

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

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО

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

« 09 » 04 2024 г.

УТВЕРЖДЕНО

приказом ректора
« 15 » 04 2024г.
№ 195

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

«Эндоскопия»

по основной специальности: Эндоскопия

Трудоемкость: 144 часа

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2024

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Эндоскопия» обсуждена и одобрена на заседании кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

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

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

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

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Эндоскопия» (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Яковлев А.А.

Состав рабочей группы:

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

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия;

ПЗ - практические занятия;

СР - самостоятельная работа;

ДОТ - дистанционные образовательные технологии;

ЭО - электронное обучение;

ПА - промежуточная аттестация;

ИА - итоговая аттестация;

УП - учебный план;

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

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

2. Содержание Программы.

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

3. Организационно-педагогические условия Программы.

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

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

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

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – эндоскопия

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальностям «Эндоскопия», а именно качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных при эндоскопической диагностике и лечения заболеваний у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта и нижних дыхательных путей

Вид профессиональной деятельности: применение эндоскопических методов диагностики и лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта и нижних дыхательных путей

Уровень квалификации: 8

Связь Программы с профессиональным стандартом представлена в таблице 1.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт: Профессиональный стандарт «Врач - эндоскопист» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 14 июля 2021г. № 471н., регистрационный номер 1253).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
<i>А: Проведение эндоскопических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, скорой, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи, медицинской помощи при санаторно-курортном лечении</i>	A/01.8	Проведение эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта
	A/02.8	Проведение эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1 Проведение эндоскопических методов диагностики и лечения у пациентов с	готовность к: эндоскопической диагностики и лечению пациентов с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки с применением инновационных методов эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения	A/01.8

<p>заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.</p>	<p>должен знать:</p> <p>должен знать:</p> <p>клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки;</p> <p>стандарты оказания специализированной медицинской помощи с применением эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки;</p> <p>методы эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения заболеваний пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)</p>	
	<p>должен уметь:</p> <p>определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>выполнять эндоскопические вмешательства у пациентов с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки;</p> <p>выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших</p>	

	<p>В результате эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки;</p> <p>оценивать результаты, эффективность и безопасность проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки.</p>	
	<p>должен владеть:</p> <p>методиками эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения заболеваний пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные);</p> <p>оформлением заключения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи; методикой составления и обоснования план лечения пациента с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
<p>ПК-2 Проведение эндоскопических</p>	<p>ГОТОВНОСТЬ К:</p> <p>эндоскопической диагностики и лечения заболеваний прямой и ободочной кишки</p>	<p>A/01.8</p>

<p>вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки</p>	<p>должен знать:</p> <p>правила проведения эндоскопических исследований;</p> <p>порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>стандарты оказания специализированной медицинской помощи с применением эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>этиологию и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний прямой и ободочной кишки, в том числе у детей;</p> <p>методы клинической и параклинической диагностики заболеваний и (или) состояний прямой и ободочной кишки;</p> <p>диагностику, консервативное, эндоскопическое и хирургическое лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>методы эндоскопической диагностики и лечения заболеваний и (или) состояний прямой и ободочной кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные);</p> <p>технику выполнения эндоскопических вмешательств при заболеваниях прямой и ободочной кишки</p>	
--	---	--

	<p>должен уметь:</p> <p>собирать и интерпретировать жалобы, анамнез жизни и заболевания пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки, результаты осмотров врачами-специалистами, лабораторных, лучевых и инструментальных методов исследований;</p> <p>определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>обосновывать медицинские противопоказания для эндоскопического вмешательства, оформлять в медицинской документации пациента мотивированный отказ в проведении эндоскопического вмешательства, информировать лечащего врача о невозможности проведения эндоскопического вмешательства;</p> <p>выполнять эндоскопические вмешательства у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>выполнять эндоскопические вмешательства, комбинированные с рентгенологическими и ультразвуковыми исследованиями</p>	
--	--	--

	<p>оценивать эффективность и безопасность проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>оценивать результаты проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки;</p> <p>оформлять заключение в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
	<p>должен владеть:</p> <p>определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний к проведению эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>обоснованием медицинских противопоказаний для эндоскопического вмешательства, оформление в медицинской документации пациента мотивированного отказа в проведении эндоскопического вмешательства, информирование лечащего врача о невозможности проведения эндоскопического вмешательства;</p> <p>проведением эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки в соответствие с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p>	

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

	медицинской помощи	
ПК-3 Проведение эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями бронхолегочной системы	<p>готовность к: эндоскопической диагностики и лечения заболеваний бронхолегочной системы</p> <p>должен знать:</p> <p>правила проведения эндоскопических исследований; порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов дыхания;</p> <p>клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями нижних дыхательных путей;</p> <p>стандарты оказания специализированной медицинской помощи с применением эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей;</p> <p>этиологию и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний нижних дыхательных путей, в том числе у детей;</p> <p>методы клинической и параклинической диагностики заболеваний и (или) состояний нижних дыхательных путей;</p> <p>диагностику, консервативное, эндоскопическое и хирургическое лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей;</p> <p>методы эндоскопической диагностики и лечения заболеваний и (или) состояний нижних дыхательных путей (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том</p>	A/02.8

	<p>числе серьезные и непредвиденные); технику выполнения эндоскопических вмешательств при заболеваниях нижних дыхательных путей и легких</p> <p>должен уметь: собирать и интерпретировать жалобы, анамнез жизни и заболевания пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей, результаты осмотров врачами-специалистами, лабораторных, лучевых и инструментальных методов исследований;</p> <p>определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>обосновывать медицинские противопоказания для эндоскопического вмешательства, оформлять в медицинской документации пациента мотивированный отказ в проведении эндоскопического вмешательства, информировать лечащего врача о невозможности проведения эндоскопического вмешательства;</p> <p>выполнять эндоскопические вмешательства у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей;</p>	
--	---	--

	<p>выполнять эндоскопические вмешательства, комбинированные с рентгенологическими и ультразвуковыми исследованиями</p> <p>оценивать эффективность и безопасность проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей;</p> <p>оценивать результаты проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей;</p> <p>оформлять заключение в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
	<p>должен владеть: определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний к проведению эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>обоснованием медицинских противопоказаний для эндоскопического вмешательства, оформление в медицинской документации пациента мотивированного отказа в проведении эндоскопического вмешательства, информирование лечащего врача о невозможности проведения эндоскопического вмешательства;</p> <p>проведением эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями нижних</p>	

	<p>дыхательных путей в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>применением необходимых медицинских изделий для выполнения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>оценкой эффективности и безопасности применения необходимых медицинских изделий для выполнения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>выявлением симптомов и синдромов осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей;</p> <p>оценкой эффективности и безопасности проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей;</p> <p>оценкой результатов проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или)</p>	
--	--	--

	состояниями нижних дыхательных путей; оформлением заключения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи.	
--	--	--

1.5 Форма обучения

График обучения Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная	6	6	4 недели, 24 дня

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Эндоскопия» в объёме 144 часа

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Формируемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Фундаментальные дисциплины																
1	Клиническая анатомия и оперативная хирургия	12	8		8			4	4							
2 Специальные дисциплины																
2.1	Возможности эндоскопических методов диагностики и лечения у пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.	44	30		18	12		14	14						ПК-1 ПК-2	ПА
2.2	Возможности эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки	36	26		14	12		10	10							ПА

2.3	Возможности эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей	34	22		12	10		12	12						ПК-3	ПА
	Всего часов (специальные дисциплины)	114	78		44	34		36	36							
Смежные дисциплины																
3	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения	12	4			4		8	8							
	Итоговая аттестация	6														экзамен
	Всего часов по программе	144	90		52	38		48	48							

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 4 недель: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1

рабочая программа фундаментальных дисциплин

Название модуля: Клиническая анатомия и оперативная медицина

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
1	«Клиническая анатомия и оперативная хирургия»
1.1	Особенности внутрипросветной хирургии органов грудной и брюшной полостей и их топографо-анатомическое обоснование
1.2	Показания, основные этапы оперативных доступов и приемов экстренных операций на органах грудной и брюшной полостей при воспалительных
1.3	Клинические аспекты хирургической анатомии и оперативной хирургии органов головы и шеи
1.4	Клинические аспекты хирургической анатомии и оперативной хирургии грудной полости
1.5	Клинические аспекты хирургической анатомии и оперативной хирургии передней брюшной стенки и брюшной полости
1.6	Неотложные состояния в эндоскопии

МОДУЛЬ 2.1

Рабочая программа специальные дисциплины

Название модуля: Возможности эндоскопических методов диагностики и лечения у пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
2.1.1	Диагностика заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.1.1	Сбор и интерпретация жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов (их законных представителей) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.1.2	Проведение осмотра, интерпретация и анализ результатов осмотра пациента заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.1.3	Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.1.4	Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.1.5	Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний к проведению эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи.
2.1.2	Эндоскопические вмешательства у пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.2.1	Эзофагогастродуоденоскопия флюоресцентная.
2.1.2.2	Увеличительное эндоскопическое исследование слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.2.3	Конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

2.1.2.4	Аутофлюоресцентное эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.2.5	Узкоспектральное NBI-исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.2.6	Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в режиме интеллектуального цветового выделения (FICE).
2.1.2.7	хромоскопия, контрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
2.1.2.8	Биопсия слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.2.9	Видеоэндоскопическая колпачковая резекция слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.2.10	Видеоэндоскопическая петлевая резекция слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.2.11	Видеоэндоскопическое лигирование основания малигнизированного полипа пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
2.1.2.12	Эндоскопическая резекцию слизистой пищевода, желудка.
2.1.2.13	Аргоноплазменная абляция подслизистых опухолей (очагов метаплазии) пищевода.
2.1.2.14	эндоскопическое удаление подслизистых образований желудка.
2.1.2.15	Эндоскопическое удаление полипов из пищевода.
2.1.2.16	Эндоскопическое удаление подслизистых образований пищевода.
2.1.2.17	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования пищевода, желудка.
2.1.2.18	Эндоскопическое облучение лазером при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки.
2.1.2.19	Эндоскопическая аргоноплазменная коагуляцию при новообразованиях пищевода, желудка.
2.1.2.20	Эндоскопическую Nd:YAG лазерную коагуляцию при новообразованиях пищевода, желудка.

2.1.2.21	Эндоскопическую фотодинамическую терапию при новообразованиях пищевода, желудка.
2.1.3	Симптомы и синдромы осложнения, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.4	Оценка результатов, эффективность и безопасность проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
2.1.5	Разработка плана лечения пациента с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
2.1.5.1	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий, пациентам с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
2.1.5.2	Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
2.1.5.3	Направление пациента с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

МОДУЛЬ 2.2

Рабочая программа специальные дисциплины

Название модуля: Возможности эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки

Код	Наименование тем, элементов и т. д
2.2.1	Ректоскопия и колоноскопия в диагностике заболеваний прямой и ободочной кишки.
2.2.1.1	Геморрой.
2.2.1.2	Хронический колит.
2.2.1.3	Дивертикулез.
2.2.1.4	Полипы и диффузный полипоз.
2.2.1.5	Рак прямой и ободочной кишки.
2.2.1.6	Ишемический колит.
2.2.1.7	Эрозивно-язвенные поражения толстой кишки.
2.2.1.8	Подслизистые опухоли.
2.2.1.9	Редкие заболевания толстой кишки.
2.2.2.	Местный гемостаз через эндоскоп при желудочно-кишечных кровотечениях.
2.2.2.1	Показания и противопоказания.
2.2.2.2	Осложнения.
2.2.2.3	Аппаратура и инструментарий.
2.2.2.4	Способы местного гемостаза.
2.2.2.5	Лекарственные препараты, используемые для местного гемостаза.
2.2.2.6	Эффективность местного гемостаза.
2.2.3	Эндоскопическая полипэктомия толстой кишки.
2.2.3.1	Показания и противопоказания.
2.2.3.2	Осложнения.

2.2.3.3	Ведение больного после электроэксцизии полипа.
2.2.3.4	Ближайшие и отдалённые результаты.

МОДУЛЬ 2.3.

Рабочая программа специальные дисциплины

Название модуля: Возможности эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
2.3.1	Бронхоскопия в диагностике заболеваний трахеи и бронхов.
2.3.1.1	Трахеит.
2.3.1.2	Хронический бронхит.
2.3.1.3	Пневмония.
2.3.1.4	Бронхоэктатическая болезнь.
2.3.1.5	Абсцессы и кисты легких.
2.3.1.6	Доброкачественные опухоли трахеи и бронхов.
2.3.1.7	Злокачественные опухоли трахеи.
2.3.1.8	Рак легкого.
2.3.1.9	Диссеминированные заболевания легких.
2.3.1.10	Инородные тела.
2.3.1.11	Бронхиальный свищ.
2.3.2	Извлечение инородных тел из трахеобронхиального дерева во время эндоскопического исследования.
2.3.2.1	Показания и противопоказания.
2.3.2.2	Осложнения.
2.3.2.3	Инструментарий, используемый для извлечения инородных тел.
2.3.2.4	Способ извлечения инородных тел в зависимости от характера предмета.
2.3.2.5	Ведение больного после извлечения инородного тела.

2.3.3	Санационная бронхоскопия.
2.3.3.1	Показания и противопоказания.
2.3.3.2	Осложнения.
2.3.3.3	Лекарственные препараты, используемые во время санации.
2.3.3.4	Отдаленные результаты.
2.3.4	Эндоскопическое удаление доброкачественных и злокачественных эпителиальных и неэпителиальных опухолей из трахеобронхиального дерева.
2.3.4.1	Показания и противопоказания.
2.3.4.2	Осложнения.
2.3.4.3	Лекарственные препараты, используемые для лечебной бронхоскопии.
2.3.4.4	Отдалённые результаты.

