гастропатия. Острая язва привратника. Множественные острые язвы луковицы 12 перстной кишки.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка и 12 перстной кишки,
2. определить методы эндоскопического гемостаза, сроки динамического наблюдения.

## Ситуационная задача №54

Женщина, 58 лет, обратился к врачу с жалобами на постоянные, ноюще-распирающего характера боли в левом фланке живота, метеоризм, урчание в животе, запоры, чередующиеся с малообъемным жидким стулом с примесью слизи (до 2-3 раз в день), субфебрильную лихорадку (до 37,8<sup>0</sup>С). работоспособности. Из анамнеза: в течение длительного времени страдает запорами, принимает слабительные препараты. Ухудшение состояния с появления болевого абдоминального синдрома и нарушения ритма дефекации и характеристик стула.

Семейный анамнез: отец – умер в 65 лет от рака кишечника.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 31,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 68 уд.в мин., АД – 145/70 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный в левом фланке живота, где, при глубокой пальпации, определяется уплотненный с ограниченной подвижностью, болезненный сегмент сигмовидной кишки. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторном обследовании крови: СОЭ - 42 мм/час, Нв - 119 г/л, Эр. – 3.6 x10<sup>12</sup>, Л - 12.6x10<sup>9</sup>. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: дивертикулярная болезнь толстой кишки с множественными дивертикулами в поперечноободочной, нисходящей и сигмовидной кишке, признаками дивертикулита сигмовидной кишки.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
- 2.определить рекомендации по дополнительному обследованию пациента, тактике динамического эндоскопического наблюдения

## Ситуационная задача №55

Мужчина, 44 лет, обратился к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым содержимым и воздухом после приема пищи.

Из анамнеза: вышеуказанная симптоматика беспокоит в течение 7-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (соблюдение диеты и прием антисекреторных препаратов) с положительным эффектом. Ухудшение в течение 6-х недель с усиления изжоги и отсутствия эффекта от лечения. Семейный анамнез: мать – 68 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 56 лет, ОНМК.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 30 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 145/75 мм.рт.ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Обратился за консультацией к участковому терапевту. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: хиатальная кардиофундальная грыжа. Длинный пищевод Барретта C5/M12.

Необходимо:

1. Дать описание эндоскопической картины выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
- 2.определить рекомендации по дополнительному эндоскопическому обследованию пациента, включая выбор метода улучшенной визуализации, вида биопсии, а также тактике динамического эндоскопического наблюдения

## Ситуационная задача №56

Мужчина, 36 лет, обратился к врачу с жалобами на частый жидкий стул с примесью слизи и крови (5-6 раз в день), тенезмы, боли в левом фланке живота перед и после дефекации, метеоризм, флатуленцию, фебрильную лихорадку (до 38<sup>0</sup>С), общую слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза: около 3-х месяцев назад перенес острую кишечную токсикоинфекцию. Лечился самостоятельно. С улучшением самочувствия. Около 4 недель назад по поводу острого ларинготрахеита принимал амоксиклав 1г/сутки в течение 7 дней. На 2-й день приема препарата стал отмечать появление симптомов кишечной диспепсии. В дальнейшем появилась диарея (1-3 раза в день) с примесью слизи и прожилок крови. Резкое ухудшение состояния в течение последних 12 дней (учащение стула, увеличение примеси крови и слизи в кале, появление лихорадки).

Семейный анамнез: мать – 59 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 62 года от рака кишечника.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 17,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 68 уд.в мин., АД – 145/70 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот симметрично увеличен в размере. При пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторном обследовании крови: СОЭ - 50 мм/час, Нв - 116 г/л, Эр. – 3.1 x10<sup>12</sup>, Л - 12.6x10<sup>9</sup>. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС).