МОДУЛЬ 4

рабочая программа смежные дисциплины

Название модуля: Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
4.1	Оборонеспособность и национальная безопасность Российской Федерации.
4.1.1	Основы национальной безопасности Российской Федерации
4.1.2	Законодательное и нормативное правовое регулирование в области и охраны государственной тайны.
4.2	Основы мобилизационной подготовки экономики Российской Федерации.
4.2.1	Законодательное нормативное правовое обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации.
4.3	Мобилизационная подготовка здравоохранения Российской Федерации.
4.3.1	Специальное формирования здравоохранения (СФЗ), их место и роль в современной системе лечебно–эвакуационного обеспечения войск.
4.3.2	Подвижные медицинские формирования. Задачи, организация, порядок работы.
4.4	Государственный материальный резерв.

4.4.1	Нормативное правовое регулирование вопросов формирования, хранения, накопления и освежения запасов мобилизационного резерва.
4.5	Избранные вопросы медицины катастроф.
4.5.1	Организация и основы деятельности службы медицины катастроф (СМК).
4.6	Хирургическая патология в военное время.
4.6.1	Комбинированные поражения.
4.7	Терапевтическая патология в военное время.
4.7.1	Заболевания внутренних органов при травматических повреждениях.

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма промежуточной и итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ПА - по каждому учебному модулю Программы. Форма ПА – *зачёта*. *Зачет* проводится посредством тестового контроля в автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (далее АС ДПО) или письменно и (или) решения ситуационной задачи в АС ДПО по темам учебного модуля;

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП), при успешном прохождении всех ПА соответствии с УП. Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля тестового контроля в АС ДПО или письменно, решения одной ситуационной задачи и собеседования с обучающимся.

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

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

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы	
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы
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
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, 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
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

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

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

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

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

2.5. Оценочные материалы.

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

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

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

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

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

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Помещение укомплектовано специализированной учебной мебелью: типовые

	<p>наборы профессиональных моделей с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования, мультимедийный презентационный комплекс, компьютерная техника, подключенная к сети «Интернет» с обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета.</p>
2.	<p>Помещения (эндоскопическое отделение клиники ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ (Литер Б-А , 5 этаж)) предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, наркозно-дыхательный аппарат, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации; эндоскопическое отделение: кабинет №515: помещения укомплектованы специализированной мебелью, гастроскоп XQ – 40- 4 шт., дуоденоскоп JF1T – 40 (с боковой оптикой), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс – видеогастроскоп GIF-Q160, видеогастроскоп GIF-H-180, видеогастроскоп GIF-Q150, видеогастроскоп EG-250WR5, эндоскопический отсасыватель, кабинет №513: помещения укомплектованы специализированной мебелью, источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс – видеоколоноскоп CF-Q160L, видеоколоноскоп CF-H-180AL, видеоколоноскоп EC-250WL5, видеоколоноскоп CF-Q150L, аргоно - плазменный коагулятор, баллонный дилататор, эндоскопический отсасыватель, набор для эндоскопической резекции слизистой, 2 установки для мойки эндоскопов -ENDOCLENS-NSX TM AER.</p>
3	<p>Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, эндоскопическое отделения ФГКУ «1602 Военные клинический госпиталь» Министерства обороны РФ укомплектованы специализированной мебелью, облучатель бактерицидный, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп,</p>

эндоскопический отсасыватель, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, баллонный дилататор.
--

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№.№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература.
1.	Эндоскопия желудочно-кишечного тракта: руководство / С.А. Блащенко, А.Г. Короткевич, Е.П. Селькова [и др.] - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 520с – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
2	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.
	Дополнительная литература.
1	Атлас клинической гастроинтестинальной эндоскопии / Ч. Уилкоккс, М. Муньос-Навас, Дж. Й. Санг; пер. с англ. Под ред. Е.Д. Федорова. – Москва: Рид Элсивер, 2010. - 483 с.
2	Эндоскопия. Базовый курс лекций / В.В. Хрячков, Ю.Н. Федосов, А.И. Давыдов [и др].- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с - Доступ из ЭБС «Консультант врача».
3	Королев М. П. Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка: учеб.-метод. пособие / М.П. Королев, М.В. Антипова.- Москва: МИА, 2010. - 128 с.
4	Чернеховская Н. Е. Лечебная бронхоскопия в комплексной терапии заболеваний органов дыхания: учеб.-мед. Пособие / Н.Е.Чернеховская, В.Г. Андреев, А.В. Поваляев. - Москва : МЕДпресс-информ, 2008.
5	Анищук А. А. Эндоскопия - взгляд изнутри: учеб.-мед. пособие для практикующих врачей / А.А. Анищук. – Москва: МИА, 2008. - 240с.
6	Патоморфология и клиническая анатомия: учебник / В.К. Татьянченко, Ю.В. Сухая, С.С. Тодоров [и др.]; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФППО, каф. оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии, патологической анатомии. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2022. – 377 с. ISBN 978-5-7453-0553-5
7	Рогозина И.В. Медицина катастроф / И.В. Рогозина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 152 с. – Доступ из ЭБС “Консультант врача”. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451625.html (дата обращения: 08.01.2024). - Текст: электронный.
8	Медицина чрезвычайных ситуаций : учебник : в 2 т. / под ред. С. Ф. Гончарова, А. Я. Фисуна.- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021.- Т. 1.- 604 с.

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1	Электронная библиотека РостГМУ.	http://109.195.230.156:9080/opacg/
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: ЭБС. – Москва: ООО ГК «ГЭОТАР».	http://www.rosmedlib.ru
3	Консультант Плюс: справочная правовая система.	http://www.consultant.ru
4	Научная электронная библиотека eLIBRARY.	http://elibrary.ru
5	Национальная электронная библиотека.	http://нэб.пф/
6	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.	http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru
7	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка.	http://cyberleninka.ru/
8	Архив научных журналов / НЭИКОН.	https://archive.neicon.ru/xmlui/
9	ECO-Vector Journals Portal / <u>Open Journal Systems</u> .	https://journals.eco-vector.com/
10	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН.	https://elpub.ru/
11	Медицинский Вестник Юга России.	https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ
12	Всемирная организация здравоохранения.	http://who.int/ru/
13	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей.	https://www.evrika.ru/
14	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал.	http://www.med-edu.ru/
15	<u>Univadis.ru</u> : международ. мед. портал.	http://www.univadis.ru/
16	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине.	http://doctorspb.ru/
17	Современные проблемы науки и образования: электрон. журнал.	http://www.science-education.ru/ru/issue/index
18	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России.	http://cr.rosminzdrav.ru/
19	Федеральный центр медицины катастроф ФГБУ "НМХЦ им. Н. И. Пирогова" Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://fcmk.minzdrav.gov.ru/obshhaya-	Открытый доступ

	informacziya/	
20	Вероссийский Центр медицины катастроф «ЗАЩИТА» (ВЦМК «ЗАЩИТА») [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://mchs.gov.ru/ministerstvo/o-ministerstve/terminy-mchs-rossii/term/1339	Открытый доступ
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	http://rostgmu.ru

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

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

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

АС ДПО обеспечивает:

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

3.3. Кадровые условия.

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

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование,

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

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

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

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
1	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2	Малаханов Сергей Николаевич	д.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГКУ "1602 военный клинический госпиталь" Минобороны России /ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3	Скуратов Андрей Владимирович	к.м.н.	Ассистент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессиональной	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

			переподготовки специалистов	
4	Конорезов Алексей Михайлович	-	Ассистент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей
«Эндоскопия» со сроком освоения 144 академических часов по
специальности «Эндоскопия»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав. кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	Е-mail	abutova@yandex.ru
7	Моб. телефон	+79185572934
8	Кабинет №	511
9	Учебная дисциплина	Эндоскопия
10	Учебный предмет	Эндоскопия
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	эндоскопия
13	Форма обучения	очная
14	Модуль	Возможности эндоскопических методов диагностики и лечения у пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
15	Тема	2.1.1-2.1.5.3
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>multiple</i>
19	Источник	

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			Эндоскопическим признаком хронической язвы желудка является		
	*		выраженный воспалительный вал вокруг		
			размер меньше 7 мм		
			рыхлые контуры		
			интактная слизистая вокруг		
1	1	2			
2			Выделение гастрина стимулируется		
	*		растяжением антрального отдела		
			голодом		
			ацидификацией антрального отдела		
			растяжением кардиального отдела желудка		
1	1	3			
3			Наиболее безопасно бужировать пищевод при рубцовых стенозах		
	*		по металлической струне – направителю полыми бужами		
			через рот вслепую		
			по нитке		
			под рентгенологическим контролем		
1	1	4			
4			Излюбленной локализацией гранулярного очагового гастрита является		
			свод желудка		
			кардиальный отдел		
			антральный отдел		
	*		задняя стенка тела желудка		
1	1	5			

5			Основной причиной развития пищевода Барретта является		
			нарушение регенерации слизистой оболочки		
			снижение местных защитных механизмов		
			С хроническое воспаление		
	*		желудочно-пищеводный рефлюкс		
1	1	6			
6			Истончение складок слизистой свода и тела желудка указывает на		
			нарушение кровотока в желудке		
	*		атрофический гастрит		
			кахексию		
			болезнь Менетрие		
1	1	7			
7			Если инородное тело желудка не удалось обнаружить из-за наличия в желудке пищи, повторное исследование необходимо предпринять через (в часах)		
			4-5		
			2-3		
	*		6-8		
			10-12		
1	1	8			
8			Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при синдроме Пламмера-Винсона		
			врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по желудочному типу		
	*		анемии Адиссона-Бирмера		
			склеродермии		
1	1	9			

9			К наиболее частым причинам кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта относят синдром Маллори-Вейсса		
	*		пептическую язву и стрессовую язву		
			варикозное расширение вен пищевода		
			распадающуюся опухоль		
1	1	10			
10			Под болезнью Менетрие понимают		
	*		грубую гипертрофию складок слизистой оболочки желудка		
			выраженный эрозивный рефлюкс-эзофагит		
			полипоз желудка		
			линейный разрыв слизистой желудка		
1	1	11			
11			Экспресс-тест на наличие хеликобактерной инфекции выполняют методом		
			количественного анализа		
			фенотипирования		
			иммунофлюоресценции		
	*		уреазной реакции		
1	1	12			
12			Эрозивный гастрит может быть вызван применением		
			резерпина		
			гастропротекторов		
			глицина		
	*		салицилатов		
1	1	13			
13			Повреждение слизистой оболочки		

			пищевода, охватывающее более 75% окружности пищевода, согласно Лос-Анджелесской классификации, представляет собой степень		
			В		
			С		
			А		
	*		Д		
1	1	14			
14			Сущность пероральной эндоскопической миотомии при ахалазии кардии заключается в		
	*		формировании тоннеля в подслизистом слое		
			формировании тоннеля в слизистом слое		
			формировании тоннеля в мышечном слое		
			рассечении слизистой оболочки		
1	1	15			
15			Верхнее пищеводное кольцо Шацкого при аксиальной хиатальной грыже формируется за счет		
			тонуса верхнего пищеводного сфинктера (мышечного контрактильного кольца)		
	*		ограниченной растяжимости зоны кардии (слизистого кольца)		
			тонуса нижнего пищеводного сфинктера (мышечного контрактильного кольца)		
			ограниченной растяжимости зоны нижнего пищеводного сфинктера		
1	1	16			

16			1-й эхослой стенки желудка соответствует		
	*		поверхностным слоям слизистой оболочки		
			подслизистой оболочке		
			серозной оболочке		
			мышечной оболочке		
1	1	17			
17			Отсутствие источника кровотечения при эзофагогастродуоденоскопии с кровотечением в анамнезе по классификации Форреста соответствует		
			F I A		
			F II A		
	*		F III		
			F II B		
1	1	18			
18					
			Границей двенадцатиперстной и тонкой кишки является		
	*		связка Трейца		
			ободочная кишка		
			баугиниева заслонка		
			подвздошная кишка		
1	1	19			
19			Эффект аргоноплазменной коагуляции обеспечивается за счет		
	*		электропроводящей плазмы		
			электропроводящего устройства		
			электропроводящей платы		
			электропроводящей системы		
1	1	20			
20			После заживления острой язвы наблюдается рубцовое сужение		

			просвета желудка		
			наблюдается умеренно выраженная деформация стенки		
			наблюдается значительная деформация стенки		
	*		деформация стенки желудка отсутствует		
1	1	21			
21			При аксиальной хиатальной грыже 3 степени кардия располагается ____ диафрагмы		
			на уровне		
			значительно ниже уровня		
			тотчас ниже уровня		
	*		значительно выше уровня		
1	1	22			
22			Наличие умеренной диффузной гиперемии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки чаще является признаком умеренно выраженного воспаления		
	*		гемодинамических изменений в пищеварительную фазу		
			гиперпродукции соляной кислоты		
			острого гастрита		
1	1	23			
23			Безоары желудка могут осложняться		
			развитием стеноза привратника		
			ахалазией кардии		
	*		пилородуоденальной или кишечной непроходимостью		
			неукротимой рвотой		
1	1	24			