По результатам ВКС сформулировано эндоскопическое заключение: язвенный колит, левостороннее поражение, первая атака, инфильтративно-язвенная стадия, высокая активность

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
- 2.определить рекомендации по дополнительному эндоскопическому обследованию пациента, включая выбор метода биопсии, тактике динамического эндоскопического наблюдения



## Ситуационная задача №57

Мужчина, 48 лет, поступил по СМП в приемное отделение многопрофильной больницы. Жалобы на постоянную боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, рвоту с примесью крови и сгустков, жидкостью типа «кофейной гущи», общую слабость, головокружение, сердцебиение, однократный стул «черного цвета». Из анамнеза: в течение 5 лет отмечает эпизоды болей в эпигастриальной области, возникающих через 30-40 минут после приема пищи. При обследовании диагностирована язвенная болезнь желудка. На фоне курсовой противоязвенной терапии состояние улучшилось. При эндоскопическом контроле регистрировалось рубцевание язвенного дефекта желудка. В течение последних 3-х лет болевой эпигастриальный синдром регистрировался практически ежегодно, чаще в осенне-зимний период. На фоне курсовой терапии состояние улучшалось. Не обследовался. Последнее ухудшение 2 дня назад после погрешности в диете. Рвота с примесью крови около 12 часов назад. Вызвал СМП и был доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы. При обследовании (рентгеноскопия легких, ЭКГ) признаков органической патологии не выявлено. Общий анализ крови: Нв=86г/л, Эр. –  $2.1 \times 10^{12}$ , Л –  $8,5 \times 10^9$ . Общий анализ мочи без отклонений.

1. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастроуденоскопии (ВЭГДС) по неотложным состояниям. По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: Язвенная болезнь желудка с локализацией язвы (2,8x2,4 см в Д) на малой кривизне с переходом на заднюю стенку средней трети тела желудка, осложненная желудочно-кишечным кровотечением (Forrest J.A. 1B). Рубцово-язвенная деформация желудка 1 ст. Антральный гастрит с множественными афтозными эрозиями. Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений желудка,
2. определить методы эндоскопического гемостаза, тактику ведения больного после эндоскопического лечения, сроки динамического наблюдения

## Ситуационная задача №58

Мужчина, 42 лет, обратился к врачу с жалобами приступообразный кашель с отделением вязкой, прозрачной, стекловидной мокроты. Приступы кашля возникают в ночное время, сопровождаются экспираторной одышкой, сердцебиением, купируются приемом эуфиллина. Из анамнеза: кашлевой синдром в течение 3-х лет. Около года назад стал отмечать приступы кашля, сопровождающиеся экспираторной одышкой. По назначению терапевта стал использовать ингаляционной симпатомиметики с положительным клиническим результатом. Ухудшение самочувствия около 3-х недель, когда после перенесенного ОРВИ стал отмечать учащение кашлевого синдрома, приступов одышки в ночное время, снижение эффекта от ингаляций симпатомиметиков. Семейный анамнез: отец – умер в 60 лет от рака легкого. Вредные привычки: курит по 1/2 пачке сигарет в день в течение 14 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 16,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, влажные. В легких жесткое дыхание, над всей поверхностью легких рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: Нв=122 г/л, Эр. –  $3.6 \times 10^{12}$ , Л –  $8,9 \times 10^9$ , СОЭ = 24 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеотрахеобронхоскопии (ВТБС). По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: картина диффузного двустороннего бронхита, 2 степени интенсивности воспаления с дистонией 1 степени.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений трахеобронхиальной системы, классифицировать выявленные изменения
2. определить тактику диспансерного наблюдения.

## Ситуационная задача №59

Мужчина, 49 лет, обратился к врачу с жалобами приступообразный кашель с отделением большого количества густой, вязкой мокроты желто-зеленого цвета, субфебрильную лихорадку (до 37,6<sup>0</sup>С), одышкой смешанного характера при физической нагрузке, потливостью. Из анамнеза: кашлевой синдром в течение 5-х лет, после перенесенной левосторонней полисегментарной пневмонии. Наблюдается у терапевта, получает курсами антибактериальные препараты, бронхолитики. В течение 3-х лет перенес 2 полисегментарные внебольничные пневмонии. В течение последнего года кашлевой синдром постоянный, проводит постуральный лаваж бронхов, принимает бронхо- и секретолитики, антибактериальные препараты. Ухудшение самочувствия около 3-х недель, когда после перенесенного ОРВИ стал отмечать учащение кашлевого синдрома, увеличение количества и изменение цвета мокроты, субфебрилитет.

Семейный анамнез: отец – умер в 65 лет от рака легкого. Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день, в течение 15 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 16,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы бледные, сухие. В легких жесткое дыхание, над всей поверхностью легких рассеянные сухие жужжащие и крупнопузырчатые хрипы в межлопаточном пространстве. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 160/80 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: Нв=122 г/л, Эр. – 3.2 x10<sup>12</sup>, Л – 8,9x10<sup>9</sup>, СОЭ = 29 мм/час. Общий анализ мочи без отклонений.

Рекомендовано проведение видеотрахеобронхоскопии (ВТБС). По результатам исследования сформулировано эндоскопическое заключение: картина бронхоэктазов, диффузного двустороннего гнойного эндобронхита, 2 степени интенсивности воспаления.

Необходимо:

1. описать с использованием принятой эндоскопической терминологии эндоскопическую картину выявленных изменений трахеобронхиальной системы, классифицировать выявленные изменения
2. определить тактику диспансерного наблюдения.

## Ситуационная задача №60

Женщина, 67 лет, обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, возникающую после приема пищи, слабость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в течение 15 лет отмечала эпизоды желудочной диспепсии, возникающие после погрешности в диете. Не лечилась и не обследовалась. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца. Соблюдение диетических ограничений и прием антацидных препаратов не привел к улучшению самочувствия. Обратилась за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – умерла в возрасте 62 лет от ОНМК, отец – умер в 67 лет от рака желудка.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 18 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 62 уд. в мин., АД – 130/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеозофагогастроуденоскопии (ВЭГДС).

По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: полипоз тела желудка: два полипа (2-3 типа по Ямадо) с изъязвлением большой кривизны тела желудка.

Необходимо:

1. описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,
2. определить рекомендации по дополнительному обследованию, включая дополнительные методы повышения визуализации, а также тактике эндоскопического эндохирургического лечения полипов желудка прямой.

### КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области,	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий,	логичность и последовательность ответа

	отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

## КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

### ЛИТЕРАТУРА

**а) основная литература:**

1. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта: руководство / С.А. Блащенко, А.Г. Короткевич, Е.П. Селькова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 520с – Доступ из ЭБС «Консультант врача» - текст электронный (1, ЭР)
2. Анищук А.А. Эндоскопия - взгляд изнутри: пособие для практикующих врачей / А.А. Анищук. – Москва : МИА, 2008. - 240с. (2экз.)
3. Уилкоккс М.Ч. Атлас клинической гастроинтестинальной эндоскопии / Мел Ч. Уилкоккс, Мигель Муньос-Навас, Джозеф Дж.Й. Санг ; пер. с англ. под ред. Е.Д. Федорова. - Москва : Рид Элсивер, 2010. - 483 с. – (1 экз.)
4. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / Н.Е. Чернеховская, В.Г. Андреев, Д.П. Черепянец, А.В. Поваляев. - Москва : МЕДпресс-информ, 2006. - 192с. – 1 экз.