24			Наибольшая складчатость слизистой оболочки желудка выражена в		
			своде		
			кардии		
	*		теле		
			антруме		
1	1	25			
25			Пищевод взрослого человека в среднем имеет длину (в см)		
			28-35		
			35-40		
	*		25-30		
			15-18		
1	1	26			
26			Риск аденокарциномы пищевода увеличивается при размере сегмента пищевода Барретта более (в см)		
			1		
			1,5		
			2		
	*		3		
1	1	27			
27			4-й эхослой стенки желудка соответствует		
			слизистой оболочке		
	*		мышечной оболочке		
			серозной оболочке		
			подслизистой оболочке		
1	1	28			
28			Париетальные клетки фундальных желез желудка секретируют		
			соляную кислоту, желудочную липазу и прохимозин		

			пепсиноген и биогенные амины		
	*		соляную кислоту и внутренний фактор Кастла		
			пепсиноген, желудочную липазу и прохимозин		
1	1	29			
29			Чаще озлокачиваются ____ полипы желудка		
	*		аденоматозные		
			гиперпластические		
			лимфоидные		
			ювенильные		
1	1	30			
30			Наиболее частой локализацией раннего рака желудка является		
			задняя стенка		
			большая кривизна		
	*		малая кривизна		
			свод		

2. Оформление фонда ситуационных задач

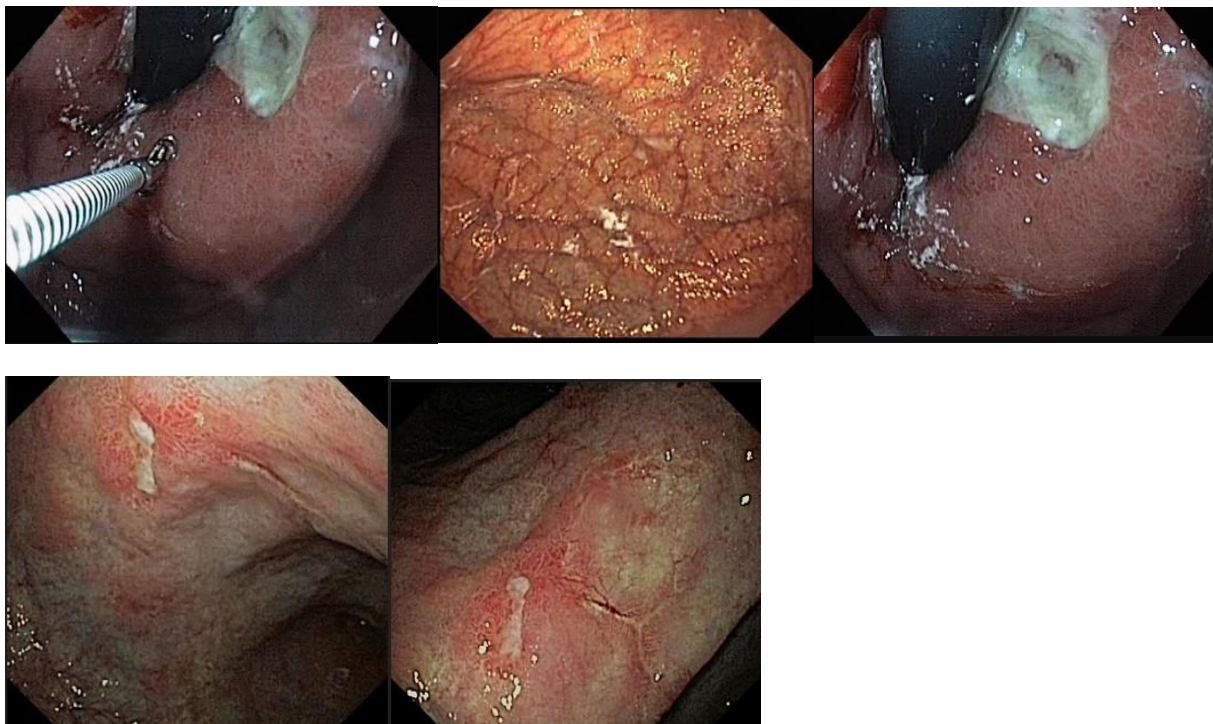
(для проведения экзамена в АС ДПО).

Задача №1.

Мужчина, 62 лет, обратился к врачу с жалобами на постоянные боли ноющего характера в подложечной области, усиливающиеся после приема пищи, чувство быстрого насыщения, тошноту, рвоту с примесью желчи не приносящую облегчение. Из анамнеза известно, что эпизоды болей в эпигастральной области впервые возникли около ½ 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 4 недель. Соблюдение диетического режима и прием антацидных препаратов не сопровождалось улучшением самочувствия. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 77 лет, страдает язвенной болезнью желудка; отец – умер в 65

лет от рака желудка. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 18 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 150/85 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 мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови - Нв- 96 г/л, СОЭ -46 мм/час. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). При ЭГДС получены изображения

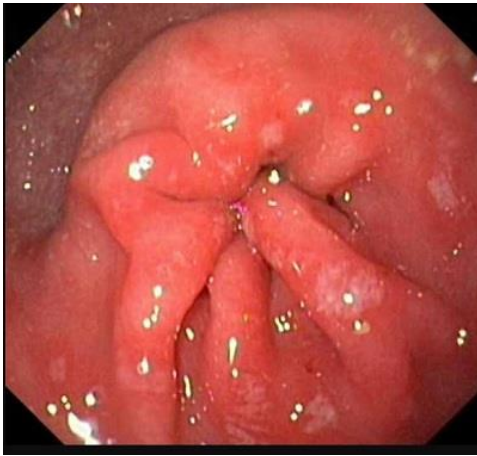
Уреазный тест слизистой желудка не проводился



ВОПРОСЫ:

1. Дайте правильное описание выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.
2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования.

5. Через 6 недель лечения состояние больного улучшилось. Полностью купирован болевой и диспептический синдромы. При повторном эндоскопическом исследовании ЭГДС выявлены изменения слизистой оболочки желудка, представленные на изображении:



Уреазный тест из слизистой оболочки тела и антрального отдела - результаты отрицательные.

Какова Ваша дальнейшая диагностическая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответы:

1. Хронический атрофический гастрит. Две язвы желудка с локализацией в субкардиальном отделе и в области угла желудка. Хронический гастрит. Язвы желудка. Хронический эрозивный гастрит. Язва тела желудка.
2. Заключение о хроническом атрофическом гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: сочетание бледной окраски слизистой оболочки желудка, ее истончением и уплощением продольных складок с участками воспалительно измененной слизистой оболочкой («пестрая» слизистая оболочка), выраженная аркадная сеть подслизистых сосудов; заключение о язвенной болезни желудка с локализацией язвы в субкардиальном отделе желудка и в области угла желудка установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного овальной формы язвенного дефекта в субкардиальном отделе желудка (при инверсионном осмотре) и линейной формы язвы в области угла желудка. Дно язвенных дефекты заполнено белым фибрином. Края приподняты, слизистая оболочка по периметру углубленного образования гиперемирована.
3. Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего: хромогастроскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) с целью выявления участков гиперфиксации красителя и прицельной биопсией

тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уреазный тест и определение АГ Н.р. в кале) биопсию слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка для проведения быстрого уреазного теста и гистологического исследования биопсию из краев язвенных дефектов желудка для выявления возможной малигнизации

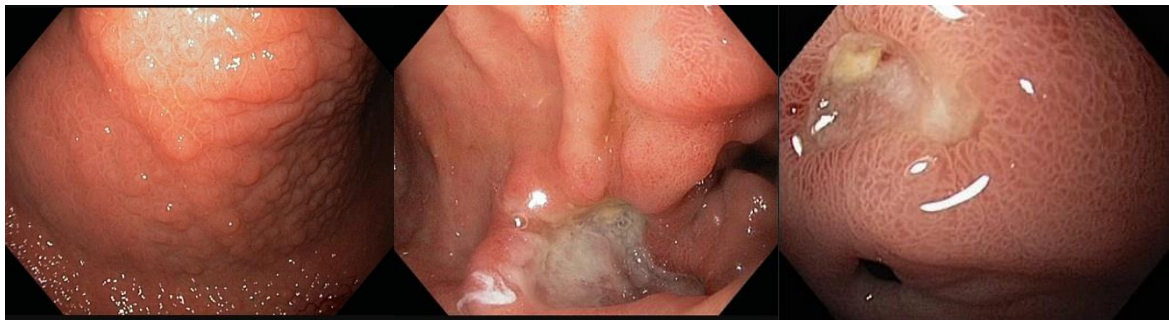
4. Базовыми препаратами для лечения больного с язвенной болезнью желудка в сочетании с Н.р. ассоциированным гастритом являются препараты эрадикационной схемы 1 линии (амоксициллин и кларитромицин) в комбинации с ингибиторами протонной помпы и цитопротекторами. Длительность курса противоязвенной медикаментозной терапии должна составлять не менее 6 недель на фоне модификации пищевого поведения и изменения образа жизни. Повторное эндоскопическое исследование может быть проведено не ранее, чем через 6 недель лечения. Повторное эндоскопическое исследование необходимо провести с биопсией из слизистой оболочки желудка. Обязательным является биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка для верификации отсутствия контаминации Н.р. - контроль эффективности эрадикации
5. Эндоскопические признаки характерные для воспалительных изменений слизистой оболочки антрального отдела желудка с поверхностными дефектами. Рекомендовано продолжить терапию антисекреторными препаратами в течение 8 недель. Повторное эндоскопическое исследование ЭГДС необходимо провести при появлении типичного комплекса признаков, характеризующих рецидив язвенной болезни.

Задача № 2

Мужчина, 36 лет, обратился к врачу с жалобами на приступы острых болей в правом подреберье с правосторонней полуопоясывающей иррадиацией, возникающие через 1,5-2 часа приема пищи, чувство быстрого насыщения, тошноту, рвоту с примесью пищи, принятой накануне. 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 6 недель. Соблюдение диетического режима и прием антацидных препаратов не сопровождалось улучшением самочувствия. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 59 лет, страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки; отец

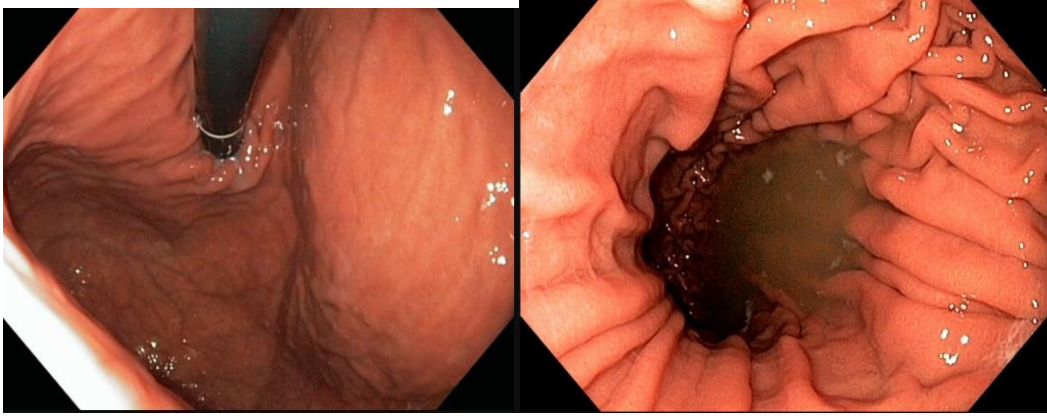
– умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 21 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 130/75 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, 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 (ЭГДС). При ЭГДС получены изображения



ВОПРОСЫ:

1. Дайте правильное описание выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.
2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования.
5. Через 6 недель лечения состояние больного улучшилось. Полностью купирован болевой и диспептический синдромы.
6. При повторном эндоскопическом исследовании ЭГДС выявлены изменения слизистой оболочки желудка, представленные на изображениях. Какова Ваша дальнейшая диагностическая тактика?



Ответы:

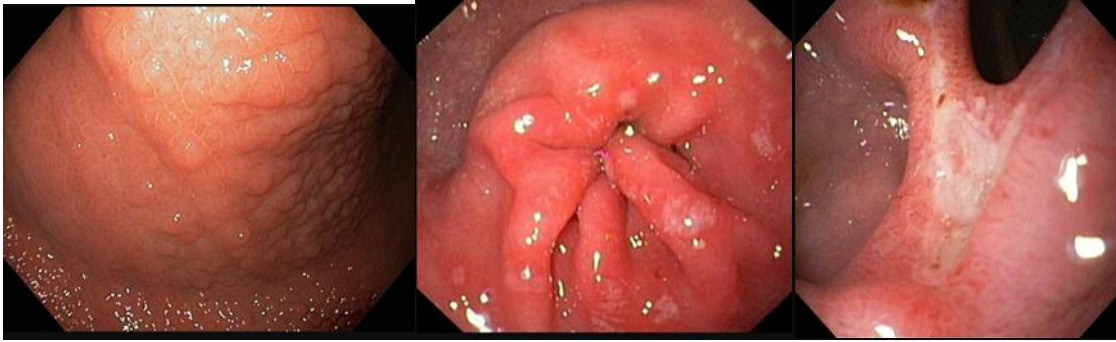
1. Хронический Н.р. ассоциированный гастрит. Две язвы с локализацией на малой и большой кривизне препилорического отдела желудка. Рубцово-язвенная деформация выходного отдела желудка 2 ст. Хронический гастрит. Язвы желудка Хронический эрозивный гастрит. Язва привратника
2. Заключение о хроническом Н.р. ассоциированном антральном гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: гиперемия и отек слизистой оболочки антрального отдела желудка с формированием утолщенных продольных складок в препилорическом отделе заключение о язвенной болезни желудка с локализацией язвы на большой кривизне препилорического отдела желудка установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного неправильно овальной формы язвенного дефекта на большой кривизне препилорического отдела и округлой формы язвы на малой кривизне препилорического отдела. Дно язвенных дефекты заполнено белым фибрином. Края приподняты, слизистая оболочка по периметру углубленного образования гиперемирована. Определяется конвергенция складок с передней стенки и малой кривизны антрального отдела желудка с формированием деформации стенки желудка и привратника.
3. Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее: тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уреазный тест и определение АГ Н.р. в кале) биопсию слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка для проведения быстрого уреазного теста и гистологического исследования биопсию из краев язвенных дефектов препилорического отдела желудка
4. Базовыми препаратами для лечения больного с язвенной болезнью желудка в сочетании с Н.р. ассоциированным гастритом являются препараты эрадикационной схемы 1 линии (амокксициллин и кларитромицин) в комбинации с ингибиторами протонной помпы и цитопротекторами. Длительность курса противоязвенной

медикаментозной терапии должна составлять не менее 6 недель на фоне модификации пищевого поведения и изменения образа жизни. Повторное эндоскопическое исследование может быть проведено не ранее, чем через 6 недель лечения. Повторное эндоскопическое исследование необходимо провести с биопсией из слизистой оболочки желудка. Обязательным является биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка для верификации отсутствия контаминации. Н.р. - контроль эффективности эрадикации

5. Эндоскопические признаки характерные для нормальной слизистой оболочки тела и антрального отдела. Повторное эндоскопическое исследование ЭГДС необходимо провести при появлении типичного комплекса признаков, характеризующих рецидив язвенной болезни.