**б) дополнительная литература:**

1. Королев М.П. Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка / М.П. Королев, М.В. Антипова. - Москва : МИА, 2010. - 128 с.
2. Заблудский А.Н. Гастроинтестинальная эндоскопия у детей / А.Н. Заблудский. – Москва, Медицина, 2002. - 288с.
3. Эндоскопическая семиотика гастродуоденальной зоны после оперативных вмешательств : методическое пособие для врачей / сост.: А.А. Яковлев, О.Г. Акоюн, А.М. Конорезов. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2005. - 33с. + прилож. компакт-диск.
4. Эндоскопическая панкреатохолангиография : методическое пособие для врачей эндоскопистов, хирургов, гастроэнтерологов, терапевтов, спец. семейной практики / сост.: А.А. Яковлев, А.М. Конорезов, О.Г. Акоюн. – Ростов-на-Дону : Изд-во РостГМУ, 2005. – 42 с.
5. Хроматические исследования в диагностической эндоскопии пищеварительного тракта : методическое пособие для врачей / сост.: А.А. Яковлев, О.Г. Акоюн, А.М. Конорезов. – Ростов-на-Дону : Изд-во РостГМУ, 2005. - 27с.
6. Диагностика редких заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (Эндоскопическая семиотика) : методические рекомендации для врачей / сост.: А.А. Яковлев. – Ростов-на-Дону : Изд-во РостГМУ, 2002. - 50с.
7. Романов В.А. Эндоскопический атлас : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / В.А. Романов. – Москва: Изд-во "Миклош", 2007. - 208с.
8. Подготовка пациентов к эндоскопическому исследованию толстой кишки : клинические рекомендации / сост.: М.Ю. Агапов, С.А. Блащенко, А.В. Васильченко [и др.]. - Москва, 2011. - 56 с.
9. Эндоскопия. Базовый курс лекций : учебное пособие : для системы послевузовского профессионального образования врачей / В.В. Хрячков, Ю.Н. Федосов, А.И. Давыдов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 153с.
10. Рентгено-эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / Н.Е. Чернеховская, Г.Г. Федченко, В.Г. Андреев [и др.]. - Москва : МЕДпресс-информ, 2007. -240 с.
11. Самедов Б.Х. Некоторые частные вопросы эндоскопической диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения : учебно-методическое пособие для послевузовского и последипломного образования / Б.Х. Самедов, В.Б. Гриневич, А.М. Першко. - Санкт-Петербург : ВМА, 2006. - 146 с.
12. Эндоскопия. Базовый курс лекций : учебное пособие / В.В. Хрячков, Ю.Н.

Федосов, А.И. Давыдов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с. – Доступ из ЭБС "Консультант студента" - текст электронный. - ЭР

**13.** Функциональные (эндоскопия) и морфологические параллели с основной клинической анатомии и оперативной хирургии при патологии толстой кишки : учебное пособие для врачей / В.К. Татьянченко, А.А. Яковлев, Ю.В. Сухая [и др.] ; под ред. В.К. Татьянченко. - Ростов-на-Дону : Изд-во РостГМУ, 2022. - 208 с. : ил. – Доступ из ЭБ РостГМУ. - ЭК