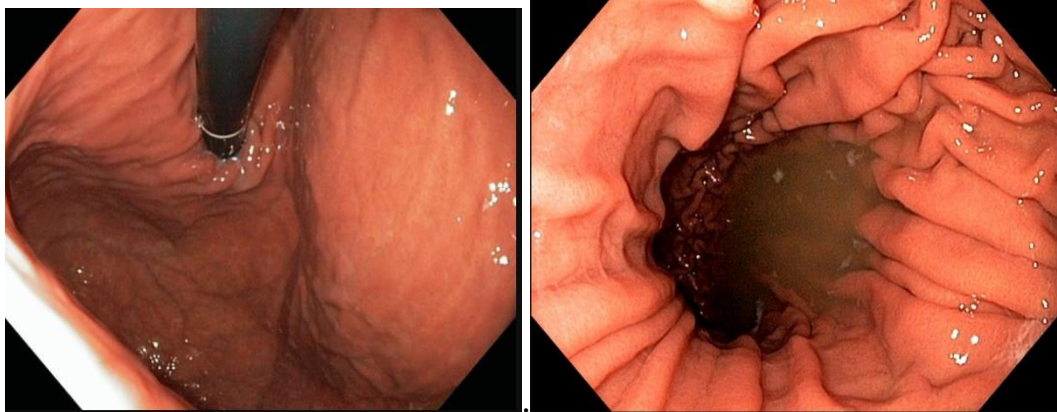
Задача №3

Мужчина, 23 лет, обратился к врачу с жалобами на периодические резкие, острые, приступообразные боли в эпигастральной области, сопровождающиеся ощущением жжения, возникающие через 1,5-2 часа приема пищи, изжогу, чувство быстрого насыщения. Из анамнеза известно, что эпизоды болей в эпигастральной области впервые возникли около года назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая антацидные препараты и спазмолитики. Эффект от указанного курсового лечения был положительным. Ухудшение самочувствия с появлением вышеуказанной симптоматики возникло около 3-х недель. Соблюдение диетического режима, прием антацидных препаратов не привело к улучшению самочувствия. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 53 лет, страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки; отец – умер в 58 лет от острого инфаркта миокарда. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 83 уд. в мин., АД – 110/65 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 (ЭГДС). При ЭГДС получены изображения:



ВОПРОСЫ:

1. Дайте правильное описание выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.
2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования.
5. Через 6 недель лечения состояние больного улучшилось. Полностью купирован болевой и диспептический синдромы. При повторном эндоскопическом исследовании ЭГДС выявлены изменения слизистой оболочки желудка, представленные на изображениях Какова Ваша дальнейшая диагностическая тактика?



Ответы:

1. Хронический Н.р. ассоциированный гастрит с единичными эрозиями в антральном отделе желудка. Язва большой кривизны луковицы 12 перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки. Хронический гастрит. Язва 12 перстной кишки
Хронический эрозивный гастрит. Язва луковицы 12 перстной кишки
2. Заключение о хроническом Н.р. ассоциированном антральном гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: гиперемия и отек слизистой оболочки антрального отдела желудка с формированием

утолщенных продольных складок в препилорическом отделе; множество поверхностных дефектов, размерами от 0,2-0,3 до 0,5 см, расположенных, как на высоте утолщенных складок в антральном и препилорическом отделах, так и в межскладочном пространстве; множестве очагов лимфоидной гиперплазии в антральном отделе желудка.

3. Заключение о язвенной болезни 12 перстной кишки с локализацией язвы на передней стенке луковицы 12 перстной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного треугольной формы язвенного дефекта на передней стенке луковицы 12 перстной кишки. Дно язвы заполнено белым фибрином. Края приподняты, слизистая оболочка по периметру углубленного образования гиперемирована. Определяется конвергенция складок с передней стенки и малой кривизны с формированием деформации стенки луковицы 12 перстной кишки

4. Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее: тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уреазный тест и определение АГ Н.р. в кале) биопсию слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка для проведения быстрого уреазного теста и гистологического исследования

5. Базовыми препаратами для лечения больного с язвенной болезнью 12 перстной кишки в сочетании с Н.р. ассоциированным гастритом являются средства эрадикационной схемы 1 линии (амокксициллин и кларитромицин) в комбинации с ингибиторами протонной помпы и цитопротекторами.

Длительность курса противоязвенной медикаментозной терапии должна составлять не менее 6 недель на фоне модификации пищевого поведения и изменения образа жизни.

6. Повторное эндоскопическое исследование может быть проведено через 6 недель лечения

Повторное эндоскопическое исследование необходимо провести с биопсией из слизистой оболочки желудка.

Обязательным является биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка для верификации отсутствия контаминации Н.р. - контроль эффективности эрадикации

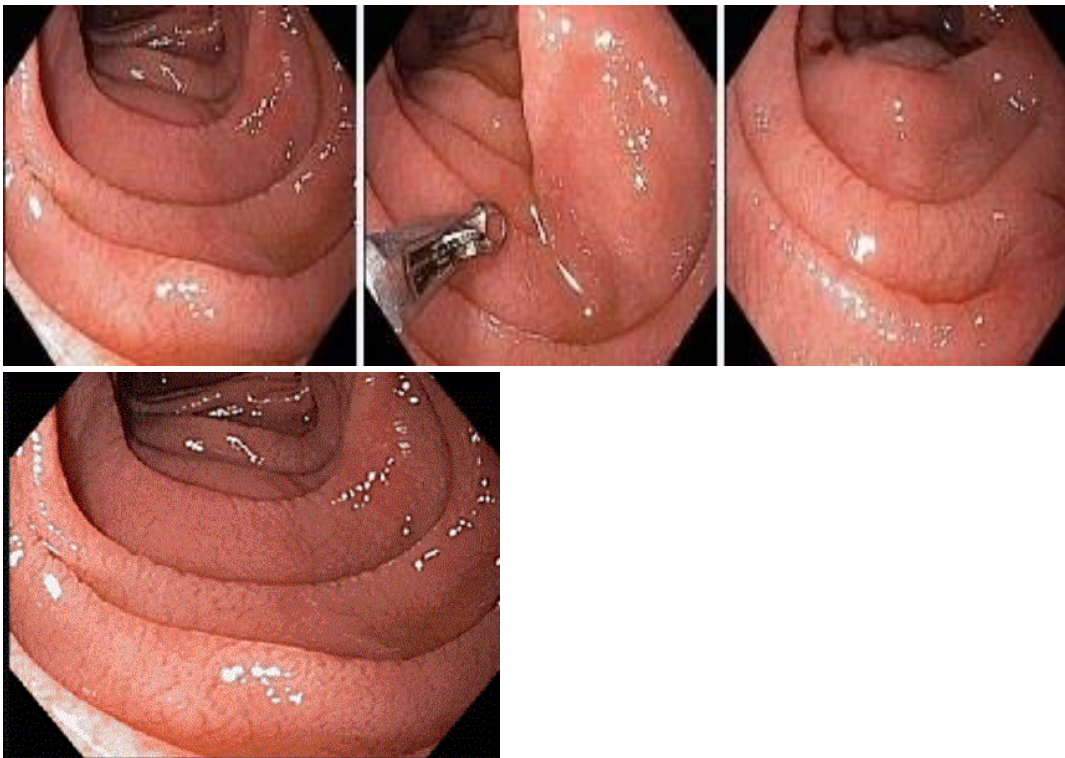
7. Эндоскопические признаки характерные для нормальной слизистой оболочки тела и антрального отдела. Повторное эндоскопическое исследование ЭГДС необходимо провести при появлении типичного комплекса признаков, характеризующих рецидив язвенной болезни.

Задача № 4.

Мужчина, 18 лет, обратился к врачу с жалобами на диарею до 4-5 раз в день без примеси слизи и крови, метеоризм, флатуленцию, снижение массы тела,

общую слабость. Из анамнеза известно, что нарушение стула и симптомы кишечной диспепсии с детского возраста. Лечился у педиатра и гастроэнтеролога с переменным успехом. Ухудшение самочувствия с появлением вышеуказанной симптоматики и прогрессирующей потери массы тела возникло около 10 недель. Соблюдение диетического режима и прием спазмолитиков не сопровождалось улучшением самочувствия. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 50 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 63 лет от острого инфаркта миокарда. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 16 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 110/55 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в параумбиликальной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови - Нв- 102 г/л, СОЭ - 16 мм/час. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

При ЭГДС получены изображения



Быстрый уреазный тест на Н.р. из слизистой оболочки желудка не проводился.

ВОПРОСЫ:

1. Дайте правильное описание выявленных изменений с использованием

принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

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

5. Через 12 недель лечения состояние больного улучшилось. Полностью купирован диспептический синдром, увеличилась масса тела (ИМТ=19 кг/м²) и уровень гемоглобина (124г/л). Какова Ваша дальнейшая диагностическая тактика?

Обоснуйте Ваш выбор.

Ответы:

1. Атрофия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, характерная для глютеновой энтеропатии. Хронический дуоденит. Хронический дуоденит. Косвенные признаки хронического панкреатита

2. Заключение об атрофии слизистой оболочки 12 перстной кишки, характерной для глютеновой энтеропатии установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: сочетание бледной окраски слизистой оболочки 12 перстной кишки с ее истончением, исчезновением бархатистости слизистой оболочки, обусловленной нормальной структурой ворсинчатого эпителия, уплощением типичных циркулярных складок.

3. Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего: хроодуоденоскопию с витальными красителями (0,1% раствор индигокармина) с целью уточнения структуры слизистой оболочки

Прицельную полисегментарную биопсию слизистой оболочки 12 перстной кишки с морфологическим исследованием

4. Стандартом лечения больного с глютеновой энтеропатией является назначение аглютеновой диеты. Повторное эндоскопическое исследование с биопсией из слизистой оболочки 12 перстной кишки целесообразно провести через 6 месяцев от начала лечения. Обязательным является биопсия слизистой оболочки 12 перстной кишки с морфологическим исследованием

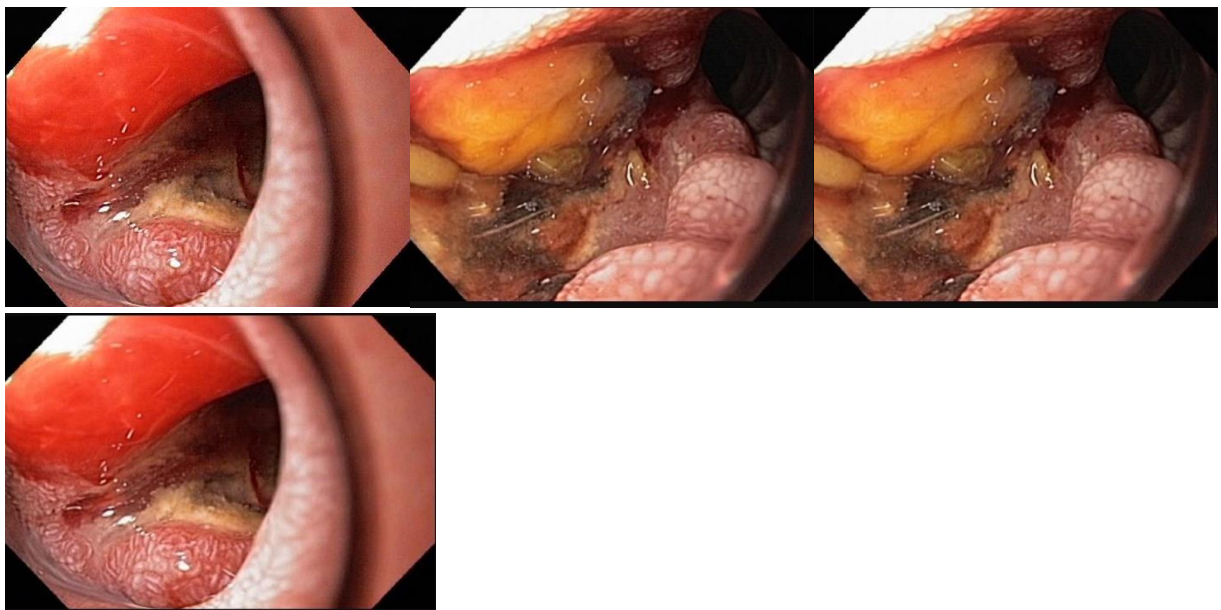
5. Рекомендовано продолжить использование аглютеновой диеты. Повторное эндоскопическое исследование ЭГДС необходимо провести при появлении типичного комплекса симптомов желудочной диспепсии, снижения массы тела. При повторном эндоскопическом исследовании необходимо провести хромотическое исследование и прицельную полисегментарную биопсию слизистой оболочки 12 перстной кишки.

Задача № 5

Мужчина, 67 лет, обратился к врачу с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, снижение аппетита, тошноту, рвоту с примесью пищи, принятой накануне, субфебрильную лихорадку преимущественно в вечернее время. Из анамнеза известно, что эпизоды болей в животе, возникающие после приема пищи впервые возникли около 1 года назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая спазмолитики. Ухудшение в течение последних 3-х недель с усиления болей в животе, рвоты и снижение аппетита. Учитывая выраженный болевой абдоминальный синдром обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – умерла в 76 лет о хронической почечной недостаточности, отец – умер в 68 года от рака желудка. При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 22 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 150/90мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области и правом подреберье, где пальпируется опухолевидное образование. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

В общем анализе крови: СОЭ - 64мм/час, Нв - 90 г/л. Рекомендовано проведение видеозофагогастроуденоскопии (ЭГДС).

При ЭГДС получены изображения



ВОПРОСЫ:

1. Дайте правильное описание выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.
2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования.
5. Через 2 недели получены результаты гистологического исследования биоптатов из дна изъязвления 12 перстной кишки - аденокарцинома. Какова Ваша дальнейшая диагностическая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответы:

1. Инфильтративно-язвенная форма рака 12 перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы и проксимального отдела 12 перстной кишки 2 ст.
Язва 12 перстной кишки. Язва луковицы 12 перстной кишки. Рубцовая деформация луковицы 12 перстной кишки.
2. Заключение о инфильтративно-язвенной форме рака 12 перстной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков:
 - наличие неправильной формы углубленного образования на нижней полуокружности 12 перстной кишки с неравномерно приподнятыми, бугристыми краями гиперемией слизистой оболочки по периметру углубленного образования.
 - в дне язвенного дефекта фибрин и мелкобугристая опухолевая тканьгрубая деформация просвета 12 перстной кишки
3. Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее:
 1. хромогастроскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя
 2. проведение рентгеноскопии пищевода, желудка и 12 перстной кишки с целью уточнения состояния 12 перстной кишки и исключения инфильтрации стенки 12 перстной кишки в зоне локализации углубленного дефекта;
 3. тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уреазный тест и определение АГ Н.р. в кале).
 4. СРКТ пищевода, желудка и кишечника с в/в контрастированием.
4. Базовыми препаратами для лечения больного с язвенной болезнью 12 перстной кишки являются ингибиторы протонной помпы и цитопротекторы, которые профилактируют развитие осложнений (желудочно-кишечное кровотечение).

Длительность курса противоязвенной медикаментозной терапии должна составлять не менее 6 недель на фоне модификации пищевого поведения и изменения образа жизни.

Повторное эндоскопическое исследование может быть проведено после получения отрицательных результатов гистологического исследования биоптатов, полученных из мелкобугристых опухолевидных образований в дне язвенного дефекта для верификации опухолевого процесса. Выбрана верная группа препаратов, правильно обоснована длительность лечения, сроки проведения и содержание повторного эндоскопического исследования.

5. Эндоскопические и гистологические признаки укладываются в предварительное заключение о наличии первичной инфильтративно-язвенной формы аденокарциномы 12 перстной кишки.

Рекомендована консультация хирурга-онколога для решения вопроса о хирургическом лечении

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей
«Эндоскопия» со сроком освоения 144 академических часов по
специальности «Эндоскопия»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав.кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	E-mail	abutova@yandex.ru
7	Моб. телефон	+79185572934
8	Кабинет №	511
9	Учебная дисциплина	Эндоскопия
10	Учебный предмет	Эндоскопия
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	эндоскопия
13	Форма обучения	очная
14	Модуль	Возможности эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями прямой и ободочной кишки
15	Тема	2.2.1-2.2.3.4
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>multiple</i>
19	Источник	

Список тестовых заданий

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

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

	*		скирр		
			инфильтративная карцинома		
			полиповидная карцинома		
			блюдцеобразный		
1	1	7			
7			Для гистологической картины псевдоинвазии в аденоматозных полипах толстой кишки характерным является		
			инвазия атипических клеток в мышечный слой		
	*		эктопия хорошо сформированных эпителиальных желез на собственную мембрану подслизистого слоя		
			эктопия атипических желез на собственную мембрану подслизистого слоя		
			инвазия атипических клеток за собственную пластинку слизистой		
1	1	8			
8			Реже всего при диффузном полипозе выявляется рак ____ кишки		
			восходящей		
			прямой		
			сигмовидной		
	*		слепой		

1	1	9			
9			Техника электроэксцизии полипа включает		
			чрезмерное затягивание петли		
	*		предпочтительное использование режима коагуляции при приближении к центру ножки		
			затягивание петли на уровне слизистой оболочки		
			затягивание петли на расстоянии 1-2 см от уровня слизистой оболочки		
1	1	10			
10			При подготовке к колоноскопии необходимо исключить		
			йогурт, бульон		
	*		фрукты, овощи, каши, хлеб		
			мясо, яйца		
			сыр		
1	1	11			
11			Противопоказанием к щипцевой биопсии является		
			гнойный секрет в устье бронха		
	*		нарушение свертывающей системы крови		
			центральный рак легкого		

			отек слизистой оболочки бронха		
1	1	12			
12			Для САР-полипоза характерной локализацией поражения является ___ кишка		
			слепая		
	*		сигмовидная		
			поперечно-ободочная		
			восходящая		
1	1	13			
13			Макроскопически для ворсинчатых опухолей толстой кишки характерен ___ тип		
			язвенный		
			инфильтративный		
			блюдцеобразный		
	*		стелющийся		
1	1	14			
14			Чаще всего в толстой кишке встречаются		
	*		мелкие эпителиальные образования на широком основании		
			крупные эпителиальные образования на ножке		
			крупные эпителиальные образования на широком основании		
			мелкие ворсинчатые эпителиальные образования		

1	1	15			
15			Язвенный дефект толстой кишки по Парижской классификации будет относиться к ___ типу.		
	*		0-III		
			0-IIIc		
			0-IIa		
			0-IIb		
1	1	16			
16			специфическим морфологическим субстратом при туберкулезе толстой кишки является		
			гемосидерин-содержащие макрофаги		
			выраженный фиброз и гиалиноз кишечной стенки		
			выраженная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация глубоких слоев кишечной стенки		
	*		саркоидная гранулема с очагами казеозного некроза		
1	1	17			
17			Эндоскопическая картина псевдомембранозного колита представлена в виде		
			выраженного воспаления слизистой оболочки, где определяются множественные язвенные дефекты с налетом фибрина и подрытыми краями		

			множественных псевдополипов на фоне нормальной слизистой оболочки		
	*		диффузного поверхностного воспаления, на фоне которого определяются множественные плотно фиксированные желтовато-белые бляшки размерами до 0,5 см в диаметре		
			множественных глубоких язв-трещин, между которыми определяются участки неповрежденной слизистой оболочки		
1	1	18			
18			Складки в количестве 12-24 определяются в ___ кишке		
			восходящей		
			слепой		
	*		поперечно-ободочной		
			нисходящей		
1	1	19			
19			Дивертикулез толстой кишки чаще поражает ___ кишку		
			нисходящую		
			прямую		
			поперечно-ободочную		
	*		сигмовидную		
1	1	20			

20			Рак ободочной кишки по морфологическому типу чаще всего представлен		
			перстневидно-клеточным раком		
			нейробластомой		
			плоскоклеточным раком		
	*		аденокарциномой		
1	1	21			
21			Отделом толстой кишки, в котором чаще всего обнаруживается рак, является ___ кишка		
	*		прямая		
			сигмовидная		
			нисходящая		
			поперечно-ободочная		
1	1	22			
22			Для дифференциальной диагностики ишемического колита при отсутствии перитонеальных симптомов рекомендуется проведение		
			ректороманоскопии		
			лапароскопии		
	*		колоноскопии		
			анализа кала на скрытую кровь		
1	1	23			

23			Способ экстракции удаленных эндоскопически полипов из просвета толстой кишки определяет		
			функциональное состояние толстой кишки		
			гистологическую структуру полипа		
			способ подготовки кишки к эндоскопической электроэксцизии		
	*		размер и консистенцию полипа		
1	1	24			
24			Контактная кровоточивость при тяжелой форме острого лучевого колита		
	*		резко выражена		
			не выражена		
			не наблюдается		
			отмечается		
1	1	25			
25			К форме рака толстой кишки, склонной к циркулярному поражению, относится		
			нодозная		
			in situ		
			полиповидная		
	*		инфильтративная		
1	1	26			

26			К признакам радиационного колита относится		
	*		формирование стриктуры в сочетании с проктитом и изъвлениями слизистой оболочки		
			наличие воспалительных полипов		
			формирование глубоких продольных, длительно незаживающих трещин, сочетающихся со стриктурами		
			наличие псевдополипов		
1	1	27			
27			Складки в количестве 6-8 определяются в ___ кишке		
			восходящей		
	*		нисходящей		
			слепой		
			поперечно-ободочной		
1	1	28			
28			Селезенка просвечивается через ободочную кишку в ___ изгибе		
			правом		
			нижнем		
			верхнем		
	*		левом		
1	1	29			
29			Максимальная лучевая нагрузка приходится на ___ стенку ампулы		

			прямой кишки		
			левую		
			заднюю		
		*	переднюю		
			правую		
1	1	30			
30			Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет около ____ м/час		
			2,5		
			1,5		
	*		1		
			2		

2. Оформление фонда ситуационных задач

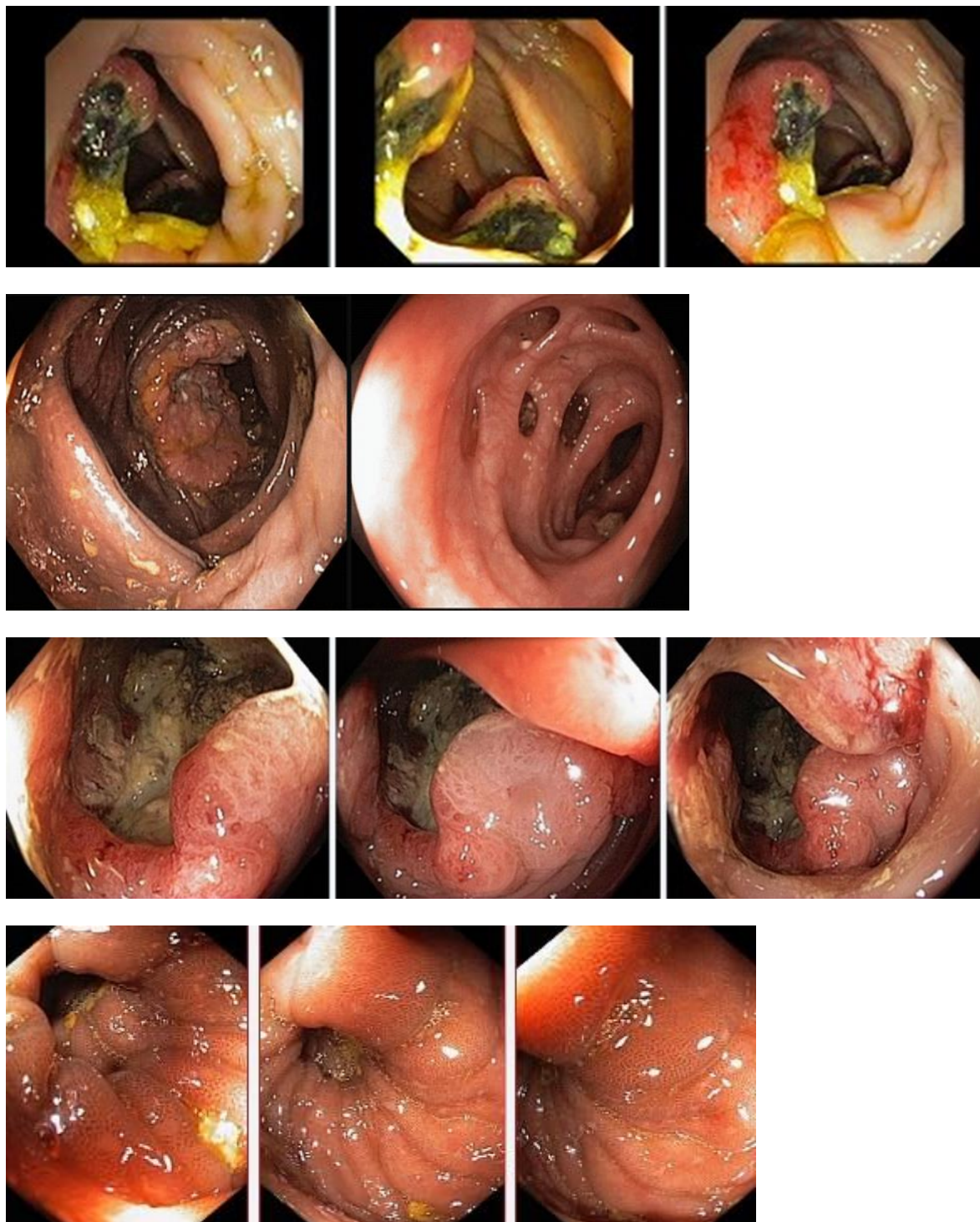
(для проведения экзамена в АС ДПО).