**в) Интернет-ресурсы:**

	<b>ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ</b>	<b>Доступ к ресурсу</b>
	<b>Электронная библиотека РостГМУ.</b> – URL: <a href="http://109.195.230.156:9080/opacg/">http://109.195.230.156:9080/opacg/</a>	Доступ неограничен
	<b>Консультант врача. Электронная медицинская библиотека :</b> Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: <a href="http://www.rosmedlib.ru">http://www.rosmedlib.ru</a> + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
	<b>Национальная электронная библиотека.</b> - URL: <a href="http://нэб.рф/">http://нэб.рф/</a>	Доступ с компьютеров библиотеки
	<b>БД издательства Springer Nature.</b> - URL: <a href="https://link.springer.com/">https://link.springer.com/</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ <a href="https://kias.rfbr.ru/reg/index.php">https://kias.rfbr.ru/reg/index.php</a> (Нацпроект)	Доступ неограничен
	<b>Wiley Online Library / John Wiley &amp; Sons.</b> - URL: <a href="http://onlinelibrary.wiley.com">http://onlinelibrary.wiley.com</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ ограничен
	<b>Wiley. Полнотекстовая коллекция электронных журналов Medical Sciences Journal Backfile :</b> архив. – URL : <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/">https://onlinelibrary.wiley.com/</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Бессрочная подписка
	<b>Sage Publication :</b> [полнотекстовая коллекция электронных книг eBook Collections]. – URL: <a href="https://sk.sagepub.com/books/discipline">https://sk.sagepub.com/books/discipline</a> по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Бессрочная подписка
	<b>Ovid Technologies :</b> [Полнотекстовая архивная коллекция журналов Lippincott Williams and Wilkins Archive Journals]. – URL: <a href="https://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi">https://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi</a> по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Бессрочная подписка
	<b>Wiley :</b> офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: <a href="https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html">https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html</a>	Контент открытого доступа
	<b>Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.</b> - URL: <a href="https://femb.ru/femb/">https://femb.ru/femb/</a>	Открытый доступ
	<b>Вебмединфо.ру :</b> сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: <a href="https://webmedinfo.ru/">https://webmedinfo.ru/</a>	Открытый доступ
	<b>Univadis from Medscape :</b> международ. мед. портал. - URL: <a href="https://www.univadis.com/">https://www.univadis.com/</a> [Регулярно обновляемая база уникальных информационных и образовательных медицинских ресурсов].	Бесплатная регистрация
	<b>Med-Edu.ru :</b> медицинский образовательный видеопортал. - URL: <a href="http://www.med-edu.ru/">http://www.med-edu.ru/</a> . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
	<b>DoctorSPB.ru :</b> информ.-справ. портал о медицине [для студентов и	Открытый



	врачей]. - URL: <a href="http://doctorspb.ru/">http://doctorspb.ru/</a>	доступ
	<b>Cyberleninka Open Science Hub</b> : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. – URL: <a href="https://cyberleninka.org/">https://cyberleninka.org/</a>	Контент открытого доступа
	<b>Президентская библиотека</b> : сайт. - URL: <a href="https://www.prlib.ru/collections">https://www.prlib.ru/collections</a>	Открытый доступ
	<b>SAGE Openaccess</b> : ресурсы открытого доступа / Sage Publications. – URL: <a href="https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage">https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage</a>	Контент открытого доступа
	<b>EBSCO &amp; Open Access</b> : ресурсы открытого доступа. – URL: <a href="https://www.ebsco.com/open-access">https://www.ebsco.com/open-access</a>	Контент открытого доступа
	<b>Lvrach.ru</b> : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: <a href="https://www.lvrach.ru/">https://www.lvrach.ru/</a>	Открытый доступ
	<b>ScienceDirect</b> : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: <a href="https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals">https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals</a>	Контент открытого доступа
	<b>Taylor &amp; Francis. Dove Medical Press. Open access journals</b> : журналы открытого доступа. – URL: <a href="https://www.tandfonline.com/openaccess/dove">https://www.tandfonline.com/openaccess/dove</a>	Контент открытого доступа
	<b>Taylor &amp; Francis. Open access books</b> : книги открытого доступа. – URL: <a href="https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books">https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books</a>	Контент открытого доступа
	<b>Thieme. Open access journals</b> : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group . – URL: <a href="https://open.thieme.com/home">https://open.thieme.com/home</a>	Контент открытого доступа
	<b>Karger Open Access</b> : журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: <a href="https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index">https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index</a>	Контент открытого доступа
	<b>Архив научных журналов</b> / НП НЭИКОН. - URL: <a href="https://arch.neicon.ru/xmlui/">https://arch.neicon.ru/xmlui/</a>	Открытый доступ
	<b>Free Medical Journals.</b> - URL: <a href="http://freemedicaljournals.com">http://freemedicaljournals.com</a>	Открытый доступ
	<b>Free Medical Books.</b> - URL: <a href="http://www.freebooks4doctors.com">http://www.freebooks4doctors.com</a>	Открытый доступ
	<b>International Scientific Publications.</b> – URL: <a href="http://www.scientific-publications.net/ru/">http://www.scientific-publications.net/ru/</a>	Открытый доступ
	<b>Эко-Вектор</b> : портал научных журналов / IT-платформа российской ГК «ЭКО-Вектор». - URL: <a href="http://journals.eco-vector.com/">http://journals.eco-vector.com/</a>	Открытый доступ
	<b>Рубрикатор</b> клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/">https://cr.minzdrav.gov.ru/</a>	Открытый доступ
	ФБУЗ «Информационно-методический центр» Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: <a href="https://www.crc.ru">https://www.crc.ru</a>	Открытый доступ
	<b>Министерство здравоохранения Российской Федерации</b> : офиц. сайт. - URL: <a href="https://minzdrav.gov.ru">https://minzdrav.gov.ru</a>	Открытый доступ