Задача 1.

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

уд. в мин., АД – 160/80мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в илеоцекальной зоне, где пальпируется плотное опухолеобразное образование с ограниченной подвижностью. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови: СОЭ - 46 мм/час, Нв - 90 г/л. Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС).

При ВКС получены изображения



ВОПРОСЫ:

1. Дайте правильное описание выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.
2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования.
5. Через 2 недели получены результаты гистологического исследования биоптатов:
 - из опухолевидного инфильтративно-изъязвленного образования слепой кишки и слизистой оболочки слепой кишки полиповидных образований желудка и 12 перстной кишки – аденокарцинома,
 - в слизистой оболочке толстой кишки - очаговая атрофия, скопления меланина.

Какова Ваша дальнейшая диагностическая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответы:

1. Экзофитная полуциркулярная опухоль слепой кишки с изъязвлением. Меланоз слепой кишки. Дивертикулез нисходящей кишки. Полип слепой кишки. Дивертикулы нисходящей кишки. Рак толстой кишки. Дивертикулез толстой кишки.
2. Заключение о наличии экзофитной полуциркулярной опухоли слепой кишки с изъязвлением установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие выступающего полуциркулярного крупноузлового образования с изъязвлением, прикрытым белым фибрином; плотной консистенции образования при инструментальной пальпации и легкой фрагментарности ткани при биопсии; отрицательного симптома «шатра» и ограниченной смещаемости при инструментальной пальпации.
3. Заключение о наличии меланоза слепой установлено на основании типичных эндоскопических признаков: темно-коричневая окраска с изменением рельефа слизистой оболочки слепой кишки.

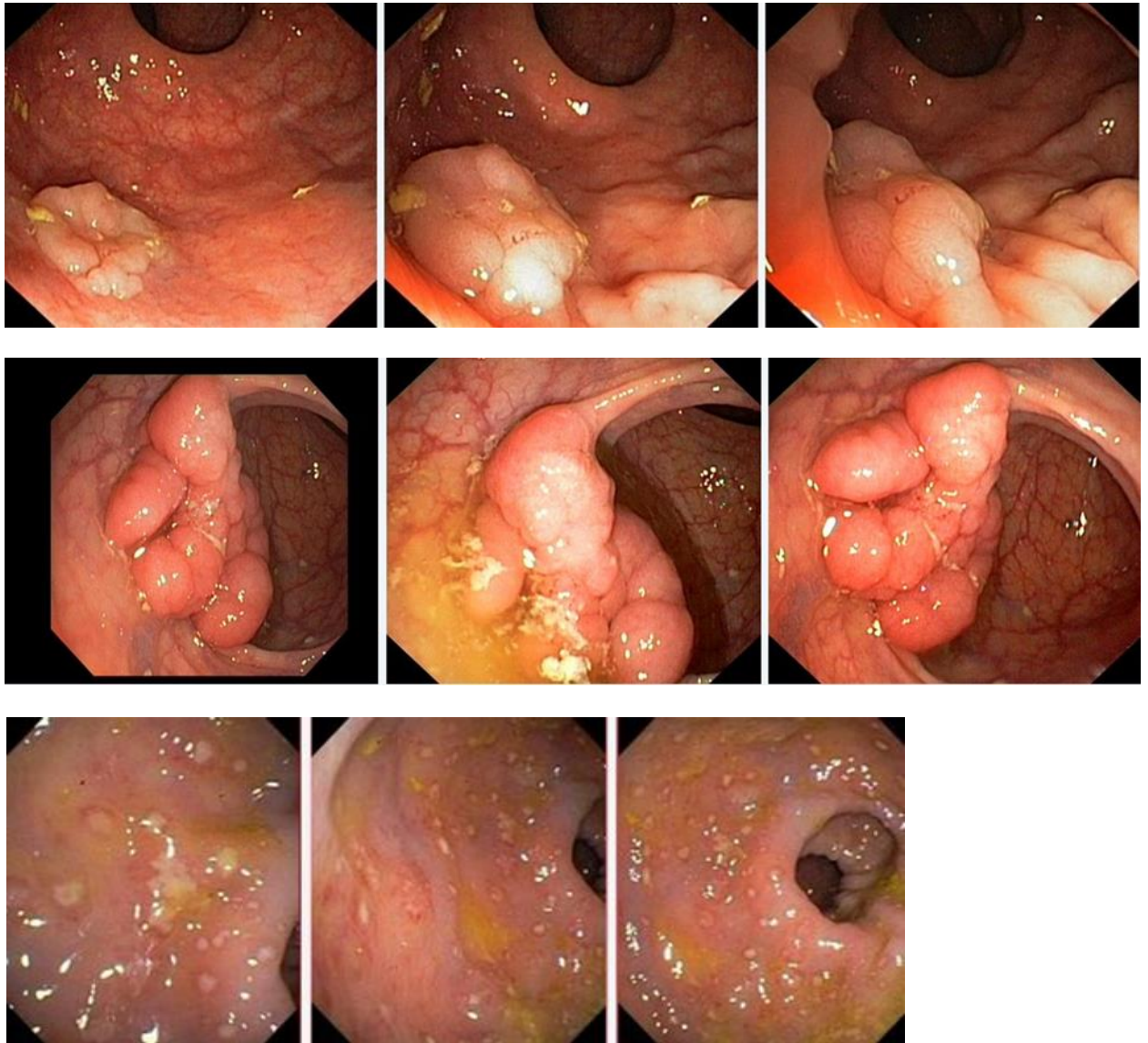
4. Заключение о наличии дивертикулеза нисходящей кишки получено на основании типичных эндоскопических признаков: устья дивертикулов размерами от 0,4 до 0,8 см в Д без признаков воспалительных изменений слизистой оболочки окружающей устья.
5. Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего: хромоэндоскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя полисегментарную биопсию из полциркулярного крупноузлового образования с изъязвлением слепой кишки и измененной слизистой оболочки слепой кишки.
6. Стандарт лечения опухолевидных инфильтративно-изъязвленных образований слепой кишки зависит от результатов гистологической верификации злокачественного роста. Повторное эндоскопическое исследование толстой кишки с биопсией необходимо при отрицательных результатах первичного гистологического исследования.
7. Эндоскопические и гистологические признаки укладываются в предварительное заключение о наличии опухолевидного инфильтративно-изъязвленного образования слепой кишки, меланоза слепой кишки. Рекомендована консультация колопроктолога для решения вопроса тактики хирургического лечения.

Задача 2.

Мужчина, 74 лет, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли в животе, преимущественно в параумбиликальной области и левом фланке живота без иррадиации, диарее с примесью слизи и прожилок крови, тенезмы, общую слабость, лихорадку. Из анамнеза известно, что нарушение стула по типу чередования запоров с поносами впервые возникли около 3 лет назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдал диету и принимая слабительные средства на основе сены и коры крушины или адсорбенты (активированный уголь, смекту). Ухудшение самочувствия в течение последних 3-х недель, когда боли в животе и диарея с примесью слизи стали постоянными, появилась лихорадка и общая слабость. Учитывая выраженный болевой абдоминальный синдром и признаки интоксикации обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – умерла в 56 лет - острый инфаркт миокарда, отец – умер в 72 года от рака кишечника. При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 18 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 98 уд. в мин., АД – 160/90 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови: СОЭ – 49 мм/час, Нв - 101 г/л. Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС).

При ВКС получены изображения



ВОПРОСЫ:

1. Дайте правильное описание выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.
2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования.

5. Через 2 недели получены результаты гистологического исследования биоптатов:

- 1) из зоны сужения нисходящей кишки - аденокарцинома.
- 2) из полиповидных образований сигмовидной и прямой кишки - тубуловорсинчатая аденома без дисплазии эпителия.

Какова Ваша дальнейшая диагностическая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответы:

1. Стелющийся полип прямой кишки. Псевдомембранозный колит. Тубулярная аденома сигмовидной кишки 2 типа. Стенозирующая форма опухоли образования нисходящей кишки. Полип прямой кишки. Полип сигмовидной кишки. Язвенный колит. Полип прямой кишки. Полип сигмовидной кишки. Болезнь Крона толстой кишки
2. Заключение о наличии стелющегося полипа прямой кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков:
 - наличие выступающего округлой формы плоского железистого образования в прямой кишки без конвергенции складок, изъязвления и контактной кровоточивости.

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

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

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

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

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

- сужение нисходящей кишки с формированием стеноза.

3. Пациенту рекомендовано проведение дообследования:

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

4. Стандарт лечения стенозирующих опухолевидных образований ободочной кишки зависит от результатов гистологической верификации злокачественного роста.

5. Повторное эндоскопическое исследование толстой кишки с биопсией необходимо при отрицательных результатах первичного гистологического исследования.

6. Эндоскопические и гистологические признаки укладываются в предварительное заключение о наличии стенозирующей опухоли нисходящей кишки, тубуловорсинчатых полипов сигмовидной и прямой кишок.

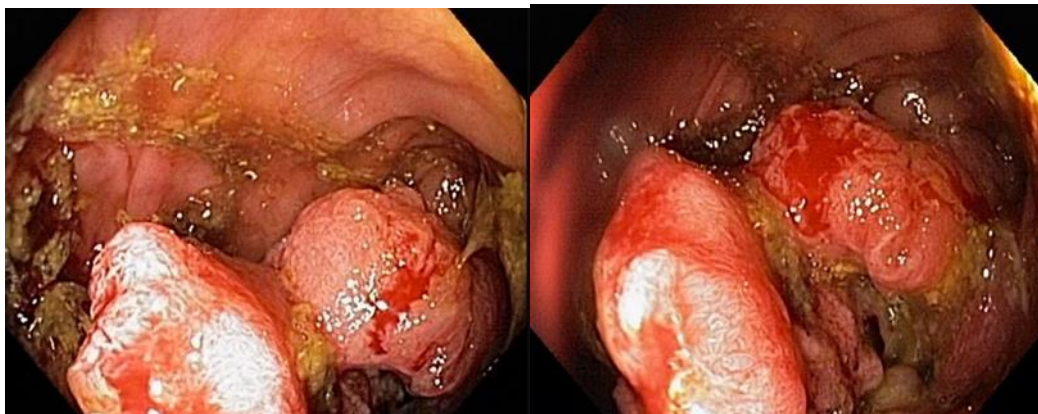
7. Рекомендована консультация колопроктолога для решения вопроса тактики хирургического лечения.

Задача 3.

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

показателей. В общем анализе крови: СОЭ - 50 мм/час, Нв - 116 г/л. Рекомендовано проведение видеокколоноскопии (ВКС).

При ВКС получены изображения



ВОПРОСЫ:

1. Дайте правильное описание выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.
2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования.

Через 2 недели получены результаты гистологического исследования биоптатов из опухолевидного образования поперечноободочной кишки: низкодифференцированная аденокарцинома.

5. Какова Ваша дальнейшая диагностическая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответы:

1. Стенозирующая изъязвленная опухоль поперечноободочной кишки
Язва толстой кишки. Болезнь Крона толстой кишки.
2. Заключение о наличии стенозирующей изъязвленной опухоли поперечноободочной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие в средней трети поперечноободочной кишки выступающего неправильной формы опухолевидного образования с изъязвлением, спонтанной и контактной кровоточивостью, формирование стеноза просвета кишки.
3. Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

- хромовидеоколоноскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя,
 - полисегментарную биопсию из зоны опухолевидного образования поперечноободочной кишки.
4. Стандарт лечения стенозирующих опухолевидных образований ободочной кишки зависит от результатов гистологической верификации злокачественного роста.
 5. Повторное эндоскопическое исследование толстой кишки с биопсией необходимо при отрицательных результатах первичного гистологического исследования.
 6. Выбрана верная тактика лечения, правильно обоснованы сроки проведения и содержание повторного эндоскопического исследования
 7. Эндоскопические и гистологические признаки укладываются в предварительное заключение о наличии стенозирующей изъязвленной опухоли поперечноободочной кишки.
 8. Рекомендована консультация колопроктолога для решения вопроса тактики хирургического лечения.

Задача № 4.

Мужчина, 76 лет, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли в животе, преимущественно в левом фланке живота без иррадиации, диарею с примесью слизи и крови, общую слабость. Из анамнеза известно, что нарушение стула по типу чередования запоров с поносами впервые возникли около 3 лет назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдал диету и принимая слабительные средства на основе сены и коры крушины или адсорбенты (активированный уголь, смекту). Ухудшение самочувствия в течение последних 3-х недель, когда боли в животе и диарея с примесью слизи и крови стали постоянными, появилась общая слабость.

Учитывая выраженный болевой абдоминальный синдром и признаки интоксикации обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – умерла в 66 лет - острый инфаркт миокарда, отец – умер в 70 года от рака кишечника. При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 18 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 уд. в мин., АД – 160/95мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в левом фланке живота, где пальпируется сегмент уплотненной ободочной кишки с ограниченной подвижностью. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом

поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови: СОЭ - 49мм/час, Нв - 117 г/л. Рекомендовано проведение видеокOLONоскопии (ВКС). При ВКС получены изображения:



ВОПРОСЫ:

1. Дайте правильное описание выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.
2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования.

Через 12 недель лечения состояние больного улучшилось. Полностью купирован диспептический синдром, увеличилась масса тела (ИМТ=19 кг/м²) и уровень гемоглобина (124г/л).

5. Какова Ваша дальнейшая диагностическая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответы:

1. Стенозирующая изъязвленная опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки. Язвенный колит? Болезнь Крона толстой кишки?
2. Заключение о наличии изъязвленной опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие в ректосигмоидном отделе толстой кишки выступающего неправильной формы образования с изъязвлением, контактной кровоточивостью, формированием стеноза
3. Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

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

4. Стандарт лечения стенозирующих опухолевидных образований ободочной кишки зависит от результатов гистологической верификации злокачественного роста.

Повторное эндоскопическое исследование толстой кишки с биопсией необходимо при отрицательных результатах первичного гистологического исследования

5. Эндоскопические и гистологические признаки укладываются в предварительное заключение о наличии стенозирующей изъязвленной опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки. Рекомендована консультация колопроктолога для решения вопроса тактики хирургического лечения.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей
«Эндоскопия» со сроком освоения 144 академических часов по
специальности «Эндоскопия»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав. кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	Е-mail	abutova@yandex.ru
7	Моб. телефон	+79185572934
8	Кабинет №	511
9	Учебная дисциплина	Эндоскопия
10	Учебный предмет	Эндоскопия
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	эндоскопия
13	Форма обучения	очная
14	Модуль	Возможности эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижних дыхательных путей
15	Тема	2.3.1-2.3.4.4
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>multiple</i>
19	Источник	

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			В легких при частичной закупорке бронха инородным телом		
			наблюдается обтурационная эмфизема		

	*		изменения отсутствуют		
			наблюдается поликистоз легкого		
			наблюдается ателектаз легкого		
			легких при частичной закупорке bronха инородным телом		
1	1	2			
2			Показанием к браш-биопсии является		
	*		центральная и периферическая опухоль легкого		
			саркоидоз		
			атрофический бронхит		
			абсцесс легкого		
1	1	3			
3			Противопоказанием к щипцевой биопсии является		
			гнойный секрет в устье бронха		
	*		нарушение свертывающей системы крови		
			центральный рак легкого		
			отек слизистой оболочки бронха		
1	1	4			
4			Эндоскопическая картина при bronхоэктазах в стадии обострения характеризуется ___ степени воспаления		
			строго ограниченным бронхитом I		
			частично диффузным бронхитом I		

	*		частично диффузным бронхитом II-III		
			частично диффузным бронхитом II		
1	1	5			
5			Осложнением бронхоскопии может быть		
			ателектаз легкого		
			пневмоторакс		
	*		ларингоспазм		
			бронхо-пищеводный свищ		
1	1	6			
6			Вторым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является		
			голосовые связки		
			корень языка		
	*		надгортанник		
			бифуркация трахеи (карина)		
1	1	7			
7			Самым крупным из сегментарных бронхов правого легкого является		
			передний B3		
			медиальный B5		
	*		латерально-базальный B9		
			задне-базальный B10		
1	1	8			
8			Наиболее токсичным для обезболивания при бронхоскопии		

			является		
			новокаин		
			тримекаин		
	*		дикаин		
			кокаин		
1	1	9			
9			Бронхоскопическая картина при острой пневмонии характеризуется		
			резко суженными устьями бронхов		
	*		умеренно гиперемированной слизистой оболочкой		
			ярко гиперемированной слизистой оболочкой		
			деформированными устьями сегментарных бронхов		
1	1	10			
10			Рубцовые стенозы бронха характеризуются		
	*		белесоватыми, тусклыми рубцами, лишенными сосудов		
			блестящими рубцами с выраженным сосудистым рисунком		
			блестящими рубцами без сосудов		
			белесоватыми тусклыми рубцами с выраженными сосудами		
1	1	11			
11			Показанием к трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого		

			является		
	*		диссеминированные заболевания легких		
			центральный рак легкого		
			легочное кровотечение		
			статус астматикус		
1	1	12			
12			Излюбленной локализацией грануляций в трахеобронхиальном дереве является		
	*		стенка бронха		
			междолевая шпора		
			устье бронха		
			межсегментарная шпора		
1	1	13			
13			Разрешающие возможности современного бронхоскопа позволяют осмотреть бронхи ____ порядка		
			2-3		
			5		
			4		
	*		6		
1	1	14			
14			Устье среднедолевого бронха при выполнении бронхофиброскопии располагается на ____ часах		
	*		6		

			9		
			3		
			5		
1	1	15			
15			Ориентиром при бронхоскопии служат		
			язычок мягкого неба, небные дужки, надгортанник		
	*		язычок мягкого неба, надгортанник, голосовые связки		
			небные дужки, надгортанник, голосовые связки		
			надгортанник, голосовые связки, грушевидные карманы		
1	1	16			
16			Исходом инфильтративно-язвенного туберкулеза бронхов является		
			бронхо-плевральный свищ		
	*		рубцовый стеноз бронха		
			поликистоз легких		
			рак бронха		
1	1	17			
17			При пневмокониозе во время бронхоскопии обнаруживается		
	*		атрофический бронхит		
			степень интенсивности воспаления		
			степень интенсивности воспаления		

			III степень интенсивности воспаления		
1	1	18			
18					
			При бронхоскопии возможно диагностировать		
	*		центральный рак легкого		
			неосложненную кисту легкого		
			недренирующийся абсцесс легкого		
			интерстициальную пневмонию		
1	1	19			
19			Разрешающие возможности видеобронхоскопа позволяют рассмотреть бронхи ____ порядка		
			2-3		
	*		6		
			5		
			4		
1	1	20			
20			При эндоскопической картине эндофитной раковой опухоли (инфильтрат) отмечается		
			розовая слизистая		
	*		стертость рисунка бронхиальных колец		
			полная изолированная атрезия просвета пораженного бронха		
			гладкая поверхность		

1	1	21			
21			При давно аспирированных инородных телах бронхов клиническая картина характеризуется		
			постоянным кашлем без мокроты		
			стридорозным кашлем		
	*		кашлем с мокротой		
			приступообразным кашлем		
1	1	22			
22			Наиболее частой формой туберкулеза бронхов является		
	*		инфильтративный		
			инфильтративно-язвенный		
			рубцовый стеноз бронха		
			бронхо-фистулезный		
1	1	23			
23			Осложнением трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является		
	*		пневмоторакс		
			перфорация стенки бронха		
			обострение хронического бронхита		
			разрыв легкого		
1	1	24			
24			Показанием к транстрахеальной пункционной биопсии является		
			периферический рак легкого		

			легочное кровотечение		
			аденома бронха		
	*		саркоидоз Бека		
1	1	25			
25			Третьим анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является		
			язычок		
	*		голосовые связки		
			корень языка		
			бифуркация трахеи (карина)		
1	1	26			
26			Излюбленной локализацией инфильтратов при туберкулезе является		
			отсутствие излюбленной локализации		
			устье субсегментарных бронхов		
			стенка главных бронхов		
	*		устье главных и долевого бронхов		
1	1	27			
27			При эндоскопическом исследовании в случае бронхоэктазов в стадии ремиссии выявляется		
			выраженный трахеобронхит		
	*		частично диффузный бронхит I степени воспаления		
			диффузный бронхит II степени		

			диффузный бронхит III степени		
1	1	28			
28			Бронх Нельсона относится к		
			язычковому сегменту		
	*		нижней доле		
			нижней доле слева		
			верхней доле справа		
1	1	29			
29			Первым клиническим проявлением аденомы бронха является		
			высокая температура		
			одышка		
			боль в груди		
	*		кровохарканье		
1	1	30			
30			Устье VI-го сегментарного бронха слева расположено на ___ часах		
	*		2		
			1		
			12		
			4		

2. Оформление фонда ситуационных задач.

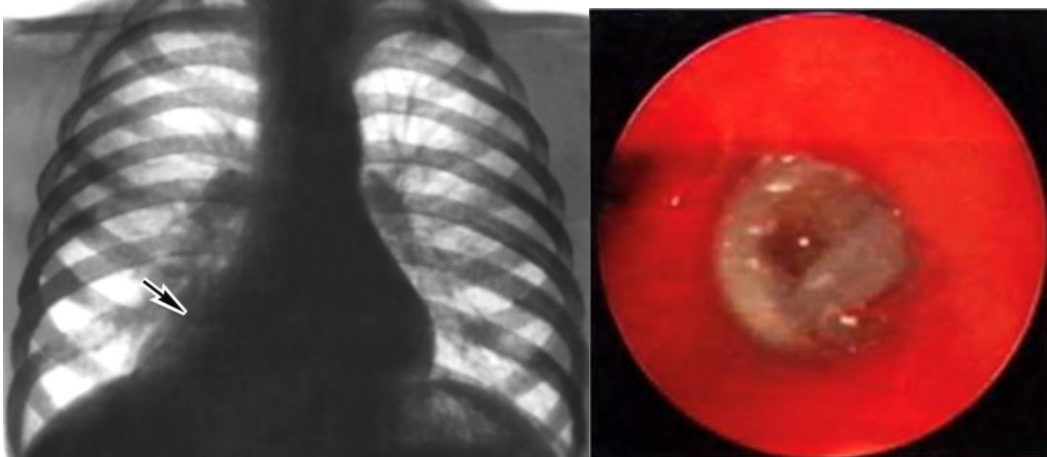
(для проведения экзамена в АС ДПО).

Задача 1.

Больная, 24 лет, обратилась с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством вязкой мокроты, потливость, головную боль.

Из анамнеза: 8 месяцев назад впервые появился кашель, субфебрильная лихорадка. Лечилась симптоматически, принимая бронхолитики и антипиретики. На фоне лечения состояние несколько улучшилось, но сохранялся субфебрилитет. Кашель, который сначала был сухим, по мере прогрессирования заболевания приобрел астматический характер (приступы экспираторного удушья с трудноотделяемой стекловидной мокротой). В дальнейшем вновь появились эпизоды фебрильной лихорадки с подъемом температуры тела до 38-39°C, однократное кровохарканье. По поводу астматического бронхита и правосторонней полисегментарной пневмонии получала антибиотики широкого спектра действия, однако эффекта от проводимой терапии не последовало. Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные. При аускультации легких справа по всем полям сухие разнотональные хрипы. В мокроте микобактерии туберкулеза не обнаружены. В общем анализе крови: Нв 113 г/л, Эр. 4,2х06, Л -9,8 х109, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 28 мм/час. На рентгенограмме легких обнаружено понижение прозрачности правого легкого со смещением средостения вправо. Учитывая рентгенологическую картину, обусловленную гиповентиляцией правого легкого, наличием выраженных клинических симптомов (кашель, лихорадка, одышка, кровохарканье) рекомендовано проведение видеотрахеобронхоскопии (ВТБС).

При ВТБС получено изображение



Вопросы:

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

*а) Хронический катаральный эндобронхит. Бронхолит правого главного бронха. Субкомперсированный стеноз правого главного бронха.

б) Хронический катаральный эндобронхит

с) Бронхолит правого главного бронха. Субкомперсированный стеноз правого главного бронха.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение.

*а) при ВТБС - расширение и ригидности бифуркации трахеи не зарегистрировано. Общий фон слизистой оболочки бронхов I-VI порядков - гиперемия и выраженный отек. В главном бронхе правого легкого над шпорой бифуркации трахеи обнаружено плотное «опухолевидное» образование белого цвета, размером до 2 см в диаметре, обтурирующее более чем на 70% просвет главного бронха правого легкого.

б) В главном бронхе правого легкого над шпорой бифуркации трахеи обнаружено плотное «опухолевидное» образование белого цвета, размером до 2 см в диаметре, обтурирующее более чем на 70% просвет главного бронха правого легкого.

с) При ВТБС - расширение и ригидности бифуркации трахеи не зарегистрировано. Общий фон слизистой оболочки бронхов I-VI порядков - гиперемия и выраженный отек.

3. Предложите правильную тактику врача-эндоскописта при проведении диагностической ВТБС.

а) Биопсия из зоны стенозирования главного бронха правого легкого. Браш-биопсия из зоны стенозирования. Бактериоскопия мазкой из бронха. Обработка зоны биопсии 10% раствором нитрата серебра.

б) Удаление щипцами патологического образования. Ревизия зоны удаленного патологического образования .

*с) Удаление щипцами патологического образования. Ревизия зоны удаленного патологического образования. Биопсия из зоны стенозирования главного бронха правого легкого. Браш-биопсия из зоны стенозирования. Бактериоскопия мазкой из бронха. Обработка зоны биопсии 10% раствором нитрата серебра.

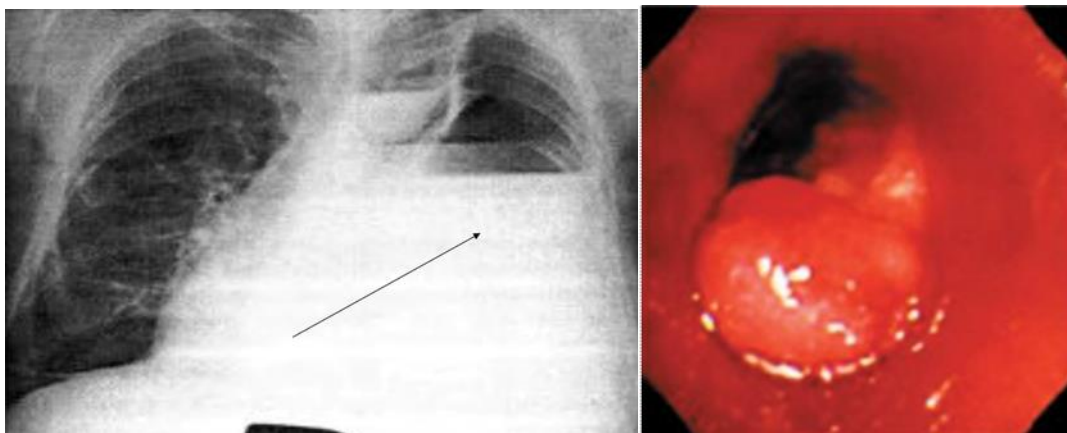
Задача 2.