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

*Образец эталона ответа на государственном экзамене:*

Ситуационная задача.

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на эпизоды изжогу, отрыжку воздухом, кислым отрыжки воздухом, боль за грудиной и в подложечной области и ощущение «кома» за грудиной во время еды.

Из анамнеза: вышеуказанная симптоматика в течение 4-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно. Ухудшение в течение 2-х недель с усиления симптоматики. Связывает с погрешностью в диете: прием острых блюд, алкоголя и газированных напитков.

Обратился за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 68 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 56 лет, ОНМК.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 125/70 мм.рт.ст. Язык обложен белесовато-желтоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). По результатам ВЭГДС сформулировано эндоскопическое заключение: хиатальная кардиофундиальная грыжа, эрозивный эзофагит градации С (LA классификация), антральный гастрит с множественными поверхностными эрозиями.

#### **Необходимо:**

-описать эндоскопическую картину выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии,

Диагноз хиатальной кардиофундиальной грыжи установлен на основании типичных эндоскопических признаков: зияние кардии и неполное ее смыкание при инверсионном осмотре. Эрозивный эзофагит градации В определен на основании классификационных критериев Лос-Анджелесской классификации, предложенной в 1997 г. на VI Европейской гастроэнтерологической неделе. Дуоденогастральный рефлюкс диагностирован по наличию патологического содержимого желудка в виде желчи при инверсионном осмотре.

-определить рекомендации по дополнительному обследованию пациента и тактике динамического эндоскопического наблюдения

Пациенту рекомендовано: хромоэзофагоскопии с витальными красителями (4% раствор Люголя), проведение рентгеноскопии пищевода, желудка и 12 перстной кишки с нагрузочными тестами и осмотром в положении Тредленбурга, суточного мониторирования Рн для определения частоты и продолжительности рефлюкса в пищевод, импедансометрии пищевода для определения характера рефлюктата.

Повторное эндоскопическое исследование может быть проведено через 12 недель лечения Или при рецидиве симптоматики на фоне перевода пациента на поддерживающую терапии ингибиторами протонной помпы в режиме «по требованию» с целью контроля эффективности лечения. Повторное эндоскопическое исследование необходимо провести с использованием хромоэзофагоскопии с витальными красителями или в режиме NBI с целью ранней диагностики перестройки эпителия пищевода по железистому типу









# МАКЕТ БИЛЕТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

ФОРМА БИЛЕТА ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА  
(СОБЕСЕДОВАНИЕ)  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования  
программе ординатуры 31.08.70 ЭНДОСКОПИЯ  
Год начала подготовки – 2018**

## ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2

Утверждено  
на заседании кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии  
протокол от 01.06.2020 №8/20

Номер задания	Содержание задания
1.	  Формулировка теоретического вопроса
	  Ситуационная задача
2.	  Формулировка теоретического вопроса
	  Ситуационная задача

Руководитель ООП, д.м.н, профессор \_\_\_\_\_ Яковлев А.А.

*Печать ФППО*