Больная 36 лет поступила с жалобами на кашель, кровохарканье.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 7 лет, когда впервые перенесла левостороннюю пневмонию, однократно легочное кровотечение. При обследовании в противотуберкулезном диспансере диагностирован инфильтративный туберкулез левого легкого в фазе распада. Проводилась комплексная противотуберкулезная пневмония с положительным эффектом.

В дальнейшем наблюдались периодические легочные кровотечения. Ухудшение состояния в течение 3-х недель. Туберкулостатическая терапия без эффекта. При рентгенологическом обследовании диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулез левого легкого, туберкулезная постпневмотораксная эмпиема плевры слева, ВК «-». Микобактерии туберкулеза в мокроте не обнаружены. На рентгенограмме: левое легкое субтотально затемнено, органы средостения смещены. Справа легкое без особенностей, очаговых изменений нет. Учитывая рентгенологическую картину, обусловленную гиповентиляцией левого легкого, наличие выраженных клинических симптомов (кашель, кровохарканье) рекомендовано проведение видеотрахеобронхоскопии (ВТБС).

При ВТБС получено изображение:



Вопросы:

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

а) Аденома левого главного бронха.

*б) Хронический катаральный эндобронхит. Аденома левого главного бронха. Субкомперсированный стеноз левого главного бронха.

с) Субкомперсированный стеноз левого главного бронха.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение.

*а) при ВТБС - расширение и ригидности бифуркации трахеи не зарегистрировано. Общий фон слизистой оболочки бронхов I-VI порядков - гиперемия и выраженный отек. В просвете главного бронха левого легкого на расстоянии 2 см от шпоры бифуркации трахеи определяется белесоватого цвета опухоль, перекрывающая на 80% просвет левого главного бронха. Положительный синдром «мертвого устья» (отсутствие смещения в устье

сегментарного или субсегментарного бронха, капелек секрета и респираторной подвижности). При инструментальной пальпации ригидность стенки бронха вблизи опухоли. Умеренная кровоточивость при биопсии опухолевидного образования.

б) при ВТБС - расширение и ригидности бифуркации трахеи не зарегистрировано. При инструментальной пальпации ригидность стенки бронха вблизи опухоли. Умеренная кровоточивость при биопсии опухолевидного образования.

с) В просвете главного бронха левого легкого на расстоянии 2 см от шпоры бифуркации трахеи определяется белесоватого цвета опухоль, перекрывающая на 80% просвет левого главного бронха. Положительный синдром «мертвого устья» (отсутствие смещения в устье сегментарного или субсегментарного бронха, капелек секрета и респираторной подвижности). При инструментальной пальпации ригидность стенки бронха вблизи опухоли. Умеренная кровоточивость при биопсии опухолевидного образования.

3. Предложите правильную тактику врача-эндоскописта при проведении диагностической ВТБС.

а) Браш-биопсия из зоны стенозирования. Бактериоскопия мазкой из бронха. Обработка зоны биопсии 10% раствором нитрата серебра.

б) Биопсия опухолевидного образования левого главного бронха.

*с) Биопсия опухолевидного образования левого главного бронха. Ревизия зоны биопсии патологического образования. Браш-биопсия из зоны стенозирования. Бактериоскопия мазкой из бронха. Обработка зоны биопсии 10% раствором нитрата серебра.

Задача 3.

Больная 47 лет поступила с жалобами на кашель и боль в грудной клетке.

Из анамнеза: больна в течение 7 лет, когда впервые появился малопродуктивный кашель. В течение длительного времени получала курсовую терапию мокрото- и бронхолитиками с положительным эффектом. В дальнейшем к кашлевому синдрому присоединились боли в грудной клетке при дыхании и физической нагрузке. При обследовании диагностировали ИБС, стенокардию напряжения ФК 2. Ухудшение состояния в течение 5 недель с усиления кашля и болей в грудной клетке. Анализы крови и мочи без особенностей. Исследование мокроты: единичные лимфоциты, клетки бронхиального эпителия, микобактерии туберкулезы не обнаружены. ЭКГ: ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси сердца, незначительные изменения миокарда диффузного характера. АД=140 / 90 мм

рт. Ст. При рентгенологическом обследовании (А) и СРКТ (В) в обоих легких на всем протяжении определяются многочисленные полиморфные очаговые тени, больше в среднем и нижнем легочных полях. Там же определяется деформацией сегментарных и субсегментарных бронхов, вызванная поражением легочной ткани. Бронхопультмональные лимфатические узлы увеличены, больше слева.

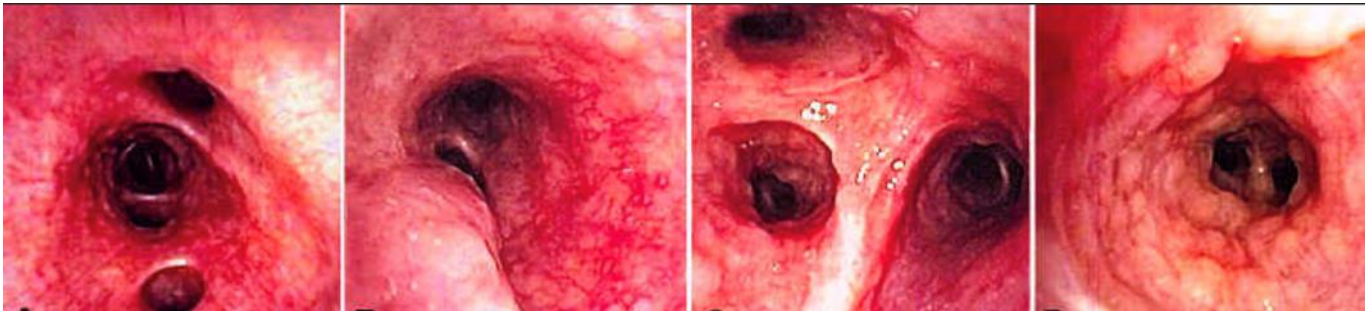


R A

R B

Учитывая рентгенологическую картину, обусловленную кашлевым и торакоалгическим синдромом, без явных маркеров коронарной ишемии, данных рентгенологического исследования – диффузные изменения легочной ткани и деформации бронхов, диктуют необходимость проведения видеотрахеобронхоскопии (ВТБС).

При ВТБС получено изображение



BR 1

BR 2 В

BR 3

BR 4

Вопросы:

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

- а) Рак бронхов и легких.
- *б) Саркоидоз бронхов и легких.
- с) Туберкулез бронхов и легких.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение.

*а) при ВТБС - расширение и ригидности бифуркации трахеи не зарегистрировано. Общий фон слизистой оболочки бронхов I-VI порядков – гиперемия, выраженный отек, зернистость слизистой оболочки (BR 1), усиление пролиферации капилляров и «сетчатость» слизистой оболочки бронхов узловые повреждения с искажением анатомии и просвета бронхов (BR 2), аналогичные изменения слизистой оболочки в зоне сегментального бронха правой верхней доли (BR 3), типичные узелки слизистой оболочки желто-воскового цвета, каждый диаметром от 2 до 3-4 мм в сегментальном бронхе (BR 4).

б) при ВТБС - расширение и ригидности бифуркации трахеи не зарегистрировано. «Сетчатость» слизистой оболочки бронхов узловые повреждения с искажением анатомии и просвета бронхов (BR 2), аналогичные изменения слизистой оболочки в зоне сегментального бронха правой верхней доли (BR 3), типичные узелки слизистой оболочки желто-воскового цвета, каждый диаметром от 2 до 3-4 мм в сегментальном бронхе (BR 4).

с) при ВТБС - расширение и ригидности бифуркации трахеи не зарегистрировано. Общий фон слизистой оболочки бронхов I-VI порядков – гиперемия, выраженный отек, зернистость слизистой оболочки (BR 1).

3. Предложите правильную тактику врача-эндоскописта при проведении диагностической ВТБС.

а) Биопсия из узелков слизистой оболочки бронхов

б) Проведение тонкоигольной аспирационной биопсии увеличенных внутригрудных лимфоузлов.

*с) Биопсия из узелков слизистой оболочки бронхов и проведение тонкоигольной аспирационной биопсии увеличенных внутригрудных лимфоузлов.

3. Вопросы для собеседования.

1. Основные принципы гастроинтестинальной эндоскопии. Терминология, определение понятий и диагностические критерии внутрипросветной эндоскопии органов желудочно-кишечного тракта.
2. Методы подготовки толстой кишки к проведению эндоскопических исследований. Оценочные шкалы.
3. Эзофагогастродуоденоскопия, трансназальная эзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика ост-

- рых эзофагитов. Классификация.
4. Фибро-, видеоэзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика раннего и развитого рака желудка. Классификация. Показания к оперативному лечению.
 5. Видеоэзофагоскопия, (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Опухолевые заболевания пищевода. Эпителиальные доброкачественные новообразования. Неэпителиальные доброкачественные новообразования. Морфология. Клиника, классификация. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, диспансеризация, показания к оперативному лечению.
 6. Фибро-, видеоэзофагоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика неотложных состояний при болезнях пищевода: химические ожоги пищевода, перфорация пищевода, синдром Мэллори-Вейса. Тактика эндоскописта, терапевта и хирурга. Показания к оперативному лечению.
 7. 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.
 8. Видеоилеоколоноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика болезни Крона. Классификация.
 9. 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.
 10. Видеотрахеобронхоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика бронхоэктатической болезни.
 11. Бронхоскопия в диагностике заболеваний трахеи и бронхов (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика трахеита, острого

и хронического бронхита, бронхоэктатической болезни.

12. Видеоректосигмоидоскопия (левосторонняя колоноскопия) (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика воспалительных изменений толстой кишки. Классификация язвенного колита.
13. 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.
14. Биопсия трахеи, бронхов при бронхоскопии (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).
15. 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. Yao и соавт.).
16. 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. Yao и соавт.).
17. Видеоэндоскопическое 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.
18. Эндоскопическая семиотика варикозно расширенных вен пищевода. Классификация. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника вы-

полнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Тактика ведения больного после эндоскопического лигирования вен пищевода.

19. 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.
20. 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, глютенной энтеропатии.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.

26. Интестиноскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика глютеновой энтеропатии и болезни Крона тонкой кишки.
27. Получение фаринго-трахеальных аспиратов (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).
28. Эндосонография 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.
29. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (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.
30. 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.
31. 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.
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 доброкачественных новообразований тонкой кишки. Классификация.
33. Фибро-, видеотрахеобронхоскопия бронхов (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика новообразований трахеи и бронхов. Классификация.

34. 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). Тактика ведения больного после биопсии.
35. Санационная фибро-, видеобронхоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Ведение больного после санационной бронхоскопии. Отдаленные результаты.
36. Фибро-, видеоэзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика раннего и развитого рака желудка. Классификация. Показания к оперативному лечению.
37. Щипковая, ступенчатая и петлевая 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). Тактика ведения больного после биопсии слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.
38. 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.
39. Эзофагогастродуоденоскопия, эзофагогастродуоденоскопия трансназальная (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.
40. 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.
41. Фибро-, видеоэзофагогастродуоденоскопия (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные). Эндоскопическая семиотика язвенной болезни желудка. Классификация. Показания к оперативному лечению.
42. Местный гемостаз через эндоскоп при желудочно-кишечных кровотечениях. Показания и противопоказания. Аппаратура и инструментарий, методы и ле-

карственные препараты, используемые для эндоскопического гемостаза. Эффективность местного гемостаза.

43. 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)
44. 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).
45. Видеоэндоскопическая 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).
46. 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.
47. Эндоскопическая электрокоагуляция и эндоскопическая уаг-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).
48. 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.
49. 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.
50. 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.

51. 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.
52. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Классификация. Способы удаление инородных тел из пищевода, желудка и тонкой кишки 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 больного после удаление инородных тел из пищевода, желудка и тонкой кишки.
53. Получение трахео-бронхиального смыва (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).
54. 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).
55. 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.
56. 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.
57. 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 чис-

- ле серьезные и непредвиденные).
58. 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.
 59. 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)
 60. Эндоскопическое бужирование, баллонная дилатация и эндоскопическое стентирование при опухолевом и рубцовом 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.
 61. 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.
 62. 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.
 63. 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.
 64. Эндоскопическая Nd-YAG лазерная коагуляция при новообразованиях пищево-

- да, желудка, тонкой кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).
65. 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.
66. Эндоскопическая комбинированная операция: электрорезекция, аргоноплазменная коагуляция и фотодинамическая терапия при обухолевах заболеваниях толстой кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные).
67. 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.
68. Эндоскопические эндохирургические вмешательства при эпителиальных новообразованиях ЖКТ (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.
69. Узкоспектральное NBI-исследование, в режиме интеллектуального цветового выделения (fice), увеличительное эндоскопическое исследования, 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). Эндоскопическая семиотика хронических гастритов и раннего рака желудка с использованием инновационных методов исследования.
70. 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 пищевода. Классификация пищевода Барретта.